

# La LETTRE du

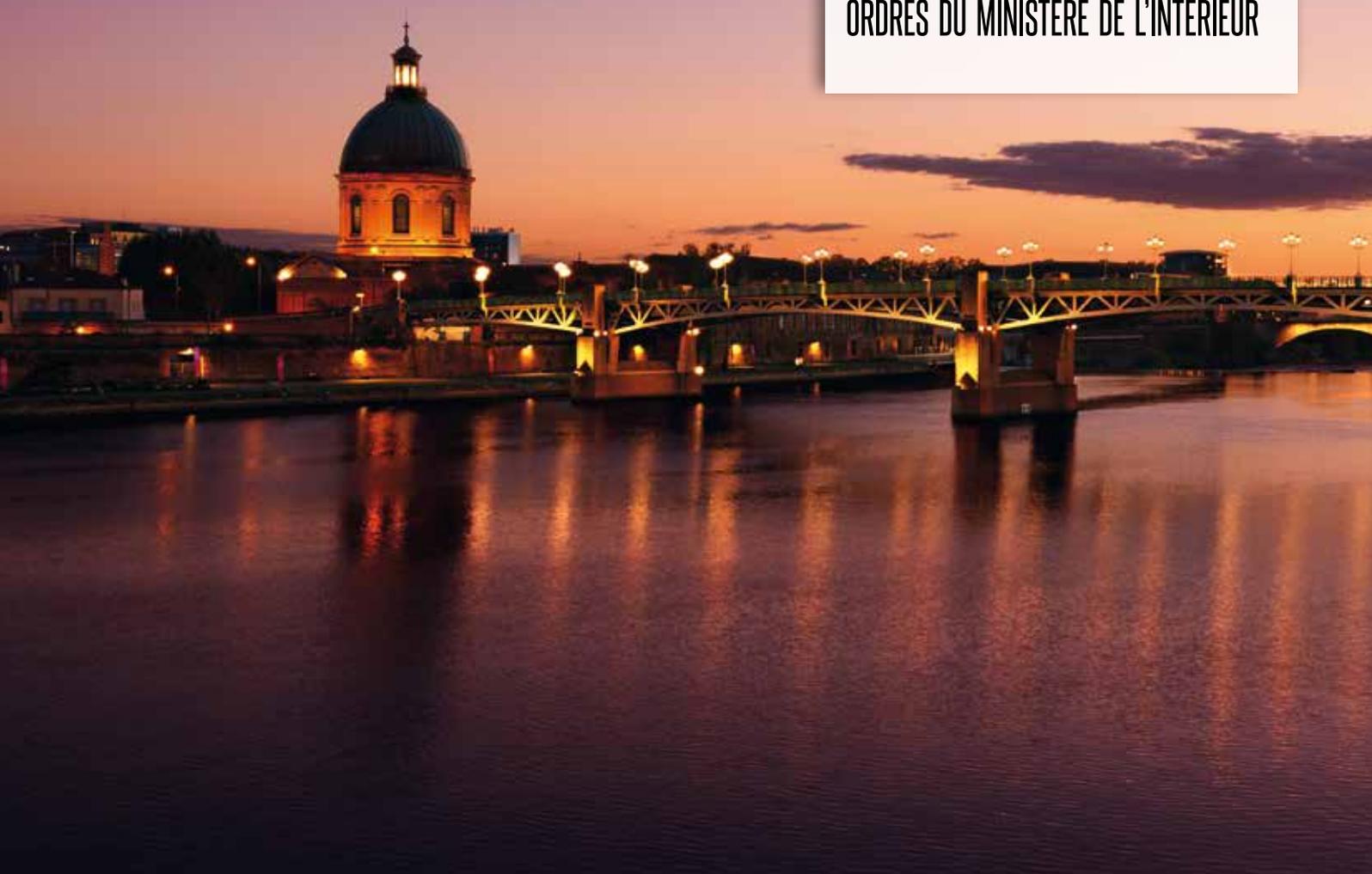
Numéro 14 - Janvier 2018



LE SYNDICAT DES  
**PSYCHIATRES**  
DES HÔPITAUX

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE TOULOUSE :  
PSYCHIATRIE PUBLIQUE 2018

COMMUNIQUÉS :  
LA PSYCHIATRIE N'EST PAS AUX  
ORDRES DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR



# Sommaire

# La LETTRE du

Numéro 14 - Janvier 2018



PSYCHIATRIE PUBLIQUE 2018	03
1. LA PSYCHIATRIE, UNE DISCIPLINE MÉDICALE DIFFÉRENTE	03
1.1. Sous influence de l'antipsychiatrie et des choix politique	03
1.2. Carte d'identité	04
1.3. Une discipline avec des équipes pluri professionnelles et des réseaux	05
Motion SPH : Politique de santé en pédopsychiatrie	06
1.4. La contrainte pour soigner	07
Motion SPH	10
1.5. Punir et soigner	10
1.6. Déstigmatiser ?	12
1.7. Questions de formation	13
Motion SPH	13
2. PROBLÈMES	14
2.1. Croissance de la file active, diminution des effectifs	14
Motion SPH	15
2.2. Casse-tête législatif et jurisprudence	16
2.3. Expertiser : toujours plus de demandes et des obstacles	19
Motion SPH	21
2.4. Des coûts mal cernés	22
2.5. Faire évoluer le financement	22
Motion SPH	25
3. LA PSYCHIATRIE DANS LES RÉFORMES	25
3.1. Des réformes hospitalières successives et la fin d'une organisation spécifique	25
3.2. Le secteur dans les nouvelles organisations sanitaires	26
3.3. De l'importance des communautés psychiatriques de territoires	30
Motion SPH	31
DISCOURS DU PRÉSIDENT DU SPH, D <sup>R</sup> MARC BÉTRÉMIEUX	32
COMMUNIQUÉS : LA PSYCHIATRIE N'EST PAS AUX ORDRES DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR	40

SPH - Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Président : Docteur Marc Bétrémieux

585 avenue des Déportés, CH Hélin-Beaumont, 62110 Hélin-Beaumont

Tél. : 03 21 08 15 25 - Courriel : secretariatSP2@gmail.com

**Editeur et régie publicitaire**

Réseau Pro Santé – M. Tabtab, Directeur

06, Avenue de Choisy - 75013 Paris - Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : contact@reseauprosante.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 annonces sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

# PSYCHIATRIE PUBLIQUE 2018

Isabelle Montet, Michel David, Paul Jean-François, Anne-Sophie Pernel, Gérard Rossinelli

La santé mentale constitue un enjeu de santé publique : c'est ainsi que commencent la majorité et nombreux rapports sur la psychiatrie de ces dernières années. Pour le rapport Robiliard : une personne sur quatre est susceptible de développer un trouble au cours de sa vie, 1 % de la population française souffre de schizophrénie, 2 % présentent des troubles de l'humeur et le taux de suicide, cause de 11 000 décès par an en France, est l'un des plus élevés d'Europe.

L'importance du coût économique, sanitaire et social, est un autre argument avancé pour justifier de l'intérêt des politiques pour la santé mentale : 107 milliards d'euros par an selon la Cour des Comptes dans son rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale.

L'édition 2017 de la DREES sur « Les établissements de santé » montre qu'en 2015 les établissements de santé autorisés en psychiatrie n'ont pas été inactifs : 2 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 420 000 en hospitalisation. En 2015, 461 000 enfants et adolescents ont été pris en charge en ambulatoire, 42 000 en hospitalisation partielle ou complète, nombre en augmentation régulière qui a doublé depuis 1986, et a augmenté de 22 % entre 2007 et 2014.

Pour les adultes, les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques représentent la majorité des prises en charge avec des différences selon le mode de prise en charge : le diagnostic de schizophrénie est le motif le plus fréquent de recours à l'hospitalisation chez les hommes (24 %), les femmes sont davantage hospitalisées pour des troubles de l'humeur (38 %) ; en ambulatoire, les motifs de recours font davantage intervenir des diagnostics relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé, dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psychosociales (surreprésentation des femmes pour les diagnostics de troubles névrotiques, et des hommes pour les troubles du développement psychologique ou les troubles du comportement.

Pour la pédopsychiatrie, selon les chiffres de la DREES, la file active cumulée dans toutes les structures (publiques, associatives et privées) arrive à près de un million de jeunes : les troubles du comportement et troubles émotionnels constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire ; pour les prises en charge hospitalières, principalement effectuées en hospitalisation de jour, la majorité des diagnostics sont les troubles du développement psychologique.

## 1. LA PSYCHIATRIE, UNE DISCIPLINE MÉDICALE DIFFÉRENTE

Le rapport de la DREES de 2017 sur les établissements de santé souligne que « *la psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc.* ». Des singularités imprègnent bien plus profondément la discipline et orientent ses représentations, considérées avec une ambivalence qui n'est pas sans conséquences sur les décisions qui la touchent.

### 1.1 Sous influence de l'antipsychiatrie et des choix politiques

Dans son étude sur les antipsychiatries, le professeur Jacques Hochmann évoque sa perplexité de voir au fil des années évoluer de manière négative le regard de l'opinion publique sur la psychiatrie, mais aussi des pouvoirs publics, alors que pourtant, la psychiatrie commençait à bénéficier du renouveau des années soixante et des effets de la psychothérapie institutionnelle, et que le discours « psy » était attendu sur tous les sujets de société. En examinant l'histoire de la psychiatrie dans ses contextes politiques et de société, il fait

l'hypothèse que l'époque contemporaine vit un nouvel épisode du procès en légitimité fait à la psychiatrie depuis ses origines et que l'histoire de la psychiatrie est aussi celle de l'antipsychiatrie, façonnée au gré des attaques et des réactions de défense mais aussi des modèles théoriques dominants. Il suggère ainsi que l'antipsychiatrie est indissociable de la psychiatrie, nichée dans ses paradoxes originels :

◆ La psychiatrie s'adresse à un sujet, humain semblable qui est aussi un autre, un aliéné livré à une force étrangère à la raison.

- ◆ C'est une médecine sans lésion, en dépit des progrès des explorations des neurosciences.
- ◆ C'est une médecine qui doit concilier soins à la personne et protection de la société, dans des intérêts parfois contraires.

Née en Angleterre sous la forme d'un désaliénisme radical, l'antipsychiatrie comme mouvement, a touché la France sur le terreau favorable de la contestation de mai 68. Le secteur prenait alors son essor marqué d'influences

disparates, nourri de psychothérapie institutionnelle, de marxisme et de psychanalyse. La place donnée au groupe, la reconnaissance des soignés comme sujets et leur participation dans la gestion commune, ont influencé la création de nouvelles formes de prise en charge psychiatrique hors de l'hôpital. Des lieux de vie, des structures communautaires, des appartements thérapeutiques, des placements familiaux ont fait la psychiatrie communautaire. Et aussi quelques excès vers les dérives sectaires.

Quelques années plus tard, un mouvement inverse touche la psychiatrie, venu des Etats-Unis dans les années 80, en réponse à plusieurs attaques cumulées contre la psychiatrie :

- ◆ L'influence de l'antipsychiatrie qui a marqué philosophes et sociologues ramenant la maladie mentale à un mythe, instrument d'oppression.
- ◆ La remise en cause de la psychanalyse, dont les théories freudiennes sur la sexualité ont été associées par les groupes de pressions homosexuels ou féministes à un instrument de domination.
- ◆ La vision pragmatique de l'administration Reagan qui a vu dans la désinstitutionnalisation le moyen de réduire les coûts
- ◆ La demande de l'opinion et des pouvoirs publics de disposer de méthodes thérapeutiques rapides pour répondre aux besoins de réussite des individus, face à la psychanalyse jugée décevante par ses délais d'action.

Face aux critiques, les psychiatres américains sont revenus en force vers le modèle médical et biologique, tandis que l'influence de l'industrie pharmaceutique attirée par le marché que représentait la psychiatrie biologique s'est faite croissante. Le besoin de consolider les savoirs par des études épidémiologiques et de réaliser des échelles d'efficacité a paru indispensable, jusqu'à la création d'une nouvelle classification qui, établie selon des critères et des axes de symptômes, évitait d'avoir à choisir parmi les différentes théories de la psychiatrie : le DSM était né, et la psychiatrie aux allures plus scientifiques a repris le dessus comme réponse à l'antipsychiatrie.

L'antipsychiatrie de l'époque est également alimentée par les mouvements de groupes d'usagers, familles et associations de malades, qui revendiquent un pouvoir d'agir contre une psychiatrie aux savoirs jugés incertains et aux pouvoirs répressifs, tout en réclamant la reconnaissance des droits sociaux à travers la notion de handicap. Le pouvoir d'agir que revendiquent les associations s'est inscrit dans une idéologie utilisée dans les années 60 aux Etats-Unis, en psychologie communautaire, devenue l'empowerment. Sous cette nouvelle influence, la réadaptation dont se chargeait en France la politique de secteur psychiatrique devient rétablissement et réhabilitation psychosociale, pour offrir davantage de place aux patients eux-mêmes dans leur consolidation.

Aujourd'hui, l'antipsychiatrie mêle ces différentes influences, de manière toujours paradoxale, et infléchit les choix politiques visant la psychiatrie. Les propos des parlementaires font ressurgir aisément les clichés sur une psychiatrie asilaire, comme lors des débats sur la réforme de la loi de 2011 sur les soins sans consentement, et les amalgames entre dangerosité et maladie mentale lors de faits divers ou des événements terroristes. Plus agressif, le projet de loi pour la prise en charge de l'autisme déposé en 2017 par un député n'hésite pas à exposer comme argument des liens supposés entre psychiatrie, psychanalyse et maltraitance.

L'observation des évolutions législatives concernant la psychiatrie souligne la contradiction du monde politique sur la question de la santé mentale. Les rapports et les plans nationaux sur la psychiatrie proposent des ouvertures qui sont en contradiction avec d'autres décisions prises rapidement, souvent en lien avec des événements tragiques, et vont dans le sens d'un renforcement de la sécurité : à l'exception de la période d'instauration du secteur, l'approche politique de la psychiatrie est d'abord sécuritaire.

## 1.2 Carte d'identité

### 1.2.1 Une offre de soins majoritairement publique, mixte pour la pédopsychiatrie

Selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 621 établissements de santé ont une prise en charge hospitalière en psychiatrie, plus de la moitié appartient au secteur public. Le secteur public assure la quasi-totalité de l'offre ambulatoire en psychiatrie.

En 2011, 829 secteurs de psychiatrie générale, 26 secteurs de psychiatrie en milieu péniten-

taire, aux activités desquels s'ajoutent celles des secteurs ayant passé une convention avec des établissements pénitentiaires et celles des UHSA.

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif avec 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2014.

Selon les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les psychiatres déclarant une compétence en pédopsychiatrie sont plus fréquemment d'exercice libéral que pour la psychiatrie « adultes », 48 % ayant un exercice de salariés, 38 % d'exercice libéral.

### 1.2.2 Des soins d'abord ambulatoires et nécessairement diversifiés

80 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement en ambulatoire ce qui a représenté en 2015, plus de 21 millions d'actes. La majorité est assurée par les CMP.

Comparée à la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par l'importance des prises en charge à temps partiel, solution privilégiée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial.

Les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale n'ont cessé de diminuer : 72 000 lits en 1997, 57 000 lits en 2015. Comparativement, la diminution du nombre de lits qui concerne la MCO a été beau-

coup moins importante, où la baisse concerne surtout le nombre de lits de longue durée (SLD) transformés en lits d'EHPAD qui relèvent alors des établissements médico-sociaux.

La durée moyenne de séjour a été divisée par 3,7 en psychiatrie entre 1980 et 2011 alors qu'elle a été divisée par 2 en MCO ; pendant la période 1990-2011, la durée moyenne des séjours a été réduite de 55 à 29 jours.



### 1.2.3 Pour des différences entre les régions, des différences d'organisations

L'évaluation de l'activité en psychiatrie se heurte à la difficulté de comparer des secteurs dont les évolutions ont été hétérogènes depuis la circulaire de 1960. Aux différences d'organisation s'ajoutent les inégalités de moyens en temps médicaux et paramédicaux, en équipements (différences de 1 à 13 pour les lits et places en psychiatrie adulte), les inégalités d'environnement et l'appui ou non d'établissements privés et associatifs dans le département ou la région.

Psychiatrie générale : pour l'hospitalisation à temps complet ou partiel, la densité nationale moyenne en lits est de 142 pour 100 000 habitants en 2015, plus élevée dans les départements ruraux du centre de la France. L'offre de soins ambulatoires varie de 1 structure pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir à 28 structures pour 100 000 habitants en Lozère.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, l'offre de soins en hospitalisation complète, pour un

nombre de lits moyen de 13,8 pour 100 000 jeunes de 0 à 19 ans, est très inégalement répartie : dix départements ne comptent aucun lit (Martinique, Mayotte, la Manche, l'Eure, la Creuse, les Côtes-d'Armor, la Corrèze, l'Aube, l'Ardèche et les Alpes-de-Haute-Provence) alors que le ratio s'élève à 120 dans les Hautes-Alpes.

## 1.3 Une discipline avec des équipes pluri-professionnelles et des réseaux

En 2011, les professionnels non médicaux représentaient 72 600 ETP en France métropolitaine et étaient composés à 65 % d'infirmiers et de cadres, 24 % d'aides-soignants, 5 % de psychologues et 6 % de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux. Entre les territoires de santé (ou départements), cette densité varie

fortement de moins de 109 ETP pour 100 000 habitants dans un cinquième des territoires, au double dans un autre cinquième.

Cette règle est particulièrement vraie pour la pédopsychiatrie qui doit aborder la globalité de l'enfant, bébé ou adolescent, dans sa

dimension de développement individuel et de contexte familial, et qui doit compléter les soins par un recours en pluridisciplinarité à d'autres professions (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, ...) et en partenariat avec d'autres intervenants institutionnels (éducation nationale, PMI, ASE, ...).



## Motion SPH : Politique de santé en pédopsychiatrie

Le SPH, dans sa contribution à la mission sénatoriale sur la psychiatrie des mineurs, souligne la nécessité :

- ◆ D'une réelle politique de santé publique concernant les besoins fondamentaux des très jeunes enfants (0-3 ans) et la parentalité, les populations vivant dans la précarité, et les enfants relevant de la protection de l'enfance.
- ◆ De l'ouverture d'unités d'hospitalisation pédopsychiatriques sur chaque territoire, afin de permettre des hospitalisations pour des soins intensifs dans les situations aiguës, et d'éviter les admissions d'enfants et d'adolescents dans les secteurs adultes.
- ◆ De la création d'unités d'hospitalisation prenant en compte les spécificités de la clinique des grands adolescents et des adultes jeunes, dans une perspective de continuité des soins et de collaboration pédopsychiatrie / psychiatrie des adultes.
- ◆ Du remboursement des prestations libérales, prescrites par les pédopsychiatres, des psychomotriciens (sur le modèle des orthophonistes) et des psychologues pour un nombre de séances suffisant.

La pédopsychiatrie doit pouvoir se consacrer à ses missions spécifiques : diagnostics, diagnostics différentiels, évaluations, coordination, soins complexes...

### Formation de Psychiatrie de L'Enfant et Adolescent (PEA)

Le SPH, attentif aux revendications des internes et soucieux de l'avenir de la spécialité de psychiatrie infanto-juvénile, critique certaines particularités de la nouvelle maquette de la formation des internes en psychiatrie (avril 2017) :

- ◆ Un seul semestre de PEA obligatoire pour le DES de psychiatrie de l'adulte est insuffisant.
- ◆ Il faut suffisamment de postes en PEA pour que les internes de la phase socle aient tous fait un stage de PEA (le choix de l'option PEA doit se faire tôt dans l'internat).
- ◆ Rappelons que 6 semestres dans la spécialité sont requis dans la réglementation européenne. La maquette française n'exige que 4 semestres.

Le SPH **demande une augmentation du nombre de postes d'internes en PEA et deux semestres de pédopsychiatrie.**

**Chaque CHU doit disposer de au moins un professeur de psychiatrie infanto-juvénile.**

### Statuts des membres de l'équipe de pédopsychiatrie.

L'exercice de la psychiatrie infanto-juvénile repose sur la pluridisciplinarité des équipes. Le SPH alerte sur les difficultés majeures de recrutement des orthophonistes à l'hôpital public et soutient les revendications des orthophonistes hospitaliers dans la revalorisation de leur statut à hauteur de leur formation niveau master.



## 1.4 La contrainte pour soigner

La contrainte aux soins en psychiatrie a été institutionnalisée par une loi en 1838, créant du même coup des établissements de santé spécifiques pour la mettre en pratique, et avec eux une première planification sanitaire et une identité médicale reconnue à la discipline. En 2017, plusieurs modalités de soins psychiatriques sans consentement ou obligés sont fixées, selon des dispositions du Code de la Santé publique, du Code Pénal, et du Code Civil.

- ◆ Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) qui remplacent et étendent les anciennes hospitalisations d'office aux autres modalités de soins à temps partiel et ambulatoires. L'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public en sont des caractéristiques.
- ◆ Les soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) étendent également la contrainte à l'ambulatoire. Deux conditions sont nécessaires : des troubles qui rendent impossible le consentement et un état qui impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou une surveillance médicale régulière en ambulatoire ou à temps partiel.

- ◆ Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées. Les statistiques montrent que cette modalité de soins, en progression, est détournée de son objectif.

Certaines populations de patients entrent dans des procédures spécifiques au sein des SDRE :

- ◆ Les soins psychiatriques à destination des personnes déclarées irresponsables pénalement doivent assurer un suivi renforcé.
- ◆ Les soins psychiatriques des personnes détenues (D398 du CPP et SDRE article L3214-3) sont spécifiques des personnes incarcérées qui nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible leur consentement et constituant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Les soins se font le plus souvent au sein des services de psychiatrie générale. La loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) dont le programme d'ouverture a débuté en 2010. Les détenus peuvent y être éga-

lement hospitalisés « librement ». Neuf sont ouvertes et offrent 440 places sur les 17 UHSA et 705 places prévues par l'arrêté du 20 juillet 2010.

Les mineurs peuvent également faire l'objet de soins sans consentement :

- ◆ En SDRE.
- ◆ Sur ordonnance de placement provisoire (OPP – articles 375-3 et 375-9 du code civil) par décision du juge des enfants ou décision en urgence du procureur avant saisine du juge des enfants.

Les soins psychiatriques peuvent être décidés dans une procédure judiciaire :

- ◆ Injonction thérapeutique pour l'usage illicite de stupéfiants et consommation habituelle et excessive d'alcool, par le procureur (article L3243-1 du CSP), par l'autorité judiciaire (L3413-1 du CSP).
- ◆ Obligation de soins en contrôle judiciaire pour une personne mise en examen (article 138 du code de procédure pénale), ou en régime de mise à l'épreuve pour une personne condamnée (article 132-45 du code pénal).
- ◆ Injonction de soins pour personne condamnée à un suivi socio-judiciaire (article 131-36-4 du Code pénal).

### 1.4.1 Les soins sans consentement

**Il faut rappeler que les soins sans consentement ne constituent qu'une part restreinte des hospitalisations en psychiatrie puisque les soins libres représentent 90 % des admissions.**

Selon l'IRDES, en 2015, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie ont accueilli plus de 92000 personnes âgées de 16 ans ou plus en soins sans consentement, soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie.

Cette population se différencie de celle prise en charge librement en psychiatrie par plusieurs aspects :

- ◆ Les hommes sont surreprésentés (60 % sans consentement contre 47 % parmi l'ensemble des personnes suivies en psychiatrie).

- ◆ Plus jeunes que les personnes suivies en psychiatrie générale (âge moyen de 43 ans, contre 47 ans en moyenne pour l'ensemble de la population suivie).
- ◆ Près de la moitié des personnes prises en charge sans consentement a reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou psychotiques (contre 11 % des personnes suivies en psychiatrie) ; les troubles bipolaires (11 %) et troubles de la personnalité (8 %) sont également plus fréquents chez les personnes prises en charge sans leur consentement.

En 2010, avant la réforme de la loi du 27 juin 1990, 71 000 patients ont été hospitalisés sans leur consentement. Après la réforme de 2011, en 2015, c'est 12 000 personnes de plus qu'en 2012 qui ont été prises en charge en soins sans consentement en psychiatrie. Cette augmentation est d'abord liée aux programmes de soins qui étendent les modalités de prise en charge sans consentement aux soins ambulatoires et à temps partiel : le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement a augmenté du fait de l'allongement de la durée des soins sans consentement en dehors des murs de l'hôpital.

La plus forte augmentation a concerné les cas de péril imminent (SPI) qui ont plus que doublé depuis la mise en place de cette modalité : 19 500 personnes ont été admises en SPI

en 2015 contre 8 500 en 2012. Initialement destinée aux personnes pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, la montée en charge de la mesure dépasse la

procédure d'exception. 63 % des patients admis en SPI en 2015 sont passés par un service d'urgence : les urgences sont le lieu principal d'initiation des SPI.

**Les différences constatées entre les départements sur la proportion de SPI au sein des soins sans consentement questionnent les pratiques et le respect des libertés des personnes à travers la simplification des procédures d'admission.**

## 1.4.2 Recours à l'isolement et à la contention

### 1.4.2.1 De l'article 72 aux recommandations HAS

Inspiré des recommandations de la Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie de 2013, « mission Robilliard », un nouvel article a été introduit dans le projet de loi de Santé par l'adoption d'un amendement du député Denys Robilliard. Présenté comme un pas vers plus de transparence et donc vers un plus grand respect des droits des patients, l'article 72 de la loi de modernisation du système de santé et article L3222-5-1 du CSP, crée un encadrement juridique pour l'isolement et la contention.

Il définit dans quelles conditions la contention et l'isolement peuvent être pratiqués : solutions de derniers recours qui ne peuvent être mises en œuvre que dans le but de « prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui », et font l'objet d'une « surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ».

Il crée l'obligation pour les établissements assurant des soins psychiatriques sans consentement de tenir un registre retraçant pour chaque mesure d'isolement ou de contention « le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée ainsi que le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée » et d'établir chaque année un rapport rendant compte de ces pratiques et des actions mises en place pour en limiter le recours.

Cet article devait répondre aux critiques portées depuis quelques années sur ces pratiques dont l'augmentation est signalée, bien qu'aucune statistique ne puisse l'objectiver. La seule donnée accessible tient dans le pourcentage de journées à temps plein déclarées en isolement par les établissements dans le RIM-P : les chiffres montrent une augmentation (1,5 % en 2008 à 1,9 % en 2012) et auraient concerné

28000 personnes en 2015. Mais rien sur la contention.

L'usage de l'isolement et de la contention ne faisait l'objet d'aucune réglementation et seul un référentiel ANAES de 1998 sans valeur de contrainte pouvait servir de cadre à leur pratique, dont les établissements s'étaient saisis de manière inégale pour établir des protocoles.

Préoccupation des rapports annuels du contrôleur général des lieux de privation de liberté, les raisons avancées pour expliquer leur usage sont également critiquées : non justifiées si la cause en est la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation et le manque de formation des infirmiers et des médecins, inacceptables lorsqu'elles sont utilisées comme sanctions. Une recommandation du CGLPL est formulée en 2009 pour que le recours à l'isolement et à la contention soit consigné dans un registre spécifique pour en faire le suivi. Un avis du CGLPL dénonçait la situation faite aux personnes détenues qui font l'objet d'un placement en chambre d'isolement quasi systématique, indépendamment de leur état de santé. Un rapport complet « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale » est publié par le CGLPL début 2016, quelques mois après la promulgation de la loi de modernisation du système de santé.

Les pratiques de contention et d'isolement y sont qualifiées de gravement attentatoires aux droits fondamentaux. Tout en signalant que la contention physique n'est pas l'apanage de la psychiatrie, avec notamment un usage fréquent dans les services d'urgence et en gériatrie, le rapport avertit que ces usages n'y sont pas traités puisque ces lieux et services ne relèvent pas de la compétence du CGLPL.

A propos du débat qui s'était exprimé sur le fait de savoir si la pratique d'isolement et de contention relevait d'une « décision » ou d'une « prescription » médicale, le rapport du CGLPL établit que le défaut de preuves sur leur efficacité thérapeutique est un argument pour trancher pour le terme « décision ». Un autre argument avancé pour privilégier le terme de « décision », est que le statut médical et juridique des pratiques s'en trouve changé : le rapport se réjouit de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif, puisque désormais dépourvue du caractère présumé soignant qui s'attache à une prescription médicale.

C'est ce terme de décision qui a été également retenu dans la loi.

Pour ne pas négliger complètement le ressenti des équipes soignantes, le rapport préconise une supervision des équipes par des professionnels expérimentés pour faire face à la peur, l'inquiétude, au surmenage et à l'insuffisance des effectifs, facteurs de risque de débordement des patients. **La situation exceptionnelle de l'Islande qui a exclu la contention et l'isolement des pratiques psychiatriques est aussi exposée au regard de son taux de soignants, le plus élevé d'Europe : un soignant pour un patient.**

En février 2017, la HAS publie des recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale. Ces recommandations sont la réponse à une saisine par la DGS et la DGOS, visant à obtenir des recommandations pour répondre à la nécessité d'un encadrement plus rigoureux de ces mesures « *considérées*

comme indispensables dans certaines situations » selon les termes de la saisine. La HAS expose qu'en l'absence d'étude ou de leur insuffisance de niveaux de preuve scientifique, la méthode retenue pour les établir repose sur un accord professionnel au sein du groupe de

travail constitué et une consultation des parties prenantes, méthode qui ne permet pas d'établir de grade aux recommandations.

Il est également préconisé une réflexion à mener dans tous les autres lieux où existe

une pratique d'isolement et de contention (pédopsychiatrie, établissements de santé non autorisés à l'accueil de patients en soins sans consentement, urgences, MCO, médico-social, USLD, etc.).

### 1.4.2.2 Instruction DGOS

Une instruction DGOS DGS est adressée aux établissements en mars 2017 pour préciser les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi et l'utilisation des données au sein de chaque établissement. L'instruction rappelle que l'article 72 de la loi de santé devait s'appliquer aux établissements dès la publication de la loi, en janvier 2016. Le registre est chargé de recenser les mesures de contention et d'isolement relatives aux patients qui font l'objet de soins sans consentement, différent de celui qui recense les mesures de soins sans consentement. Cette instruction reprend de fait l'essentiel des recommandations de la HAS :

- ◆ L'isolement se fait dans un espace dédié et aménagé.
- ◆ Le recensement dans un autre lieu « dans le cas d'une indisponibilité temporaire de l'espace dédié » et exceptionnel, doit être distinct.
- ◆ La contention mécanique est réalisée dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- ◆ Dans les cas où la contention est réalisée, à titre dérogatoire, en dehors de l'espace dédié, elles doivent être motivées dans le dossier médical et recensées de façon distincte de manière à permettre un plan d'action pour une mise en conformité des pratiques, en cas de répétition.

Le registre est un document administratif sous la responsabilité du directeur d'établissement. Son contenu mentionne l'identifiant anonymisé du patient, le service dont il dépend, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure de début et de fin, sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé.

Les données du registre doivent servir :

- ◆ À produire un rapport annuel pour l'établissement qui rend compte des pratiques, de la politique d'établissement pour les réduire et de son évaluation ; le rapport doit être transmis à la commission des usagers, à l'ARS, à la CDSP.
- ◆ À alimenter le RIM-P à partir de 2018, au-delà du simple recueil actuel portant sur l'utilisation des chambres d'isolement.
- ◆ Pour les ARS à mettre en œuvre une politique régionale de prévention du recours à la contention et à l'isolement. Les efforts menés en matière de prévention et de réduction de ces pratiques pourront être pris en compte dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- ◆ Pour la DGOS un recueil semestriel des indicateurs pour un suivi global et statistique du recours à la contention et à l'isolement.

Le SPH a protesté dès septembre 2016 avec l'ADESM sur le fait que les organisations professionnelles n'étaient pas associées aux travaux préparatoires de la publication de l'instruction, dénonçant les risques d'obtenir des consignes inapplicables car trop éloignées de la réalité et des conditions de travail des services. Une lecture des recommandations avant leur adoption par le collège de la HAS a de ce fait été proposée aux organisations et la première séance d'installation du comité de pilotage de la psychiatrie a eu à examiner le projet d'instruction DGOS, en présence de la CGLPL invitée.

Les recommandations et les registres sont donc en cours d'installation dans les établissements sans qu'il ne soit prévu de plan d'accompagnement. Les espaces dédiés, les chambres d'apaisement, l'organisation des services et des personnels en nombre suffisant, les formations et l'appel aux supervisions des équipes, les actions pour améliorer « l'ambiance des services », reposent donc uniquement sur les établissements, qui rendront compte de leurs actions dans un rapport annuel.

L'ambiance sécuritaire installée par une certaine politique quelques années plus tôt est bien mentionnée dans le rapport du CGLPL comme



élément d'explication du recours excessif à l'isolement et à la contention dans les services de psychiatrie. Les ambiances se nourrissent de nombre de choses impalpables mais à l'époque, les directives sécuritaires s'étaient accompagnées d'un plan de sécurisation

des hôpitaux psychiatriques de 70 millions d'euros pour créer des places d'isolement et des UHSA.

L'article 72 résulte du choix de passer par amendement la question de l'isolement et de la

contention dans la loi de santé. **Cette stratégie a fait l'économie de l'étude d'impact qui depuis 2009 accompagne tout projet de loi. Face à l'ambition de réduire, voire faire disparaître ces pratiques, le sujet aurait pu mériter cet effort.**

### Motion SPH Contraintes en psychiatrie

Le SPH réuni en assemblée générale à Toulouse le 4 octobre 2017 :

- ◆ Rappelle que la mission principale de la psychiatrie est d'assurer les soins conformément au principe constitutionnel de protection de la santé.
- ◆ Appelle à une veille et à un recensement des difficultés rencontrées et attend du Comité de pilotage de la psychiatrie un engagement fort dans l'évaluation de la loi.

Le SPH estime que ce travail doit associer professionnels de la santé (soignants et administratifs), de la justice (juges, avocats), les usagers et des universitaires du Droit.

Le SPH demande des mesures à la hauteur d'un plan pour réduire le recours aux mesures de contention et d'isolement comportant notamment :

- ◆ Formation initiale et continue des personnels.
- ◆ Moyens humains en nombre suffisant pour une proximité du temps soignant auprès des patients Soutien et analyse institutionnelle et clinique des pratiques.
- ◆ Des moyens pour une amélioration des locaux pour une humanisation des lieux d'hospitalisation.

Le SPH demande une loi spécifique à la psychiatrie, et l'abrogation de la loi actuelle du 5 juillet 2011.

## 1.5 Punir et soigner

### 1.5.1 Les soins psychiatriques en prison : des enjeux déontologiques, éthiques et politiques

Selon les chiffres du Ministère de la justice, 40 % des détenus seraient atteints de syndromes dépressifs, 33 % souffrent d'anxiété généralisée, 21 % ont des troubles psychotiques et 7 % sont schizophrènes. 8/10 hommes détenus sont atteints de troubles psychiatriques ou d'addictions. Le taux de suicide est 10 fois supérieur à celui de la population générale.

Pour y répondre, 26 services médico-psychologiques régionaux, 93 secteurs de psychiatrie qui interviennent dans les établissements pénitentiaires au sein des UCSA, et un programme de construction de 17 UHSA.

Depuis la création de la prison et de l'hôpital modernes, les débats sont ininterrompus sur la question de la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux en prison, en relation avec la difficulté de déterminer les limites claires entre ce qui relève de la pathologie mentale et de la déviance sociale.

En conséquence, même si le ministère de la Santé et celui de la Justice tentent par des guides méthodologiques de clarifier les missions de chaque groupe professionnel, l'organisation de leurs soins et leur orientation soulèvent des enjeux quotidiens pour les professionnels, identitaires, moraux et éthiques :

- ◆ En milieu carcéral, le socle éthique sur lequel repose la pratique des soins psychiatriques est le consentement aux soins : le contexte de privation de liberté du monde pénitentiaire nécessite que le soin psychiatrique en milieu pénitentiaire reste un espace de relative liberté et d'intimité pour y placer sa confiance. Si des soins s'imposent et que le patient les refuse ou n'est pas en mesure de consentir, une hospitalisation est diligentée sur décision du préfet.
- ◆ Le contexte pénitentiaire a des conséquences sur les conditions de travail et

la déontologie des soignants : hébergés dans les locaux gérés par l'administration pénitentiaire, les services ont à tenir compte des contraintes carcérales, avec ses rythmes, ses modalités de circulation, ses obligations sécuritaires, et la confidentialité d'une consultation ne peut y être garantie.

- ◆ Le personnel soignant en prison doit lutter pour maintenir deux principes indispensables à l'exercice des soins, l'indépendance et le secret professionnels. La participation obligatoire des soignants aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) les assigne à un rôle de pseudo auxiliaires de justice même si une circulaire de 2012 aux services pénitentiaires précise que « En aucun cas les propos échangés en CPU ne peuvent porter sur des informations couvertes par le secret médical ».

**Les enjeux sont aussi politiques et économiques.** Les tensions autour du mandat des équipes psychiatriques en milieu

carcéral rejoignent les questions du financement de leurs moyens, et les choix politiques pour la prison s'inscrivent dans un mouvement

de défense sociale qui peut avoir les atours humanistes du soin : ces considérations ont alimenté les débats sur la création des UHSA.

## 1.5.2 Les soins sous contraintes judiciaires : quelle évaluation ?

### 1.5.2.1 L'injonction de soins (IS)

Instaurée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, l'injonction de soins (IS) est une modalité du suivi socio-judiciaire qui a depuis été étendue par les lois de prévention de la récidive aux crimes et délits de l'article 706-47 du code de procédure pénale. Elle peut constituer une peine principale en matière correctionnelle, ou complémentaire en matière criminelle ou correctionnelle complétant une peine de prison. Ordonnée par une juridiction de jugement ou d'application des peines, après une expertise psychiatrique, elle s'exerce en milieu ouvert. Non respectée, elle peut conduire à une incarcération.

Elle sollicite plusieurs acteurs : le juge d'application des peines (JAP), le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et ses conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), un médecin coordonnateur (MC) et des thérapeutes, médecin traitant le plus souvent psychiatre ou psychologue, et les infirmiers dans les CMP selon la politique de soin de chaque institution.

Ce dispositif peine à se mettre en œuvre, souvent par **manque de médecins coordonnateurs**. Cette fonction, bien qu'ayant bénéficié de revalorisations tarifaires, n'attire pas car complexe, demandant des compétences cliniques et juridiques spécifiques et

faisant craindre une mise en cause en cas de récidive délinquante du condamné. Le rapport de février 2011 de l'IGAS et de l'IGSJ relatif à l'évaluation du dispositif de l'IS recense environ 3800 mesures en cours et estime que le nombre moyen devrait se stabiliser autour de 7800 mesures d'ici quelques années. Les médecins coordonnateurs n'étaient que 237 en septembre 2011. Sans coordinateur, le dispositif est impossible. Avec un médecin coordonnateur, tous les problèmes ne sont pas résolus car il faut trouver des thérapeutes.

### 1.5.2.2 L'obligation de soins (OS)

Il s'agit d'une mesure prévue dans le code de procédure pénale depuis 1958. L'OS est prise par une juridiction, sans expertise préalable, en accompagnement d'un sursis avec mise à l'épreuve. Le décret du 23 décembre 2014 relatif à l'exécution des peines prévoit une mesure d'obligation de soins ordonnée en cas de trouble mental ayant altéré le discernement.

Le dispositif ne prévoit pas de médecin coordonnateur, donc pas d'articulation santé-justice. Les soignants sont souvent réticents à répondre à ces demandes qui semblent le plus souvent purement formelles afin d'obtenir une attestation de suivi, le patient disant venir à la demande du juge sans information précise et n'ayant que rarement une demande, même si l'indication peut être opportune. Les CMP encombrés par les soins habituels sont réticents à utiliser les plages de consultations disponibles pour des personnes peu motivées.

Il est difficile d'apprécier le nombre et encore plus l'efficacité des mesures d'OS, croissantes. Il serait donc important que ces soins sous contraintes judiciaires puissent faire l'objet d'une évaluation en rapport avec les rôles et les moyens que la société veut lui octroyer.



### 1.5.2.3. L'injonction thérapeutique

Elle peut être décidée comme alternative aux poursuites pour le majeur et le mineur de 13 ans, comme peine complémentaire ou en modalité d'exécution d'une peine dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, pour les personnes ayant fait un usage illicite

de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive d'alcool.

Un médecin habilité autre que le soignant est désigné en qualité de médecin relais : après avoir procédé à une évaluation de la situation

de la personne afin de vérifier si la mesure est opportune, il assure l'interface entre l'institution judiciaire et les soignants chargés de son suivi. Il informe ainsi l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation de dépendance de l'intéressé.

## 1.6 Désigmatiser ?

La psychiatrie est la seule discipline médicale dont les patients font l'objet d'une stigmatisation de masse. Les enquêtes auprès de la population générale ou de l'image médiatique qui en est donnée montrent que la maladie mentale est associée le plus souvent à l'irresponsabilité, à l'incurabilité et à la dangerosité. Les effets des campagnes de désigmatisation décidées depuis quelques années au niveau international sont toujours attendus : Conférence ministérielle européenne de l'OMS à Helsinki en 2005, Commission Européenne et de son livre vert, European pact for mental health and well-being en 2008, Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 avec ses campagnes d'information du grand public sur la dépression et la schizophrénie.

L'image de la dangerosité semble être celle qui occupe le plus les opinions, même si le rapporteur de la loi du 5 juillet 2011 lui-même exposait que « la réalité, c'est que les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la population générale... sont douze fois plus victimes d'agressions physiques, 130 fois plus victimes de vols et ont vingt-cinq ans d'espérance de vie en moins que leurs concitoyens ». Le rapport en 2004 produit après les meurtres de Pau, « Violence et santé mentale » (Anne Lovell) montrait que 2,7 % seulement des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Mais les rapports parlementaires qui font le lien entre dangerosité et troubles mentaux sont plus nombreux : rapport « Santé, justice et dangerosité » en 2005, rapport « Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses » du Sénat en 2006, rapport du député Garraud en 2006 « Réponses à la

dangerosité ». La loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté fera envisager par certains parlementaires que la rétention puisse se faire à l'hôpital psychiatrique, avant que ne soient retenus les centres socio-médoc-judiciaires. La loi prévention de la délinquance élaborée durant l'année 2006 projetait à l'instigation du ministre de l'intérieur Sarkozy, d'inclure un volet modifiant dans le code de la santé publique plusieurs articles sur les hospitalisations en psychiatrie, finalement retiré sous la pression des organisations professionnelles, syndicales et des associations.

La psychiatrie publique doit toujours évoluer entre la méfiance qu'elle inspire par les contraintes appliquées aux malades, et le reproche de ne pas assez contrôler la dangerosité des troubles mentaux : l'article 72 de la loi de santé pour réduire les pratiques d'isolement et de contention, glissé par simple amendement, a été voté par des parlementaires convaincus, sans qu'une étude d'impact n'ait eu à évaluer les besoins nécessaires pour que les recommandations soient réellement applicables. A l'opposé de cette sommation de faire disparaître la contrainte en psychiatrie, c'est le Ministre de l'Intérieur qui annonce quelques mois plus tard que les hôpitaux psychiatriques vont jouer un rôle dans la prévention du terrorisme, soutenu par un président de la République qui parle de la « libération » des malades des hôpitaux psychiatriques dans son discours aux préfets pour évoquer les risques de sorties de patients en programmes de soins.

Cette stigmatisation du malade touche par contamination les professionnels qui les prennent en charge, y compris dans les propos de certains personnalités politiques : on

se souvient du discours de Nicolas Sarkozy à Antony distribuant le sens des responsabilités et de la conscience des risques de manière non favorable aux soignants. « *Et vous êtes du côté du malade, mais si vous ne l'étiez pas, qui le serait ? C'est normal ! C'est le rôle des praticiens. C'est le rôle des soignants que d'être en quelque sorte inconditionnels du malade et de sa guérison. Mais je ne peux pas, moi, me mettre sur le même plan... C'est dans la rencontre de nos deux responsabilités qu'on trouvera le bon équilibre* ».

Parmi les conséquences, on peut relever que les représentations du travail de l'infirmier en psychiatrie sont négatives. Sa méconnaissance, sa dévalorisation de la part des soignants en soins généraux et les motivations des étudiants infirmiers à choisir cette discipline ont été ciblées dans une recherche action : les résultats font conclure à des représentations défavorables chez tous les soignants, avec un travail perçu comme générateur de perte de savoir technique, renvoyant à la violence, et à une moindre charge de travail.

Du côté médical, l'observation des choix de spécialités des étudiants en médecine montre que la psychiatrie fait partie des spécialités les moins prisées, classée cette année 2017 par indice d'attractivité en fin de liste avant la santé publique, la gériatrie, la biologie médicale, la médecine générale et la médecine du travail.

## 1.7 Questions de formation

Dans un contexte d'équivalence des diplômes au niveau européen pour permettre aux infirmiers de travailler dans tous les secteurs d'activité, l'arrêté du 23 mars 1992 crée le Diplôme d'Etat Polyvalent qui met fin à la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP). Pour compenser, le « décret de compétences » du 15 mars 1993 ajoute des actes spécifiques en psychiatrie, une circulaire DGS/DHOS du 10 juillet 2003 énonce des recommandations aux IFSI sur le renforcement de l'enseignement de la psychiatrie, et en 2004, un nouvel article R4311-6 mentionne : « Dans le domaine de la santé mentale..., l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants : entretien d'accueil du patient et de son entourage, activités à visée socio-thérapeutique individuelle ou de groupe ; surveillance des personnes en

chambre d'isolement, surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient ».

Le plan santé mentale 2005 a souligné le manque de formation des infirmiers en psychiatrie depuis la réforme de 1992 et préconise la création d'un groupe de travail sur une formation complémentaire pour les infirmières titulaires du DE venant travailler en psychiatrie. A l'issue de ce travail 2 circulaires paraissent :

- ◆ La circulaire du 8 juillet 2004 qui propose la mise en œuvre d'une formation complémentaire de 15 jours pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
- ◆ La circulaire du 16 Janvier 2006 qui préconise la mise en place d'un tutorat pour les infirmiers nouvellement diplômés ou qui débutent en psychiatrie.

En 2009, le rapport COUTY constate que les professionnels issus de la formation générale connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques, et qu'il est très difficile de leur confier, des missions de première évaluation et d'orientation. Il reprend l'idée de créer un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie (master professionnel de spécialisation) et préconise la poursuite de la formation de consolidation des savoirs et du tutorat. Le rapport Milon de 2009 recommande également le master en psychiatrie.

En mars 2010, l'Ordre National Infirmier édite un rapport de synthèse et se positionne pour une formation de deux années après la formation initiale en master 1 (spécialisation clinique) et en master 2 (pratiques avancées).

### Motion SPH Formation initiale, DPC

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux réuni en Assemblée générale le 4 octobre 2017 à Toulouse :

- ◆ Rappelle la situation démographique alarmante de la profession psychiatrique, notamment en pédopsychiatrie et demande une augmentation du numérus clausus ainsi qu'un rétablissement du stage obligatoire en psychiatrie pour les étudiants en médecine.
- ◆ Critiquent le rôle prépondérant des exigences scolaires de type ECN dans la sélection des futurs spécialistes, et en particulier des futurs psychiatres, et le développement du bachotage au détriment de la formation clinique initiale et du développement personnel.

Le SPH déplore que les praticiens hospitaliers non universitaires, hospitaliers et libéraux n'aient pas été associés à la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, et observent que la nouvelle formation s'applique de façon très variable et non sans heurt : en effet les psychiatres des hôpitaux participent à la formation des internes et demandent donc que leur rôle d'enseignement soit reconnu dans leur exercice professionnel, et intégré dans les tableaux de service, en incluant en particulier les tâches de supervision requises pour la formation des internes.

Le SPH soutient la participation des psychiatres non universitaires, associés à l'enseignement et maîtres de stage aux commissions pédagogiques régionales, dans les commissions locales et régionales de coordination du DES, dans les commissions d'agrément et dans la commission de répartition régionale.

La place incontournable des généralistes aux différents temps des prises en charge, et le développement de la collaboration entre généralistes et psychiatres rendent nécessaire un enseignement clinique et une initiation à la thérapeutique psychiatrique pendant le 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine générale.

La profession psychiatrique toute entière s'alarme des menaces qui pèsent sur la pédopsychiatrie et craint que la réforme actuelle aggrave encore la situation.

Le SPH rappelle le droit statutaire à la formation des praticiens hospitaliers et constate qu'il est sous-employé. Ce droit à la formation est pourtant un des éléments d'attractivité. Le SPH demande aux établissements d'informer les praticiens hospitaliers des budgets disponibles, en début d'année, pour l'exercice de ce droit.

Le SPH exige que les décrets consolidant l'action des Conseils Nationaux Professionnels soient rapidement publiés pour permettre aux professionnels d'exercer un rôle véritable dans l'organisation du DPC.

## 2. PROBLEMES

### 2.1 Croissance de la file active, diminution des effectifs

Selon la DREES, l'évolution de la file active des patients en psychiatrie de 1991 à 2003 montre une augmentation de 62 % pour la psychiatrie générale et de 82 % pour la psychiatrie infanto-juvénile. Elle augmente tous les ans pour les secteurs de 3 à 5 %.

#### 2.1.1 Infirmiers et autres professionnels : baisse du temps personnel disponible auprès du patient

En 2011, les professionnels non médicaux représentaient 72 600 ETP en France métropolitaine et étaient composés à 65 % d'infirmiers et de cadres, 24 % d'aides-soignants, 5 % de psychologues et 6 % de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux.

Selon l'IRDES, en 2010 au sein du personnel non médical, ce sont les effectifs infirmiers,

cadres supérieurs de santé, ergothérapeutes, agents des services hospitaliers et les autres personnels non médicaux affectés au secteur dont les effectifs ont le plus décru (-8 % à -47 % en quinze ans selon les catégories) tandis que ceux des psychologues, aides-soignants et secrétaires médicales ont vu leur nombre augmenter sur la période.

Rapportée à la forte croissance de la file active moyenne annuelle par secteur et à la réduction du temps de travail mise en place dans les établissements de santé en 2001, cette diminution renvoie à une baisse du temps de personnel disponible auprès du patient.

#### 2.1.2 Psychiatres hospitaliers : des postes vacants, des praticiens vieillissants, peu de PUPH

Ils représentent 7,2 % des emplois médicaux des établissements de santé publics et privés. L'âge moyen est de 51,1 ans en 2017, à dominante féminine.

##### ► Praticiens hospitaliers

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le centre national de gestion compte 5 451 praticiens hospitaliers exerçant en psychiatrie.

15 régions sur les 26 sont en-dessous de la moyenne nationale de 8 PH pour 100 000 habitants. Le taux de vacance statutaire des PH temps plein en psychiatrie est de 27 %

Pour les PH temps partiel, le taux de vacance statutaire s'établit à 46 %.

Les sorties définitives du corps des praticiens hospitaliers temps plein sont principalement dues au départ à la retraite des PH.

##### ► Praticiens hospitalo-universitaires

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le CNG compte 92 hospitalo-universitaires en psychiatrie d'adultes et 31 en pédopsychiatrie. L'offre hospitalo-universitaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'est que de 0,73 % de professeurs parmi l'ensemble des professeurs

de médecine. Plusieurs facultés sont dépourvues de professeurs en pédopsychiatrie susceptibles de former les internes : Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Saint-Etienne, Tours.

##### ► Autres statuts

En 2015, les praticiens contractuels en psychiatrie sont 610 en CHU, et 2006 en CH. Tous statuts confondus, 39,5 % sont affectés sur un poste de PH.



## **Motion SPH** **Statuts des médecins hospitaliers**

### **1. Attractivité de la pratique médicale à l'hôpital**

Après cinq années de combat syndical, un certain nombre de mesures d'attractivité ont été obtenues (prime d'engagement de carrière hospitalière, prime d'exercice territorial, revalorisation des astreintes et de l'indemnité d'engagement de service public exclusif).

Malgré ces avancées, le SPH s'interroge sur le suivi de la mise en œuvre du plan d'attractivité et de ses insuffisances. Il estime que l'attractivité n'est pas là et qu'il est nécessaire d'activer un comité de suivi national pour améliorer les dispositifs existants et élaborer d'autres mesures.

#### **Le SPH exige Le renforcement des mesures d'attractivité en début et fin de carrière :**

- ▶ Suppression des 5 premiers échelons de la carrière de praticien hospitalier.
- ▶ Création d'un 14<sup>ème</sup> échelon.

#### **Du fait des conséquences sur l'exercice professionnel des praticiens de la création des GHT :**

La prime d'exercice territorial doit être attribuée en fonction des projets médicaux territoriaux et ne pas être assujettie à des critères de distance kilométrique.

#### **Les modalités de décompte du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers :**

Le SPH exige que l'horarisation du temps de travail devienne la règle et le décompte en demi-journées l'exception. Même dans ce cas, le décompte en demi-journées ne peut s'exonérer d'un décompte global du temps de travail en heures, sans pour autant nécessiter des horaires fixes qui pourraient être préjudiciables à la souplesse d'organisation nécessaire à l'exercice de certaines spécialités. Le SPH propose, en lien avec les cinq intersyndicales de praticiens hospitaliers, que 24 heures de temps de travail soient équivalentes à 5 demi-journées et non pas 4.

#### **La mise en place d'un véritable plan de gestion des carrières médicales hospitalières, décliné en 3 phases : début, milieu et fin de carrière :**

- ◆ Les débuts de carrière (attractivité, rémunération, accompagnement social, valences).
- ◆ Les milieux de carrière (qualité de vie au travail, motivation, reconversion éventuelle, valences, engagement dans la vie institutionnelle).
- ◆ Les fins de carrière (transmission du savoir, valences, retraite progressive, tuilage sur les postes).

#### **L'extension du dispositif de retraite progressive aux personnels médicaux hospitaliers :**

- ◆ Le seul dispositif juridique de cessation progressive d'activité avant la retraite applicable aux praticiens hospitaliers est la retraite progressive. Ce choix est opposable si le PH le retient comme une manière de terminer sa carrière. Toutefois, il est nécessaire que ce dispositif soit étendu aux praticiens dont le temps de travail n'est pas décompté en heures.

#### **Le pouvoir d'achat des PH doit être amélioré :**

Le gouvernement a décidé le transfert des cotisations d'assurance maladie et chômage qui pèsent actuellement sur les salariés vers la CSG qui a une assiette plus large. Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la CSG va augmenter de 1,7 %. Pour les salariés du secteur privé, cette augmentation sera compensée par une suppression des cotisations d'assurance maladie (0,75 %) et chômage (2,4 %).

Puisque les praticiens hospitaliers ne paient pas les cotisations chômage, ils seront perdants si une compensation spécifique ne leur est pas attribuée. Le SPH exige une amélioration du pouvoir d'achat, comme pour les salariés du secteur privé.

### **2. Droits syndicaux**

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

Le SPH exige les mesures suivantes :

- ◆ L'introduction au sein des établissements publics de santé et des GHT d'une représentation syndicale des personnels médicaux hospitaliers dans les instances de dialogue social existantes telle le CHSCT et la Conférence territoriale de dialogue social des GHT.
- ◆ La publication du décret sur le Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitaliers (CSPMH) prévu par l'article 194 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette publication est d'autant plus urgente que des élections professionnelles sont programmées à la fin 2018 par le CNG.
- ◆ Les moyens mis à disposition des syndicats doivent être proportionnels à la représentativité en voix obtenue à l'occasion des élections au Conseil supérieur. Ces moyens doivent être équivalents à ceux des autres agents publics.
- ◆ La relance du dialogue social au sein de toutes les ARS par la convocation des CRP dont le rôle doit être renforcé au moment où les mesures d'attractivité décidées par le précédent gouvernement ne sont toujours pas mises en œuvre.

### 3. Statut des praticiens hospitaliers à temps partiel

Le SPH rappelle qu'il subsiste toujours des différences entre les statuts de PH temps plein et temps partiel, en particulier sur le niveau des cotisations à l'Ircantec. Il demande la fusion des statuts afin de mettre fin à ces inégalités.

### 4. ESPIC

Le SPH soutient le maintien du statut public des praticiens détachés en établissement de santé privé d'intérêt collectif. L'année probatoire doit être validée en ESPIC

### 5. Activités d'intérêt général

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

### 6. Renforcer les mesures d'attractivité spécifiques en Outre-Mer

- ◆ Harmonisation et homogénéisation sur l'ensemble de l'Outre-mer de l'indexation vie chère à 40 % pour l'ensemble des PH et contractuels de l'ensemble des rémunérations.
- ◆ Garantir une formation continue régulière en Métropole avec délais route 1j aller 1j retour, crédits formation alignés sur ceux du personnel non médical du fait éloignement et prix billet avion.

## 2.2 Casse-tête législatif et jurisprudence

Il est utile de rappeler que l'introduction du juge des libertés et de la détention (JLD) pour le contrôle systématique des procédures de soins sans consentement est le résultat d'une décision du Conseil Constitutionnel après une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) portant sur la loi du 27 juin 1990. La réforme de la loi était alors en cours, conformément à la volonté présidentielle exprimée en décembre 2008 à Antony. Ce contrôle systématique du juge n'y avait pas été envisagé et c'est au contraire le renforcement des contrôles administratifs des avis médicaux qui était préconisé. Le texte avait donc dû, pour se conformer à la décision du conseil constitutionnel, insérer en urgence ce nouvel acteur chargé d'améliorer les droits des personnes sur une armature orientée par la volonté de sécuriser la société contre les malades.

Un assemblage de logiques différentes qui tentent de trouver l'équilibre a ainsi créé la loi de 2011. C'est aussi une QPC portée par l'association CRPA qui a poussé aux modifications de la loi 2013, portant initialement sur les conditions des patients en UMD et en UHSA, auxquelles se sont jointes des rectifications portées par Denys Robiliard, député et avocat.

**Des ajustements au droit constitutionnel sans complète réécriture de la loi ont accouché d'un texte dont l'application et la jurisprudence illustrent le caractère complexe.** A la jurisprudence visible s'ajoutent, pour plus de 90 000 mesures de soins sans consentement sur une année, la multitude de manœuvres invisibles pour assurer les soins face à des procédures mais aussi à leurs interprétations incertaines et démultipliées par le nombre de maillons de la chaîne décisionnelle.

**C'est surtout l'exacerbation formaliste qui paraît l'avoir emporté.**

Les soins sans consentement doivent aujourd'hui concilier sur le plan juridique :

- ◆ Le Code de la Santé publique.
- ◆ Les exigences de Droit administratif comme les lois du 17 juillet 1978 et du 11 juillet 1979 relative à l'amélioration des relations entre administration et public qui imposent qu'une décision administrative individuelle n'est opposable que si elle a été préalablement notifiée à la personne visée et ordonnent que l'administration doit informer la personne « sans délai » d'une décision défavorable.
- ◆ Les obligations du code de procédure civile parmi lesquelles les exigences du débat contradictoire.



Sur la prise en charge d'un patient interviennent : préfecture, juge des libertés, avocat, plusieurs médecins. Le patient recevra une information sur ses droits et sur les décisions administratives le concernant, de manière supposée être adaptée à sa capacité de compréhension, et devra signer de multiples documents pour que l'établissement puisse produire la preuve que cette information lui a été fournie.

Le JLD est chargé de s'assurer que l'atteinte à la liberté individuelle que constitue l'hos-

pitalisation psychiatrique sans consentement est nécessaire et proportionnée, et il a compétence pour décider une mainlevée de la mesure. Depuis janvier 2013 l'unification du contentieux administratif et judiciaire (examen de la régularité de la décision d'admission et examen du bienfondé de la mesure) fait que la régularité des décisions administratives ne peut maintenant être contestée que devant le juge judiciaire. Le TGI apprécie et statue sur les réparations du préjudice éventuel occasionné par la décision administrative.

Toute irrégularité constitue une atteinte aux droits de la personne et entraîne une nullité juridique de la mesure. Il en résulte un formalisme important pour respecter les procédures, fortement ressenti dans les établissements. Une étude menée par la Cour de Cassation sur les décisions des juges de 2012 et 2013 souligne une jurisprudence hésitante, conséquences des difficultés de contrôle de régularité des actes.

## 2.2.1 Les chiffres des saisines

Le nombre total de saisines du juge connaît une augmentation régulière, conforme à la hausse du nombre de personnes suivies sans leur consentement. Cette augmentation est d'autant plus importante que la révision de la loi en 2013 a raccourci à 12 jours le délai maximum d'intervention du juge pour statuer sur la nécessité du maintien en hospitalisation complète.

En 2013, selon le ministère de la justice, 65 857 saisines de JLD ont eu lieu pour des hospitalisations sans consentement. 5 118 levées d'hospitalisation soient 7,7 % du total ont été ordonnées, soit pour nullité de procédures, soit parce que la contrainte est apparue non justifiée ou disproportionnée.

Les saisines dites « obligatoires » représentent 96,8 % des saisines en 2015, contre 94,4 % en 2013. Une diminution conjointe des saisines « facultatives » est constatée (respectivement de 5,2 % en 2013 contre 3,1 % en 2015) qui pourrait être une conséquence de la réduction du délai à 12j maximum de la saisine obligatoire.

**L'amélioration avec la loi de 2011 de l'information du patient sur ses droits constitue une avancée de principe pour le respect des droits des personnes mais la faible proportion de saisines facultatives, et donc de l'usage que fait le patient de ce droit, interroge l'effectivité de cet accès au droit et aux voies de recours.**

En 2015, près de 1/10<sup>e</sup> des saisines aboutissent à une mainlevée de la mesure de contrainte, avec des variations importantes entre départements. La proportion de mainlevées est plus élevée dans le cas de saisines facultatives effectuées par les personnes ou leurs proches (13,5 %) que pour les saisines obligatoires. Elles sont encore plus élevées en cas de désaccord entre psychiatres et préfet (25 % de ces saisines aboutissent à une mainlevée de la mesure mais ces saisines pour ce type de désaccord n'ont concerné que 72 cas en 2015.

Le taux d'appel contre les décisions du JLD est de 0,9 % en 2012 et de 1,3 % en 2013, contre une moyenne nationale pour d'autres contentieux de 15 %. Les appels sont formulés en majorité par le patient (83 %), et 6 % par le ministère public. 85 % des cours d'appel ont confirmé la décision de soins sans consentement.

En cour d'appel, si la majorité des décisions judiciaires confirment les soins sans consentement, des mainlevées sont prononcées dans 34 % des contestations de régularité :

- ◆ Pour absence d'information du patient ou de sa consultation sur le maintien de la mesure (13 %).
- ◆ Pour absence de motivation de l'acte administratif (3 %).
- ◆ Pour impossibilité pour le patient de s'adresser à l'équipe médicale (2 %).



## 2.2.2 Effets de jurisprudence

Un inventaire de la jurisprudence depuis 2011 réalisé par J.M. Panfilii est publié sur le site du CRPA. Des enseignements sont tirés des cas de mainlevée.

- ▶ La compétence de l'auteur des décisions administratives est appréciée sur des pièces justificatives où doivent figurer, signature, mention lisible des nom, prénom, qualité du signataire de la décision, et s'il s'agit d'une délégation du directeur, de la nature et la durée de cette délégation, qui doit de plus être publique au sein de l'établissement.
- ▶ La compétence légale du médecin est appréciée sur le respect des exigences du Code de la Santé Publique : le médecin auteur d'un certificat doit selon le type d'hospitalisation, exercer ou non dans l'établissement d'accueil (péril imminent, SDRE), ne peut être le même pour établir les certificats d'admission et de 72h dans le cas de la procédure d'urgence. A Versailles, la cour de Cassation a confirmé en application de l'article L3213-1, qu'un médecin non psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient admis en SDRE peut bien être certificateur de cette mesure, parce que n'étant pas psychiatre.
- ▶ Les décisions administratives doivent être motivées : le juge doit disposer des certificats médicaux, et ces certificats sont incorporés à la décision de soins sans consentement.
- ▶ Le délai entre l'admission physique de la personne qui serait retenue contre son gré pour un risque de danger imminent, et l'admission administrative de soins sans consentement ne peut dépasser un certain délai : sur le plan légal « le temps strictement nécessaire » à la mise en œuvre des mesures de soins sans consentement est toléré, qui selon une décision du conseil d'Etat de 1993 évoque « quelques heures ».
- ▶ Si le juge n'est pas saisi dans les délais, l'hospitalisation est une rétention arbitraire : la mainlevée est ordonnée et immédiate.
- ▶ Le tiers doit avoir eu des relations antérieures avec le patient : le JLD peut en demander la preuve explicite. Et le tiers doit agir dans l'intérêt du patient : des cas de conflits comme les conflits conjugaux et procédures de divorce peuvent entraîner une décision de mainlevée si l'un des époux a la qualité de tiers.
- ▶ Dans le cas où le patient exprime un refus de prévenir sa famille, l'établissement doit obtenir du patient les coordonnées d'une autre personne capable d'agir dans son intérêt. La famille ou un proche doit être informé de la mesure pour permettre la saisine du juge si la mesure est considérée comme illégale.
- ▶ Dans le cas du péril imminent, l'établissement doit procéder à la recherche du tiers ; tenu à une obligation de moyens, il doit pouvoir justifier que cette recherche, dès l'admission et dans un délai de 24h, a été infructueuse.
- ▶ Un patient doit recevoir dès son admission ou dès que son état le permet une information sur sa situation juridique et sur ses droits et recours. La notification de ses droits dès l'admission et après chaque décision doit être prouvée ; le défaut ou le retard doit être justifiée pour raison médicale, ou constitue une irrégularité et une atteinte grave à une liberté fondamentale qui provoque une mainlevée.
- ▶ Un patient non francophone doit disposer d'un interprète pour recevoir l'information sur ses droits et être en capacité de faire ses observations et recours.
- ▶ Pour chaque décision d'admission ou de maintien des soins sans consentement, le patient doit faire valoir ses observations, avant chaque décision : l'obligation repose sur l'autorité administrative, directeur ou préfet.
- ▶ Le patient peut avoir accès aux pièces du dossier transmises au JLD. Il doit pouvoir faire parvenir ses observations au greffe du JLD par écrit.
- ▶ Si le patient est un majeur protégé, le CSP n'exige pas la présence du mandataire à l'audience, mais le code civil prévoit dans son article 468 que le curateur doit être présent pour une action ou une défense en justice : le défaut d'information et de convocation du curateur pour l'audience par l'établissement a déjà été sanctionné par la cour de cassation.
- ▶ Le défaut de motivation des certificats médicaux justifiant la décision est un motif de mainlevées, comme l'absence des caractères de dangerosité ou de troubles à l'ordre public dans les mesures de SDRE et dans le cas de SDT, la motion de consentement aux soins ou la disparition de la qualité de péril imminent.
- ▶ De manière générale, la charge de la preuve repose sur l'établissement d'accueil : le défaut de production d'un des éléments figurant à la procédure peut entraîner pour le JLD un motif de mainlevée :
  - ◆ Le défaut de preuve du respect de l'obligation de procéder à un examen somatique dans les 24h suivant l'admission a entraîné une mainlevée à Lille.
  - ◆ Un juge en appel a pris une décision de mainlevée pour défaut de respect des obligations relatives à la pratique de contention et isolement. La décision n'a pas été confirmée en cassation mais crée un précédent qui illustre que les juges peuvent se reconnaître une extension de domaines de compétences.
- ▶ Les programmes de soins, sur lesquels le JLD n'a pas compétence, alimentent une jurisprudence qui montre l'imprécision des textes. Ce sont les conditions de réintégration en hospitalisation complète qui constituent les situations de cette jurisprudence :
  - ◆ L'arrêté préfectoral de réintégration doit précéder l'admission du patient dans l'établissement.
  - ◆ Pour la cour d'appel de Versailles, la réintégration du patient en hospitalisation complète équivaut à une nouvelle mesure et doit respecter le même formalisme que pour l'entrée dans la mesure de soins sans consentement, avec la production de nouveaux certificats de 24h, de 72h.
  - ◆ Pourtant pour la cour de cassation, un retour en hospitalisation complète d'un patient en SDRE ne nécessite pas de trouble à l'ordre public ou de dangerosité, et donc la continuité de la même mesure de soins sans consentement.

### 2.2.3 Droits des patients, risques et responsabilités

La réforme de 2013 a introduit la présence systématique d'un avocat à l'audience. Cette avancée en termes de renforcement des droits de la personne ne va pas sans soulever des questions que le Syndicat des Avocats de France (SAF) a souligné comme questions déontologiques et de conscience inédites : il s'agit de défendre des patients qui n'ont pas commis de délits, qui ne sont pas directement demandeurs d'assistance et qui, à la différence des situations en droit pénal, peuvent commettre des actes après l'obtention de leur mise en liberté.

L'avocat est encouragé à utiliser tout élément de forme pour obtenir l'annulation de la mesure, motifs qui peuvent être aisés à saisir considérant la complexité de la loi et la jurisprudence.

Au niveau pénal, le Code de la Santé Publique prévoit des sanctions pour le directeur d'établissement qui ne respecterait pas les procédures ; cas à ce jour théoriques. Le médecin peut au niveau pénal avoir à répondre de faux et usage de faux, situation qui s'est déjà produite pour la rédaction de certificats de soins sans consentement.

Quant au JLD, il peut assortir sa décision de sortie d'hospitalisation, d'un délai de 24h, motivé, supposé permettre au psychiatre, s'il le souhaite, de transformer la mesure d'hospitalisation complète en programme de soins. Cette mesure décidée sur une question de droit ne correspond que rarement à la motivation médicale de la modalité de soins. Aussi, il peut être tentant pour les psychiatres d'initier une nouvelle mesure de soins sans

consentement après une décision de levée par le JLD. Cette situation s'est produite avec le cas d'une transformation de SDT que le JLD avait levée, en SDRE sur initiative du médecin : une nouvelle mainlevée de la mesure de SDRE a été décidée par le JLD de Versailles sur motif de « détournement de pouvoir », l'examen médical qui devait permettre de motiver le programme de soins ayant été selon le JLD détourné pour déclencher une mesure de SDRE.

A l'opposé, la cour de cassation a en juillet 2015 cassé une décision d'appel pour le maintien d'une SDRE, en estimant que le risque de rechute ne pouvait constituer un motif suffisant de maintien en hospitalisation complète, et que le principe de précaution ne pouvait être utilisé pour la privation de liberté.

## 2.3 Expertiser : toujours plus de demandes et des obstacles

Le psychiatre expert doit éclairer l'Institution judiciaire dans de nombreuses procédures, en Droit pénal, Droit civil, Droit administratif, pour les auteurs de délits et des victimes, potentiels ou reconnus, et de tous les âges. Historiquement, les psychiatres exerçaient un rôle expertal dans les hôpitaux psychiatriques en relation avec les hospitalisations sans consentement. Il reste de cette tradition le fait que les experts psychiatres judiciaires exercent en majorité en milieu hospitalier public, et remplissent donc une mission complémentaire de service public.

Il existe désormais des difficultés majeures liées à l'accroissement des réquisitions et des commissions d'expertises judiciaires,

dans des délais toujours plus resserrés, alors que la démographie des experts psychiatres judiciaires chute et qu'un désinvestissement des psychiatres en exercice pour la pratique expertale se manifeste. Les changements dans la pratique psychiatrique depuis le développement de la psychiatrie de secteur ont diminué l'intérêt des psychiatres pour l'expertise. L'insuffisance caricaturale des rémunérations expertales, les retards ou défauts de paiement des tribunaux et l'imbricatio des charges sociales et fiscales constituent aussi des facteurs dissuasifs. Les conditions pour réaliser les expertises ajoutent aux contraintes avec la multiplication des expertises en urgence

dans les situations de comparution immédiate où dans des délais trop courts, il faut fournir un avis sur la responsabilité pénale de la personne, mais aussi sur son pronostic et son éventuelle dangerosité. Lorsque l'expert doit déposer, il doit bouleverser son agenda d'activités pour se rendre au tribunal, de façon de plus en plus éloignée de son domicile, et perd 1/2 journée ou une journée d'activité qui lui sera rémunérée à hauteur de 40 euros.

En quelques années, de 800 inscrits sur les listes de Cour d'Appel ou agréés par la Cour de Cassation, les experts judiciaires sont passés à moins de 500, dont certains en position honoraire. Certains multiplient les rapports,



au point d'être taxés par leurs confrères de « serial experts ».

La Loi HPST avait de plus modifié le cadre d'exercice des expertises des praticiens hospitaliers en les renvoyant avec d'autres activités au statut de la fonction publique, comme activités accessoires. Ce qui devait se traduire par la nécessité de réaliser les expertises en dehors des locaux professionnels, en dehors du temps de travail, et avec l'autorisation du directeur de l'hôpital. Autant d'obstacles potentiels à la réalisation des expertises. La mobilisation syndicale a permis la publication d'un décret lié à la loi de programmation de l'exécution des peines, qui en fixant la limite du cumul d'activités pour les PH « dans la limite de deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois » permet aux praticiens hospitaliers de réaliser les expertises mais « en cas d'exercice de missions d'expertise judiciaire ordonnées en application du code de procédure pénale ». Le décret ne concerne donc pas l'ensemble des expertises (civiles, administratives).

En janvier 2016, une nouvelle fronde est menée avec mouvement de grève des expertises. En cause, un décret du 30 décembre 2015 qui évite à la justice le paiement des charges sociales dues aux médecins experts judiciaires en les excluant de la liste des collaborateurs occasionnels de service public (COSP), ce qui les bascule du régime général de la Sécurité sociale vers le régime social des indépendants (RSI) : il en résulte une baisse drastique de leurs revenus de 20 à 40 % de leur rémunération nette, puisque forcés dans ce cas de payer des cotisations supplémentaires, sans contrepartie. La confusion prévaut : l'expert est en effet considéré, en tant que COSP comme salarié pour les cotisations sociales mais il est considéré comme un travailleur indépendant aux yeux du régime fiscal, ce qui l'assujettit à la TVA.

Sous la mobilisation, un nouveau décret (décret du 2 juin 2016 modifiant le décret du 30 décembre 2015) modifie une partie du précédent décret sans l'annuler, en réintégrant les experts judiciaires médecins salariés de l'hôpital public au sein des COSP. Les praticiens

qui ont une pratique libérale, quel que soit leur statut, restent exclus du régime des COSP. Or, à la suite d'un recours de l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires contre le décret de 2015, un arrêt du Conseil d'Etat en date du 17 mars 2017 annule l'article premier du décret de décembre 2015. Depuis le décret du 2 juin 2016 et avec le décret du 27 février 2017 relatif aux modalités de fixation des tarifs des actes prescrits, une augmentation partielle des rémunérations a eu lieu mais avec une dissociation entre COSP et médecins libéraux : **la situation reste des plus floues quant aux modalités d'exécution, de paiement, de réalisation de l'expertise psychiatrique judiciaire.**

**Des mesures urgentes, législatives et réglementaires méritent d'être prises pour sauver l'expertise psychiatrique judiciaire, aboutir à un véritable statut, rénover la pratique expertale pour la rendre attractive.**

### 2.3.1 Formation et inscription

Les futurs psychiatres doivent recevoir à nouveau, dans le cadre du D.E.S de psychiatrie une formation systématique en psychiatrie médico-légale. La formation des futurs experts psychiatres devrait s'asseoir sur la création d'un D.E.S.C de psychiatrie médico-légale ou d'une formation dans un Institut de l'expertise, formation qualifiante mais pour laquelle il apparaît essentiel que la formation médicale relève du ressort de l'autorité médicale dont les objectifs, l'éthique et l'approche ne se confondent pas avec l'abord judiciaire. Une formation complémentaire criminologique doit être dis-

pensée, consolidant le fait que les champs psychiatriques et criminologiques sont complémentaires mais non confondus. La formation criminologique doit s'intégrer dans un cadre pluridisciplinaire partagé avec d'autres professions qualifiées de niveau 3<sup>e</sup> cycle universitaire.

Il faut différencier l'expertise pénale de l'examen médical spécialisé que représentent le constat médical psychiatrique de garde à vue, l'avis sur la compatibilité du port du bracelet électronique ou d'une indication d'injonction de soins : cet examen devrait pouvoir être pratiqué par tout

psychiatre, ce qui nécessite une formation en psychiatrie légale des psychiatres en formation.

S'il est logique que l'autorité judiciaire procède seule aux décisions d'inscriptions des experts volontaires sur les listes de Cour d'Appel, l'avis des pairs devrait être pris en compte car eux seuls peuvent connaître la qualité professionnelle et les capacités expertales des impétrants.



## 2.3.2 Rémunérations

L'indécence des rémunérations des expertises dont les tarifs n'ont pas augmenté en quinze ans (172 euros pour un psychologue, 277 pour un psychiatre) pour une somme de travail consé-

quente entre consulter le dossier, rencontrer l'intéressé – qui se trouve souvent en prison –, l'examiner et rédiger le rapport, a été dénoncée à plusieurs reprises. Une réévaluation immédiate

des indemnités scandaleuses des dépositions en cours d'assises doit être obtenue. Les rémunérations sont insuffisantes en regard de la complexité et des compétences nécessaires.

## 2.3.3 Clarifier les textes

Le décret du ministère de la Santé régissant les modalités de pratique d'expertises par les PH doit être corrigé pour permettre notamment la réalisation des différents types d'expertise psychiatrique (civile, tutelle, pénale...). La situation statutaire des experts psychiatres COSP et libéraux suite aux récents textes

réglementaires et arrêt du conseil d'État doit être clarifiée. Le choix optionnel d'être reconnu COSP doit exister pour les praticiens libéraux. La rémunération différentielle entre COSP et libéraux ne peut exister qu'à la hauteur des cotisations sociales pour les praticiens optant pour le statut libéral.

**Des groupes de travaux interministériels associant les ministères de la Justice et de la Santé devraient donc être mis en place pour des projets statutaires en relation avec les projets de réforme judiciaire.**

### Motion SPH Expertises

Réuni en assemblée générale le 4 octobre 2017 à Toulouse :

Le SPH tient à rappeler le rôle historique de l'expertise psychiatrique pénale dans l'individualisation de la psychiatrie comme spécialité médicale. Il s'agit d'une mission qui s'inscrit dans la continuité du service public avec une majorité des experts qui sont des praticiens hospitaliers.

Le SPH constate une chute démographique des psychiatres experts judiciaires au cours de ces dernières années et invite les autorités à prendre en urgence des mesures incitatives pour rendre la pratique expertale plus attractive, car les effectifs des experts psychiatres conditionnent la qualité de l'exercice de leur mission.

L'expertise psychiatrique pénale comporte différents niveaux et il conviendrait de distinguer l'expertise présentencielle d'évaluation de la responsabilité pénale de l'expertise post-sentencielle à visée pronostique qui implique une compétence supplémentaire en psychocriminologie et une pluridisciplinarité.

Le SPH rappelle l'importance d'une formation en psychiatrie légale en formation initiale (internat) et continue, en raison de la place du droit dans la pratique psychiatrique et pour tenir compte de la multiplication des structures psychiatriques à vocation médico-légale. Il demande l'instauration d'un tutorat pour former et accompagner les psychiatres qui se choisissent l'activité d'expertise judiciaire avec une mise en œuvre en concertation avec les associations professionnelles.

Le SPH réclame l'extension de l'autorisation statutaire de pratiquer des expertises pénales sur le temps de travail à raison de deux demi-journées par semaine aux autres expertises civiles et administratives et aux examens médicaux effectués sur demande des magistrats et des autorités administratives.

Le SPH souhaite que le traumatisme psychique des victimes directes ou indirectes soit mieux pris en compte et reconnu dans les procédures d'évaluation du dommage corporel. Cette évaluation du préjudice psychique doit être effectuée par des psychiatres formés à la victimologie et/ou ayant une expérience dans ce domaine.

Le SPH réclame que l'ensemble des experts, quel que soit leur statut, puisse recourir à la tarification des expertises psychiatriques dites hors normes pour tenir compte de la complexité du dossier, de la qualité du travail fourni et du temps consacré.

Le SPH exige des autorités une clarification du statut social et fiscal des praticiens hospitaliers, collaborateurs occasionnels du service public dans le cadre de leur activité d'expertise judiciaire. La décision du Conseil d'État d'annuler le décret sur les COSP a entraîné un vide réglementaire et le SPH demande à être associé à la rédaction du nouveau décret sur ce statut.

Le SPH proteste vivement contre l'instrumentalisation de la psychiatrie notamment les déclarations de certaines personnalités politiques et ministérielles visant à établir systématiquement un lien entre les actes terroristes et la pathologie mentale.

Le SPH constate que certains faits divers dramatiques sont l'occasion, dans leur traitement médiatique, d'une recherche de boucs émissaires et de la mise en cause des psychiatres et de la psychiatrie et ce d'autant plus lorsque l'auteur a eu, dans son parcours de vie, un contact même bref avec la psychiatrie. La psychiatrie prend sa part dans la démarche de compréhension psychopathologique de certains passages à l'acte mais l'acte criminel, quelle qu'en soit la nature et l'émotion qu'il suscite, n'est pas nécessairement lié à une pathologie mentale.

## 2.4 Des coûts mal cernés

En mai 2017, l'Assurance-maladie a présenté à partir de la consommation de soins en 2015 pour 57 millions de bénéficiaires du régime général, un coût annuel « de la santé mentale » de 19,3 milliards d'euros, qui a progressé de 1,3 milliard d'euros entre 2012 et 2015. Ce coût est en fait estimé à partir des données d'hospitalisation et de consultation pour maladie psychiatrique, et la consommation de médicaments psychotropes, qui sont aussi prescrits à des patients sans pathologie psychiatrique.

Elargie à la santé mentale, l'évaluation des coûts avance la somme de 109,2 milliards d'euros, soit un tiers des dépenses de l'Etat français, distribuée entre : 65,1 Milliards € de coût de perte de qualité de vie, 24,4 Milliards € de coût de perte de productivité, 13,4 Milliards € de coût pour le secteur sanitaire et 6,3 Milliards € de coût pour le secteur social et médico-social.

Pour le secteur sanitaire psychiatrique, les dépenses recouvrent différentes réalités de prise en charge :

- ▶ Des dépenses hospitalières pour les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), recouvrant pour l'activité de secteur activité hospitalière à temps plein et partiel, et ambulatoire.
- ▶ Les dépenses pour pathologies mentales en établissements de MCO sous T2A et

SSR dont le mode de financement vient d'être réformé (passage d'un financement DAF à une modulation à l'activité (MAF))

- ▶ Les dépenses de cliniques privées au financement à l'activité sous objectif quantifié national (OQN).
- ▶ En secteur libéral, les dépenses des consultations de médecine générale, de psychiatres et autres consultations de spécialistes dans le cadre de la prise en charge de pathologies mentales, la consommation de médicaments, les dépenses relatives aux transports médicaux, analyses de biologie et aux soins délivrés par des auxiliaires médicaux.
- ▶ Directement financés par les ménages, les consultations auprès de psychologues libéraux et psychanalystes, de dépassements d'honoraires de psychiatres en activité libérale et la part hôtelière des établissements.

A noter que le décret du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations (dans 3 régions) visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes, selon l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale 2017, prévoit la prise en charge sous forme de forfait de 12 consultations au maximum par des psychologues libéraux, sur prescription par un médecin généraliste, un médecin scolaire

ou un pédiatre, pour des jeunes de 11 à 21 ans en situation de « souffrance psychique ». A différencier des « troubles psychiatriques et des crises suicidaires », qui sont orientés alors en « soins spécialisés ».

Pour le secteur médico-social, pour les adultes et enfants handicapés souffrant de déficiences psychiques, les différentes sources de financement pour la prise en charge des pathologies mentales, sont estimées en 2007 à 41 % par l'Etat, 38 % par l'Assurance maladie, 18 % par les conseils généraux / départementaux, 2 % par les ménages et 1 % par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

En 2016, l'ATIH a lancé une enquête des coûts en psychiatrie à partir des données analytiques d'une liste d'établissements des secteurs DAF et OQN. L'objectif est d'analyser des données d'activité et des informations sur les caractéristiques de la structure (capacités, effectifs) et notamment permettre un recueil plus détaillé sur l'activité des centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

**Distingué de la santé mentale, le coût réel de la psychiatrie est donc toujours difficile à circonscrire.**

## 2.5 Faire évoluer le financement

En 2017, la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) a été préparée pour des mesures d'économies des budgets publics. Le rapport Laforcade chargé par le gouvernement précédent de proposer des

solutions « concrètes pour la mise œuvre de la politique de santé mentale », prône d'abord les réorganisations et le recours à des expériences jugées innovantes plutôt que des moyens. La psychiatrie publique peut toujours protester

que l'évolution de l'ONDAM psychiatrie est inadaptée à la politique de santé mentale que les gouvernements successifs prétendent vouloir mener.



## 2.5.1 DAF

La psychiatrie de secteur public et privée à but non lucratif, est encore financée par une dotation annuelle de financement (DAF), enveloppe budgétaire globale attribuée pour l'année civile et délivrée pour couvrir la dépense du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année N. Pour chaque enveloppe, le ministère détermine par arrêté « DR » un plafond de ressources par région (5 dotations régionales environ dans l'année). Des circulaires budgétaires complètent dans l'année cet arrêté, détaillant le montant et la nature des missions financées par ces dotations.

Les 2 modes de financements des établissements de santé, publics et privés, sont régis par des modalités et un calendrier différents, déterminés en amont par la LFSS et la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) :

- ▶ Le bloc ODMCO (tarifs) évolue en fonction d'un arrêté annuel fixant le montant de chaque tarif dans ces activités, pris fin février avec effet au 1<sup>er</sup> mars de l'année.
- ▶ Le bloc DAF / MIGAC / USLD / FMESPP : sa répartition est déterminée par une circulaire diffusée début mars, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours.

Le site du ministère de la Santé fait toujours figurer à propos du financement des établissements le projet d'extension du modèle T2A à la psychiatrie, en cours d'étude, vers un type de financement mixte associant un compartiment tarification à l'activité, un compartiment MIGAC, une liste de produits remboursables, etc. Les spécificités de la psychiatrie constituent des obstacles à sa réalisation (atomisation de ses structures, organisation territoriale, poids des soins ambulatoires, juxtaposition et chevauchement des modes de prise en charge).

Depuis 2007 le résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) qui constitue le nouveau recueil d'activité doit permettre une évaluation nationale des coûts (ENC) spécifique. Le RIM-P géré par l'ATIH recueille les informations relatives à chaque prise en charge des patients : données démographiques (âge, sexe, code postal de domicile), lieu de la prise en charge (code établissement, type de prise en charge hospitalière ou ambulatoire, durée), et code de l'affection prise en

charge, le cas échéant complété des codes correspondant à des pathologies associées. Les données d'activité concernent les séjours en hospitalisation à temps complet et toutes les autres prises en charge à temps complet (séjour en postcure psychiatrique, hospitalisation à domicile, placement familial, centres de postcure psychiatriques), les séjours à temps partiel (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) et les données concernant l'ambulatoire.

En 2011, la Cour des comptes établissait dans son rapport sur le plan psychiatrie et santé mentale que les sources statistiques disponibles pour la psychiatrie étaient insuffisantes pour une planification pertinente. Ces sources reposent sur :

- ◆ Le fichier FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) qui recense les hôpitaux et les cliniques, mais ne fait pas l'inventaire des structures et services alternatifs à l'hospitalisation complète.
- ◆ Les enquêtes SAE (statistiques annuelles des établissements) gérées par la DREES, qui comportent depuis 2006 une enquête spécifique à la psychiatrie, et recueillent des données sur les ressources en équipement, en personnel et l'activité exprimée en journées pour les prises en charge à temps complet, en venues pour les prises en charge à temps partiel (hôpital de jour) et en actes pour les soins ambulatoires : elles ne rendent pas compte de la variété des dispositifs de psychiatrie ; ainsi, l'hospitalisation complète regroupe sans les différencier les activités de postcure, de centres de crise et d'appartements thérapeutiques ; les lits d'hospitalisation de nuit et les places d'hôpitaux de jour ne sont pas distingués ; les alternatives à l'hospitalisation n'apparaissent pas en dehors des places d'hospitalisation à domicile.
- ◆ Les rapports annuels de secteur (RAS) qui rendaient compte de la dimension sectorielle mais pas des moyens et des activités non sectorisés. Étendus aux établissements non sectorisés, ils sont devenus en 2009 les rapports d'activité de psychiatrie (RAPS), sous forme d'enquête ponctuelle réalisée par la DREES auprès

de l'ensemble des établissements. Ils ont pour défaut la complexité des enquêtes pour des résultats parcellaires.

A titre de comparaison, les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui étaient également sous DAF connaissent depuis début 2017 une réforme de financement, prévue dans la loi LFSS de 2016 avec une mise en œuvre progressive jusqu'en 2018. Leur financement consiste en une dotation modulée à l'activité (DMA) selon un compartiment d'activité basée sur l'étude ATIH du PMSI des établissements, à laquelle s'ajoutent un financement de missions d'intérêt général, de crédits d'aide à la contractualisation et du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) qui prévoit le versement d'une dotation complémentaire aux établissements sur la base des résultats obtenus via des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

En octobre 2004, le comité de pilotage chargé d'élaborer un PMSI en psychiatrie, à l'origine du Rim-Psy, s'était vu confier par le ministère la mission de proposer un modèle pluraliste de financement. Le PMSI-PSy, renommé « Valorisation de l'activité en psychiatrie » (VAP) était présenté, composé de 4 compartiments :

- ▶ Un compartiment en relation avec l'activité, à partir du RIM-P.
- ▶ Un compartiment géo-populationnel prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques sur le plan régional, territorial et sectoriel.
- ▶ Un compartiment décrivant des missions d'intérêt général (MIG).
- ▶ Un compartiment pour les médicaments onéreux.

Le modèle s'avère complexe et nécessite des indicateurs médico-économiques fiables. En 2014 un rapport DGOS relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé, signale à propos de la psychiatrie, qu'il n'est plus question que de travaux qui « permettront à long terme, d'envisager une classification adaptée à l'activité de psychiatrie et, sur cette base, d'être en mesure de mener une réflexion sur le financement de parcours types ou des modes de prise en charge issus de référentiels » : la VAP comme modèle de financement est donc abandonnée.

En référence au modèle du parcours (de soins, sanitaire et de vie) qui lie psychiatrie et santé mentale, les données médico-économiques doivent s'étendre au secteur social et médico-social. Une enquête est réalisée par la DREES

tous les quatre ans sur les établissements et services sociaux pour les personnes en situation de handicap mais elle ne permet pas de différencier les données sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques de celles

sur les personnes ayant une déficience intellectuelle : le modèle d'information médico-économique pour l'activité de psychiatrie qui s'y exerce s'avère insuffisant.

## 2.5.2 Modulation des DAF

D'autres enjeux résident dans la modulation des DAF par les ARS et dans la mise en pratique de péréquation. Une enquête pour les Journées d'information médicale et de contrôle de gestion en psychiatrie, montre une grande variation de situations : en 2016 seulement deux ARS ne menaient aucune modulation des DAF, la modulation a été mise en place à des degrés divers par les autres ARS, pour généralement 1 % des DAF. Seule la région PACA a pratiqué les modulations dès 2011, et a programmé une modulation à 10 % des dotations de 2015 à 2019, puis à 15 % de 2019 à 2022.

Les objectifs des modulations affichés par les ARS sont globalement similaires : réduire les inégalités de financement, favoriser le virage ambulatoire et réduire les séjours longs. Louis Breuls de Tiecken auteur de l'enquête s'inquiète cependant que, pour 8 ARS, la modulation des DAF vise également à répartir les efforts d'économies entre établissements. Comparant la situation de 2014 à 2016, l'étude montre que le nombre de critères pour calculer la péréquation des dotations a doublé, pour prendre plus en compte les besoins de la population, le type de prise en charge et favoriser l'ambulatoire.

En moyenne, les ARS en utilisent quatre. Les exemples de critères utilisés sont :

- ◆ La population, les besoins populationnels (précarité), la part de bénéficiaires de la CMUC.
- ◆ Activité, DAF par jour d'activité, file active ambulatoire, file active globale, file active par type d'activité.
- ◆ Dépenses d'Assurance Maladie par habitant.
- ◆ La surface de territoire.
- ◆ Taux HDJ/Hospitalisation Temps partiel, Valorisation File active HTP et HDJ pondérées par Durée Moyenne d'Hospitalisation, file active HTTP au long cours / Nombre d'habitants Durée Moyenne d'Hospitalisation, Taux de recours standardisé à l'HTP, Taux de recours standardisé/âge et sexe en HTP.

Au congrès SIP SPH de Bruxelles 2016, le Dr Morfoisse, directeur adjoint de l'ARS Occitanie a présenté dans le cadre d'une table ronde sur le financement de la psychiatrie, des travaux menés sur l'évolution de son mode de financement. Partant du constat des insuffisances des DAF pour répondre à l'activité complexifiée de la psychiatrie publique, il relève comme problèmes : Inégalité entre les régions et entre les territoires, déconnexion de l'activité, difficultés à prendre en compte l'évolution des besoins (démographie, population défavorisée,

accès aux soins), difficultés de financement des activités innovantes : traitements, équipes mobiles, hospitalisation à domicile.

Un modèle moins complexe que la VAP basé sur 4 compartiments pourrait être envisagé pour les régions, intégrant le montant de la DAF historique, avec des indicateurs établis à partir du Rim-P et de l'INSEE :

- ▶ Un compartiment activité, pour 35 % de la dotation (indicateurs : nombre de séjours, nombre de venues et demi-venues, et nombre d'actes en ambulatoire).
- ▶ Un compartiment file active, pour 35 % de la dotation (indicateurs : nombre de patients vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres des équipes soignantes).
- ▶ Un compartiment besoin populationnel pour 20 % de la dotation (indicateurs : la population à partir des résultats du recensement disponible (INSEE), avec un ajustement statistique selon le taux de précarité à partir d'une méthodologie validée par l'INSEE).
- ▶ Un compartiment « étendue du secteur » pour 10 % de la dotation (indicateur : superficie en km<sup>2</sup> des secteurs adultes et enfants des établissements).



## Motion SPH Financement de la psychiatrie

Le SPH réuni en Assemblée générale le 4 octobre 2017 à Toulouse :

- ◆ Réaffirme sa volonté de voir évoluer les dotations vers une plus grande équité entre les territoires. Pour ce faire il exige que l'approche partant des besoins de la population soit privilégiée et que l'on ne reparte pas dans les errements du passé sur le financement sur la base de critères d'activité.
- ◆ Demande à ce que soit construit un modèle d'évolution et de modulation des DAF basé sur des critères géo-populationnels (population, taille du territoire, indice de précarisation, données épidémiologiques et selon l'offre existante sur un territoire...). Celui-ci devrait être différencié selon des spécificités des besoins des populations, en psychiatrie adulte et psychiatrie infantile-juvénile. Il devra tenir compte du poids respectif du secteur libéral, de l'importance et de la médicalisation du secteur médico-social. L'explicitation de ces critères devra se faire avec les organisations syndicales représentatives.
- ◆ Dénonce la stagnation de l'ONDAM psychiatrie, les mises en réserves prudentielles visant à atténuer les effets inflationnistes de la T2A du secteur MCO, les effets délétères des décisions régionales de fongibilité asymétrique. Tous ces éléments concourent à une dégradation sans précédent de nos organisations soignantes.
- ◆ Exige une remise à niveau de l'enveloppe globale dévolue à la psychiatrie publique et la disparition des mises en réserves prudentielles et la transparence sur les critères de péréquations inter et intra régionales. L'explicitation de ces critères devra se faire avec les organisations syndicales représentatives

### 3. LA PSYCHIATRIE DANS LES REFORMES

#### 3.1 Des réformes hospitalières successives et la fin d'une organisation spécifique

En janvier 2016, le secteur de psychiatrie a été transformé en mission.

L'article 69 de la nouvelle réforme de santé a ainsi fait aboutir les offensives antérieures sur l'organisation territoriale originale de la psychiatrie publique pour résoudre le problème de faire rentrer la psychiatrie dans les réformes du système de santé. Déjà, le plan Hôpital 2007 qui avait supprimé la carte sanitaire et installé le SROS comme seul outil de planification, confrontait l'organisation géographique en secteurs de la psychiatrie à une nouvelle logique d'organisation des soins, qui n'a fait que s'amplifier avec les réformes de santé ultérieures, quels que soient les gouvernements. La loi HPST a ensuite fait disparaître les spécificités du statut de psychiatre hospitalier dans le statut général des Praticiens Hospitaliers, et éclipsé les chefs de secteurs face aux chefs de pôles.

La pyramide des âges des psychiatres qui a favorisé avec les départs en masse à la retraite, l'abandon de certaines références théoriques, a facilité la propagation de l'idée qu'une réorganisation était nécessaire, d'autant plus que la profession adresse depuis plusieurs années aux ministres une plainte sur la difficulté

d'assumer l'inflation des demandes. Démocratie sanitaire, déploiement dans l'espace public de la catégorie « handicap psychique » et primauté de la santé mentale au nom d'une psychiatrie communautaire renouvelée, ont facilité avec une modernisation de l'antipsychiatrie, les choix politiques pour déloger la sectorisation des modèles d'organisation.

Les rapports officiels dénonçant l'insuffisance du secteur, trop daté, source d'inégalités et de maintien de l'asile, ont pu s'adoucir avec l'affaiblissement des résistances pour un discours plus subtil, où le secteur psychiatrique est finalement méritant, voire modèle de la vision territoriale de l'offre sanitaire, mais dépassé par l'accroissement des missions de santé mentale. Le temps de sa « rénovation » arrivé, le rapport de la Cour des Comptes de 2011 sur le bilan du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a fait le constat que le secteur avait bel et bien disparu du Code de la Santé Publique, privé avec les réformes successives de support juridique pour continuer à faire ce qui lui était demandé : la recommandation inespérée de la Cour de Comptes de créer une mission de service public reprenant les principes de la sectorisation a alors rencontré l'approbation des organisations professionnelles.

Cinq ans plus tard, c'est la loi de santé qui crée avec l'article 69 cette mission de psychiatrie de secteur. Pourtant, si l'identité du secteur et la valeur de ses missions de service public sont en apparence préservées, le code de la santé publique a perdu la sectorisation : elle s'évanouit des textes tandis que la dimension régionale et la notion de territoire se sont imposés comme outils de planification.

Face aux remaniements d'importance que sont les GHT obligatoires dans la loi de 2016, les représentants des professionnels de la psychiatrie ont choisi d'accueillir avec satisfaction l'existence de cet article spécifique pour la psychiatrie. L'énergie employée à défendre des décrets, publiés tardivement, pour définir les communautés psychiatriques de territoire (CPT) et les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) créés par la loi, devait servir une politique cohérente de santé mentale et un rôle pour la psychiatrie dans le pilotage sur les territoires. Mais face à des GHT rapidement et fortement incités, le retard pris dans la publication des textes pour la psychiatrie fait passer cette volonté pour une simple tentative de sauver les meubles.

## 3.2 Le secteur dans les nouvelles organisations sanitaires

Il reste qu'à distance d'une bonne santé mentale idéalisée, la psychiatrie est fortement implantée dans les territoires, que les secteurs y ont tissé au fil des ans une politique concrète de partenariats, que la loi sur les soins sans consentement lui assigne des territoires d'interventions et de responsabilité médico-légale en référence au modèle des secteurs, et que la psychiatrie publique est toujours fortement solli-

citée. Le récent décret sur le projet territorial de santé mentale lui assigne de multiples tâches, depuis l'accès facilité aux soins psychiatriques, pour tous et à tous les âges, au soutien aux professionnels du social et du médico-social, qui paraissent reconnaître à la psychiatrie un rôle indispensable. Mais comme selon le décret, les outils de pilotage ou même de simple coordination ne lui appartiennent plus, tant sont

nombreux les partenaires pour définir un projet de santé mentale, floues les instances décisionnelles pour l'animer et imprécis le périmètre du territoire où ses interventions sont attendues, tout reste à faire pour les professionnels pour installer ou préserver dans les territoires des outils de soins cohérents.

### 3.2.1 Le secteur, c'est quel niveau de recours ?

En 2009, la loi HPST remplace les ARH par les ARS et les charge de définir de nouveaux territoires de santé dont la vocation est d'organiser la politique de santé, plus seulement à partir des structures hospitalières, mais en impliquant les praticiens d'activité libérale. Des contrats de service public sont signés entre les ARS et les cliniques privées, preuves qu'une nouvelle conception du service public est mise en œuvre selon laquelle, comme le formule Nicolas Sarkozy à Neufchâteau en 2008 : « *Le service public hospitalier, c'est une mission plus qu'un statut* ». Dans une opération de lissage des spécificités public – privé – MCO – psychiatrie, les praticiens hospitaliers en psychiatrie perdent leur mode de nomination spécifique qui avait été maintenu par les politiques antérieures.

L'organisation territoriale de la santé selon la loi HPST introduit également une hiérarchie des soins établie en fonction de leur difficulté technique, selon une idée originaire du Royaume-Uni et reprise par l'OMS. Le modèle promu pour les systèmes de santé est d'organiser les soins selon la complexité des soins requis qui définit des niveaux de recours :

- ◆ Les soins de premier recours sont les soins usuels pour les pathologies légères, dispensés par les médecins généralistes.

- ◆ Les soins de second recours sont les soins complexes dispensés par les médecins spécialistes.

- ◆ Un troisième niveau de soins se caractérise par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe : les soins hospitaliers.

La logique territoriale qui est déduite de cette logique technique des soins est que les soins de premier recours doivent être présents dans chaque commune, que les soins spécialisés peuvent n'être présents que dans un ou plusieurs centres urbains et que les soins hospitaliers de pointe peuvent n'être présents que dans les villes les plus importantes.

Le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat établi sur le projet de la loi HPST soulignait tout de même l'ambiguïté de la notion de soins de premiers recours, du fait que trois logiques potentiellement antagonistes sont prises en compte pour les définir : la logique territoriale, la logique technique et la logique financière. Dans la logique financière, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaure avec le parcours de soin, un rôle de régulation pour le médecin généraliste, en lui octroyant l'identité de « médecin traitant » dont la prescription conditionne le remboursement des

soins de deuxième et de troisième recours. Mais comme un spécialiste, de second recours, peut aussi être choisi comme médecin traitant, de premier recours, les deux logiques, financière et technique, se juxtaposent. De plus la loi de 2004 a préservé l'accès direct sans prescription par le médecin traitant pour certaines spécialités médicales que sont l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie pour les 16-25 ans.

Aussi, avec HPST, la volonté d'organiser les soins selon des niveaux de recours sur les territoires comme le préconise l'OMS et en renforçant le médecin généraliste pour leur régulation, s'avère inaboutie. Les spécificités de la psychiatrie sectorielle se heurtent aussi à cette logique, puisque à la fois soins de spécialité ambulatoire (second recours théorique), et hospitaliers (3<sup>e</sup> recours théorique), les principes du secteur se fondent sur la facilitation d'accès aux soins à partir des CMP considérés comme pivot des soins psychiatriques et de premier recours.

### 3.2.2 Le secteur de psychiatrie : soin primaire ou hospitalier ?

#### 3.2.2.1 Les soins primaires

La loi de modernisation du système de santé de 2016 poursuit ce que la loi HPST a entamé pour la régulation territoriale de l'ensemble des soins, hospitaliers et ambulatoires, après des réformes d'organisation des soins focalisées au départ sur les équipements et l'hôpital.

La dénomination « soins primaires », empruntée à l'OMS, est présente dans la loi HPST et dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Elle sert la création d'un modèle normatif et hiérarchisé des soins ambulatoires. La loi de santé définit l'équipe de soins primaires comme un ensemble de

professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours. Les soins de premiers recours sont quant à eux définis par l'article L1411-11 comme chargés de :

- ▶ 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.

- ▶ 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.
- ▶ 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.
- ▶ 4° L'éducation pour la santé.

La loi de santé crée un autre niveau de régulation avec des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) composées de professionnels de santé regroupés en équipes

de soins primaires, qui sont les acteurs assurant les soins de premier et de second recours, ainsi que les acteurs médico-sociaux et sociaux. Les CPTS ne sont pas obligatoires, mais il est prévu qu'en l'absence d'initiative des professionnels, les ARS puissent prendre les mesures nécessaires à leur constitution. Or les professionnels de santé libéraux s'étaient montrés très réactifs contre le projet de loi initial, accusant le « service public territorial de santé » (SPTS) qui était prévu, d'être

un salariat déguisé. Le SPTS a disparu du texte final, mais le renforcement des pouvoirs de l'ARS sur l'organisation des professionnels de santé est prévu grâce à des contrats territoriaux de santé.

Le défaut de lisibilité de cette organisation territoriale qui multiplie les outils de coordination qui doivent en outre coexister avec d'autres supports de type conventionnels, est déjà dénoncée par certains.

### 3.2.2.2 Dans les groupements hospitaliers de territoire

#### ▶ La cohérence de reconnaître les spécificités de la psychiatrie

Guidée, comme les réformes précédentes, par une réorganisation de l'offre hospitalière selon une logique territoriale régionale « graduée », la loi HPST avait instauré le regroupement des hôpitaux sous la forme de communautés hospitalières de territoire (CHT). Mais là où les CHT étaient simplement encouragées par la loi HPST, la loi de santé en a fait une obligation pour les établissements publics de santé, forcés de constituer des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Chaque GHT doit reposer sur un projet médical partagé qui devait être transmis aux ARS le 1<sup>er</sup> juillet 2017 au plus tard et qui comprend notamment l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Au 1<sup>er</sup> juillet 2017, 135 GHT ont été enregistrés, dont 5 GHT psychiatriques, tandis qu'une dizaine d'établissements obtenaient une dérogation provisoire pour ne pas constituer de GHT.

Pour la psychiatrie, le défaut de prise en compte de la singularité de ses missions et de son identité dans les réorganisations s'est

révélé d'emblée, d'autant que les textes d'application de la loi pour la constitution des GHT ont largement pris les devants sur les décrets attendus pour la psychiatrie. 93 % des secteurs de psychiatrie générale seront désormais gérés dans le cadre d'un GHT polyvalent.

Le principe de constitution des GHT repose sur la définition de filières supposées garantir une organisation des soins graduée selon des activités pour la prise en charge pour un patient, et d'une pathologie donnée dans un territoire de santé. L'identification de ces filières doit selon le rapport Martineau et Hubert sur les GHT privilégier une approche par pathologie plutôt que par discipline. Or pour la psychiatrie, c'est l'organisation sectorisée de la psychiatrie qui correspond à cette « organisation par filière d'une offre de soins graduée » de l'article R6132-3. En effet, la définition de la « filière » du rapport Martineau et Hubert préfigurateur de l'organisation en GHT, comporte :

- ◆ Un parcours ou une succession d'approches de soins que sont les consultations, les hospitalisations, les SSR, etc.

- ◆ Des indications de prise en charge analogues.
- ◆ Des profils de patients homogènes.

Appliquée à la psychiatrie, **cette définition correspond à celle du secteur qui organise les parcours de soins** selon une succession de séquences :

- ◆ Les soins de premier recours que sont l'accueil en CMP, ou en services d'urgences (soit spécifiques psychiatriques, soit par une évaluation psychiatrique aux urgences générales), ou en psychiatrie de liaison, ou en centre de crise.
- ◆ L'éventuelle hospitalisation, à temps complet ou à temps partiel en hôpital de jour voire en hôpital de nuit.
- ◆ Des soins de réadaptation spécifiques à la psychiatrie comme le CATTP, des unités de réhabilitation, des visites à domicile, des HAD psychiatrique.
- ◆ Parfois des soins de suite et de longue durée comme en centres de postcure psychiatrique, en services d'hospitalisation longue durée, en appui à l'orientation en structure médico-sociale adaptée.



A la fois activité et filière de soins gradués, la psychiatrie organisée en secteurs répond, par ses spécificités, aux attentes du projet médical de GHT de l'article R6132-3. **La psychiatrie doit donc avoir une place à part dans les réorganisations territoriales.**

Un autre motif pour tenir compte des spécificités de filière qu'aucune autre discipline médicale ou chirurgicale ne détient, c'est qu'il est demandé à la psychiatrie de répondre aux **obligations de la loi sur les soins sans consentement** : si les soins débutent obligatoirement par une phase d'hospitalisation complète, les conditions d'un aménagement de la mesure de soins sans consentement dans

le cadre d'un programme de soins prévu par les lois du 27 septembre 2013 et du 5 juillet 2011, doivent être prévues ; ces différentes formes de soins sont celles de la filière spécifique de la psychiatrie (consultations, hospitalisation à temps partiel, CATTP, etc.) et sont placés sous la responsabilité d'un établissement de santé désigné par le directeur général de l'ARS conformément à l'article L3222-1 du CSP, sur une zone géographique tenant compte des modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie.

Une autre spécificité de la psychiatrie comme filière tient dans ses relations particulières avec le médico-social au point de dessiner

les projets territoriaux de santé mentale créés par la loi.

**Il en résulte que la dérogation aux GHT ou à défaut un GHT spécialisé en psychiatrie, est une position cohérente pour les établissements ayant la psychiatrie comme activité principale. Et si l'autorisation d'activité de psychiatrie est exercée en hôpital général, la filière psychiatrique doit pouvoir participer au projet territorial de santé mentale à tous les niveaux de recours de soins (ambulatoire et hospitalier).**

### ► Mise en application ?

Un premier bilan de la place laissée à la psychiatrie dans les GHT a été fait aux 5<sup>e</sup> Journées d'information médicale et de contrôle de gestion en psychiatrie, par l'examen de plusieurs conventions de GHT. La prise en compte des spécificités de la psychiatrie au sein des GHT peut y apparaître sous forme de déclaration de « respect du secteur psychiatrique dans la définition de la politique des GHT et l'existence d'axe ou de filière psychiatrique dans les objectifs stratégiques ». Pour l'application de ce principe, selon les conventions des GHT, on trouve :

- Une sous-commission de l'instance médicale « filière santé mentale ».
- La détermination que l'EPSM du GHT est l'établissement support de la filière psychiatrie et santé mentale pour une large autonomie de gestion, dans le cadre des moyens spécifiques dont il dispose.
- Un comité stratégique de psychiatrie regroupant

les directeurs, PCME et directeur des soins des établissements autorisés en psychiatrie dont il est attendu un vote pour toute décision relative à l'organisation des soins de la filière psychiatrique et/ou ayant un impact budgétaire et financier.

D'autres garanties pour les EPSM ont été recherchées, comme le principe selon lequel lorsqu'un seul EPSM est membre du GHT, il a la charge de la définition et de la mise en œuvre de la politique de psychiatrie et santé mentale.

L'obligation de mutualiser certaines fonctions dans le GHT tel que le système d'information, a fait réapparaître la question des spécificités pour la psychiatrie : l'une des conventions établit que chaque établissement conserve des logiciels spécifiques pour l'exercice de certaines spécialités. Ainsi que l'obligation d'intégrer dans le GHT les besoins spécifiques de l'EPSM concernant le RIMP et les soins

sans consentement. 2 GHT prévoient même un DIM spécifique à la psychiatrie.

Les GHT ont aussi des conséquences sur les conditions d'exercice : la répartition des emplois médicaux est traitée par le projet médical partagé. L'organisation des équipes poussées à être communes selon une logique de mutualisation, et sur des territoires étendus, est un enjeu de défense de l'exercice professionnel. Dans un contexte de difficultés démographiques, de problèmes d'attractivité hospitalière, de responsabilité médico-légale liée en particulier aux soins sans consentement, et de développement des soins ambulatoires sur des territoires de santé mentale aux contours peu définis, les conditions d'exercice des psychiatres hospitaliers peuvent se voir bouleversées et l'action syndicale ravivée.



### 3.2.3 Secteurs psychiatriques et parcours de soins, de santé, et de vie

Le modèle du parcours a depuis plusieurs années la faveur des décisions fixant la politique de santé orientée par la maîtrise des coûts, depuis que, coordonné et confié au médecin généraliste, la loi portant réforme de l'Assurance Maladie de 2004 l'a institutionnalisé. Comme les cibles de la réduction des dépenses de santé sont les effets du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, la réflexion sur les coûts de santé a incorporé celle sur les réponses aux besoins sociaux face à la perte d'autonomie : le modèle d'un parcours favorisant le décloisonnement entre les secteurs, la coordination entre les aidants, les professionnels de santé et d'accompagnement, mais aussi les redistributions des enveloppes budgétaires, s'est imposé. Les rapports du Haut Comité de l'Avenir de l'Assurance Maladie et la Haute Autorité de Santé font donc depuis plusieurs années la promotion du parcours, de 3 types :

- ▶ Le parcours des soins, qui concerne les soins ambulatoires et hospitaliers.
- ▶ Le parcours de santé, qui vise les mesures de prévention et d'accompagnement médico-social.
- ▶ Le parcours de vie, supposé répondre aux besoins de la personne dans son environnement.

Les soins dits primaires, à partir du lieu de vie du patient, sont alors placés en position d'élément pivot du parcours traduit dans l'appel au « *virage ambulatoire* » pour l'organisation hospitalière et au renforcement de la place du médecin généraliste et/ou traitant, aux transferts de compétences (création du métier d'« infirmiers cliniciens »). Mais aussi à l'incitation à l'échange d'informations entre « équipes de soins » de l'article L1110-12 créé par la loi de santé, définie comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination* », en complément des dispositions qui ont créé le dossier médical personnel (DMP) rebaptisé en 2015 en dossier médical partagé.

**Ce qui n'est pas sans soulever des questions sur le respect du secret**



**médical face aux notions de secret professionnel et de secret partagé, et sur la capacité réelle du patient à consentir ou à s'opposer à la transmissions d'informations le concernant.**

Pour la mise en pratique de ce modèle de l'amélioration des parcours, les 19 recommandations du « comité des sages » présidé par Alain Cordier qui ont alimenté la « stratégie nationale de santé » restent les références.

Pour la psychiatrie, la tentation pour la politique de santé mentale pourrait être grande de s'appuyer sur les considérations autour de la prise en charge des maladies chroniques, alimentées par le succès de la notion de situations dites « complexes » qui définit la situation de personnes associant des problèmes sanitaires et des difficultés sociales, tant pourraient paraître communes les problématiques. La diffusion de la catégorie « handicap psychique » dans l'espace public en s'associant à la notion de perte d'autonomie, pourrait aussi accroître cette tendance. En se gardant du risque d'en faire un modèle pour la santé mentale, quelques enseignements pourraient être tirés de l'évaluation que la DREES vient de faire du programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), pour éviter les écueils qui menacent les futurs PTSM de la loi de santé : la DREES souligne en effet dans un bilan qualifié de mitigé, les points faibles liés aux

problèmes de pilotage, quand il est question de mobiliser nombre de partenaires, professionnels, associations, du secteur public et libéral.

C'est bien de fait ce qui guette les PTSM : le défaut de pilotage et de coordination. Les CPT auraient toute leur place dans ce cadre.

Même si la loi de santé a réduit la sectorisation à l'instruction d'une mission, et en même temps au flou de la délimitation par les projets d'établissements de territoires dits de proximité, la référence aux secteurs de psychiatrie garde sa légitimité pour la logique des « parcours » : avec des aménagements, le secteur est le plus à même de garantir les principes d'une offre de soins coordonnée et complémentaire en guidant une organisation territoriale des soins gradués selon 3 niveaux :

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

► **2<sup>e</sup> niveau, intersectoriel et spécialisé**, de recours pour le territoire de santé mentale défini : le niveau intersectoriel est garant de la complémentarité et de la coordination des soins pour le territoire qui lui est attribué. Son objectif est de faciliter les actions de coopération et de complémentarité, auxquelles peuvent participer les structures médico-sociales et les structures psychiatriques des cliniques privées. Les structures intersectorielles psychiatriques publiques qui répondent à des besoins transversaux peuvent être à temps plein, à temps partiel ou ambulatoires : service d'urgence, psychiatrie de liaison, équipe mobile en faveur des populations en situation de précarité, unité d'accueil pour adolescents, centre de crise, unité de psycho-gériatrie,

unité de réinsertion et d'accompagnement professionnel, prise en charge des addictions/alcool, malades « difficiles », patients nécessitant une hospitalisation prolongée...

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

Face à l'échelle régionale de planification sanitaire, la psychiatrie ne peut jouer pleinement son rôle dans la santé mentale que si le territoire de santé mentale défini garde une taille « humaine » pour permettre les coordinations entre les acteurs. De plus, la perspective d'une

politique de santé mentale favorisant les partenariats entre secteurs sanitaire et médico-social ou hôpital public et médecine libérale, s'associe aux spécificités de la psychiatrie pour rendre nécessaire l'intégration du niveau départemental dans son organisation territoriale :

► Les champs de compétence des Agences Régionales de Santé étendus au secteur médico-social doivent tenir compte des instances d'organisation du médicosocial de niveau départemental (conseils départementaux).

► La loi du 5 juillet 2011 qui maintient l'autorité administrative préfectorale pour les soins sans consentement, renforce le niveau du département dans l'organisation de ces missions particulières de la psychiatrie.

### 3.3 De l'importance des communautés psychiatriques de territoires

L'organisation sectorisée s'est structurée au fil des décennies par une ouverture à l'ambulatoire et aux conventions de partenariats avec les institutions et le secteur médico-social qui n'est pas prise en compte par la logique hospitalocentrée des GHT, en majorité polyvalents, qui se sont imposés, aidés par un calendrier qui a fait passer la parution des décrets attendus pour la psychiatrie et la santé mentale bien après la mise en route des projets médicaux partagés. Les regroupements obligatoires d'établissements dans les GHT, pensés d'abord pour les disciplines de MCO, imposent un périmètre de territoires défini par la somme des territoires d'établissements membres, et une logique de filière qui prétend coordonner la somme des activités techniques et de soins dont devrait bénéficier un même patient pour une pathologie. Cette vision est bien trop étriquée pour la psychiatrie qui depuis la naissance du secteur a intégré dans son organisation les nécessités d'appui à l'insertion et la réadaptation sociale hors de l'hôpital. Nécessité qui doit incorporer la question des conditions de vie du patient (moyens financiers, rôle de l'entourage, autonomie) et impose d'offrir des formes de prise en charge les plus variées pour répondre à la diversité des pathologies, à leur évolution, à la variabilité de l'expression des pathologies et des facteurs de décompensation.

La loi sur les soins sans consentement impose en outre aux secteurs de disposer des modalités différentes de prise en charge hors de l'hospitalisation à temps complet, adaptées aux programmes de soins.

Lorsque la loi de modernisation du système de soins s'est préoccupée de la psychiatrie, c'est en créant de nouveaux outils d'organisation en remplaçant le chapitre « Sectorisation psychiatrique » du CSP par le chapitre « Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie » : un projet territorial de santé mentale (PTSM), un diagnostic territorial de santé mentale (DTSM), des communautés psychiatriques de territoires (CPT) et des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM), en symétrie avec d'autres outils d'organisation générale que sont le projet régional de santé (PRS), le diagnostic territorial de santé (DTS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les contrats territoriaux de santé (CTS).

Au sein de la santé mentale, l'organisation de la psychiatrie doit coordonner le secteur sanitaire avec l'accompagnement social et médico-social selon une logique de parcours de vie. Mais noyée dans les GHT polyvalents, la psychiatrie ne peut prendre sa place dans le PTSM que grâce à un dispositif réglementaire qui permette de compenser la tendance à l'hospitalocentrisme de la logique

de regroupements d'établissements, où aucun établissement psychiatrique n'a été désigné comme établissement support de GHT.

La communauté psychiatrique de territoire chargée de fédérer « les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale » comme le stipule l'article D6136-1 CSP peut jouer ce rôle. A condition d'y être encouragée et d'en avoir les moyens. On observe que le décret relatif aux CPT est arrivé en octobre 2016, après le dépôt des conventions constitutives de GHT dont l'échéance de transmission était fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2016. Elle n'a pas de caractère obligatoire, et « peut » être constituée entre établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale. Sa représentativité et son articulation avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) sont prévues par le décret, de manière imprécise « au sein du collège des professionnels et offreurs de service de santé du conseil territorial de santé », « auprès de l'ARS sur des sujets concernant le périmètre de sa mission ».

Pour son articulation avec les GHT, le décret prévoit la possibilité d'une association entre CPT et GHT lorsqu'un des membres de la CPT est partie à un GHT, associée par le GHT à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrique et santé mentale du

projet médical partagé. La CPT offre en outre la possibilité pour un établissement public psychiatrique, qui ne peut adhérer qu'à un seul GHT, de s'associer au projet médical partagé d'autres GHT dont il ne serait pas membre.

Mais dans les conventions constitutives de GHT existantes au 1<sup>er</sup> juillet 2017, seules 7 GHT prévoient la mise en place de CPT, et 1 GHT la rend possible.

La possibilité de créer une CPT « préfiguratrice » comme y ont poussé les organisations pour la rédaction du décret, doit être utilisée pour inverser la logique qui a fait de la CPT le dernier maillon de la chaîne pour l'organisation de la psychiatrie et des PTSM. Une CPT préfiguratrice participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé, du projet territorial de santé mentale, ainsi que du contrat territorial de santé mentale et sous condition d'être liée à un GHT, elle est également associée à l'élaboration, la mise

en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé du GHT. Le décret précise bien que l'initiative de sa constitution est laissée à l'initiative des établissements de santé de service public, initiative qui doit donc être forte et faire des contrats territoriaux de santé mentale des leviers pour que les ARS incitent les acteurs de territoire à favoriser des CPT moteurs de la nouvelle organisation des soins.

### Motion SPH Gouvernance, GHT, CPT

Le SPH réuni en assemblée générale :

- ◆ Rappelle l'absolue nécessité de préserver les moyens de la psychiatrie publique afin d'assurer ses missions face au risque de dilution au sein des GHT polyvalentes.
- ◆ La création des CPT doit être généralisée sur l'ensemble du territoire national. Les CPT doivent piloter les Projets Territoriaux de Santé Mentale. Elles sont à l'initiative de projets de soins et sont les interlocutrices incontournables des instances territoriales et notamment des ARS.
- ◆ Le SPH engage les psychiatres hospitaliers à occuper les fonctions institutionnelles décisionnelles (chefs de service, chefs de pôles, PCME, etc.) pour promouvoir la psychiatrie sectorielle de service public à tous les niveaux.

## 4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Camille Lancellevée, « Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse ENS3S », Regards 2017/1 (N° 51), p. 245-255.
- Caroline Lafaye, Camille Lancellevée, Caroline Protais. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. [Rapport de recherche] Mission de recherche Droit et Justice. 2016.
- Centre National de Gestion, rapport d'activité 2016.
- Chevallier, Denise, et Philippe Dunezat. « Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel », *L'information psychiatrique*, vol. volume 83, no. 8, 2007, pp. 675-681.
- IRDES, « Note de cadrage – l'hôpital », 2011
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, atlas de la démographie médicale 2016.
- DREES, Les établissements de santé, Edition 2017
- IRDES, février 2017, Les soins sans consentement en psychiatrie: bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>
- IRDES, décembre 2014, Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique.
- IRDES, Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont juin 2017. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf>
- IRDES, Questions d'économie de la santé, Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011.
- IRDES, 2010, Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Ile-de-France.
- Moro M.R, Brison J.L, Mission bien-être et santé des jeunes, novembre 2016.
- PANFILI Jean-Marc, L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011. [https://psychiatrie.cpa.asso.fr/IMG/pdf/2016-12-31\\_analyse\\_de\\_la\\_jpdce\\_loi\\_du\\_05-07-2011\\_mise\\_a\\_jour.pdf](https://psychiatrie.cpa.asso.fr/IMG/pdf/2016-12-31_analyse_de_la_jpdce_loi_du_05-07-2011_mise_a_jour.pdf)

# Assemblée Générale Toulouse octobre 2017

Marc Bétrémieux, président SPH

---

Chers Collègues, psychiatres des hôpitaux

Merci de votre présence militante pour notre assemblée générale.

En 2016 à Bruxelles nous nous étions projetés collectivement pour penser la « Psychiatrie au futur » avec la volonté d'être acteurs de ses évolutions sur le socle de l'histoire de notre discipline.

Notre AG syndicale de 2017 à Toulouse s'est inscrite dans la thématique du congrès de notre maison commune : « **Cliniques, Risques, Traumas** ».

Alors le risque d'exercer la psychiatrie publique se situe-t-il entre des risques et des traumas ?

Quels sont les risques de notre clinique spécifique qui touche à la personne dans son environnement ?

L'histoire de la psychiatrie publique est-elle celle de traumas répétés ?

La pensée des soins en France qui avait proposé de nouer ces plans, a abouti à la politique du secteur de psychiatrie centrée sur la personne vivant une histoire dans son milieu.

Dans le même temps la clinique médico-chirurgicale se serait plus centrée sur l'organe ou la pathologie qui oublierait de plus en plus la clinique pour une hyper technologie ?

Comment valoriser cette nécessité d'un abord par des équipes de secteur formées et structurées, des différents temps de la clinique psychopathologique, de la prévention à l'accompagnement et dans toutes les dimensions du soin en psychiatrie et intégrant aussi les outils de la modernité ?

L'autre axe serait-il celui du trauma ?

Nous nous étions rappelés en 2015, les 70 ans de création de notre syndicat dans les suites immédiates du trauma de la deuxième guerre mondiale.

Est-ce le trauma que représente toujours l'irruption d'une maladie psychiatrique pour une personne et son entourage ?

Les troubles mentaux ou neurologiques affecteront une personne sur quatre dans le monde à un moment ou l'autre de leur vie.

450 millions de personnes souffrent de ces pathologies et les troubles mentaux se placent dans les causes principales de morbidité et d'incapacité à l'échelle mondiale.

Est-ce les traumas vécus par les psychiatres et les équipes soignantes confrontés aux attaques de leurs organisations par les restrictions massives des moyens et par les différentes réformes de l'hôpital ?

A cela s'ajoute les contraintes paradoxales de certains politiques et des représentations à travers les médias, enjoignant à la psychiatrie de se sentir coupable car séquestrant les patients à travers des pratiques sadiques tout en la traitant de laxisme car libérant (je reprends le propos du président de la république) les malades psychiatriques dans la cité.

Bien sûr la Psychiatrie ne peut pas tout faire et les fantasmes de toute puissance qui ont pu apparaître à certains moments de notre histoire n'ont plus cours.

Il faut stopper le mouvement d'appauvrissement massif de la psychiatrie publique et lui donner les moyens d'être en marche.

La politique de secteur poursuivra son évolution face aux enjeux massifs de santé qu'avec des professionnels engagés, en nombre suffisant et formés.

Agnès Buzyn, nouvelle ministre de la Santé et des Solidarités dit avoir inscrit dans sa feuille de route des objectifs et une méthode :

« Elle souhaite agir dans la justice et dans l'équité et pour cela partir des besoins individuels et territoriaux ». Le SPH partage entièrement ces orientations.

Les soins en psychiatrie doivent être centrés sur la personne souvent en position de vulnérabilité et doivent lui permettre dans une « co construction », de s'engager dans le rétablissement et la guérison.

Agnès Buzyn propose de « co construire des solutions ».

Le SPH avec la SIP s'engagent à participer avec responsabilité à ce chantier qui doit être la priorité de santé.

Nous l'avons invitée à notre congrès et nous avons été reçus Isabelle Montet et moi-même par son cabinet le 14 septembre 2017.

Dans son audition du 19 juillet 2017 par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée, Agnès Buzyn se prononce sur la psychiatrie et la santé mentale.

« Nous avons un déficit démographique en psychiatres et notamment en pédopsychiatres, c'est une véritable catastrophe pour l'accès au dépistage précoce et la prévention ».

La baisse démographique des psychiatres et de leurs équipes est un risque majeur pour la population.

Le SPH a dénoncé ce risque depuis tant d'années à l'instar de Nicole Garret alors secrétaire général ici même à Toulouse en 2001.

La ministre a annoncé que seraient privilégiées des filières de formation, notamment pédopsychiatriques, « dès cette année ».

Le SPH demande une politique forte pour la psychiatrie et la santé mentale sur la base d'une loi.

Dans la Loi de Modernisation de notre Système de Santé en 2016 seul l'article 69 apportait des orientations et de nouveaux outils sans pour autant développer une pensée politique spécifique à notre champ.

Les décrets d'applications ont mis beaucoup de temps à sortir.

Agnès Buzyn annonce le 19 juillet 2017 : « Nous avons un effort particulier à faire pour renforcer la psychiatrie, la structurer. Je le mettrai dans ma feuille de route de stratégie nationale de santé ».

Elle insiste sur la « structuration de parcours psychiatriques avec un lien fort avec les médecins généralistes ».

Elle a redit son intérêt pour le sujet de la psychiatrie lors de notre entrevue le 15 septembre 2017 avec la CPH et APH.

Par contre Yann Bubien son chef de cabinet adjoint qui nous avait reçu, Isabelle et moi la veille pour le SPH, n'avait aucune idée précise de ce qu'il souhaitait pour la psychiatrie tout en disant son intérêt pour la question.

Il était en demande d'idées fortes et de dossiers précis, nous lui avons rappelé notre attente d'une loi organique.

Le SPH propose de « co construire » avec la ministre et ses équipes le « Futur de la Psychiatrie ».

C'est l'enjeu majeur du congrès de Toulouse.

## AG SPH Toulouse 2017

Toulouse, c'est pour l'histoire du SPH une assemblée générale il y a seize ans sur « l'Avenir de la Psychiatrie ».

2001, c'est pour tous les Toulousains l'explosion de l'usine AZF le 21 septembre, quelques jours avant notre AG et je me souviens avec émotion de la mobilisation de nos collègues qui nous avaient accueillis dans ces circonstances dramatiques.

Le SPH avait soutenu l'ensemble des patients et des équipes de l'Hôpital Gérard Marchant par le geste symbolique d'une visite sur place.

Nous avons partagé le traumatisme suite à la déflagration si puissante que son souffle avait arraché portes et fenêtres, rendant inutilisables la plupart des bâtiments.

Tolosa capitale historique du Languedoc et chef-lieu de l'Occitanie nous accueille cette année et je remercie au nom du SPH l'en-

semble des collègues engagés dans la réussite de nos journées.

Les équipes régionales du SPH nous accompagneront concrètement dans cette édition 2017 et je remercie particulièrement tous les internes de psychiatrie de la région qui se sont investis au sein de notre groupe et ont rejoint le Comité d'Organisation.

Ils seront acteurs pendant cette semaine de notre réussite et nous l'espérons, au sein de notre maison commune tout au long de leur vie professionnelle.

Ils participeront aussi par leur représentant de l'Inter Syndicat National des Internes à la table ronde professionnelle SPH SIP « Risques Psychosociaux et travail en Psychiatrie Publique » vendredi 6 octobre à 9h00.

**Depuis notre AG 2016 à BRUXELLES où nous avons pensé la Psychiatrie au**

**Futur**, le bureau et le conseil du SPH ont porté les idées d'une psychiatrie publique forte.

L'année syndicale 2016 / 2017 a vu aboutir certains chantiers ouverts lors du quinquennat, par la publication de textes ou par la mise en place d'instances nationales comme la Commission Nationale de Santé Mentale et le Comité National de Pilotage de la Psychiatrie.

Lors de cette mandature, nous avons été sollicités pour ne pas dire épuisés par la multiplication des groupes de travail du ministère et les concertations dans toutes les directions et à tous les niveaux.

Le constat reste que les lignes générales ont très peu bougées et que derrière cet écran de discussions, les pouvoirs de la ligne hiérarchique Ministère / ARS / Directeurs des GHT se sont renforcés.

## Le syndicat de tous les psychiatres publics

Le SPH a pour ambition d'être le syndicat de tous les psychiatres publics, au cœur de notre maison commune SIP, ODPCPsy, Information Psychiatrique.

Nous voterons en AG le 4 octobre 2017 une refonte des statuts du SPH plus en phase avec la nouvelle organisation en grandes régions.

Nous engagerons suite à cette AG, la procédure de renouvellement statutaire de nos instances régionales et nationales avec une élection du nouveau bureau lors du conseil national SPH du 27 mars 2018.

Je vous remercie de votre mobilisation future dans ce moment clef de la vie syndicale.

Pour écrire l'avenir de notre syndicat et de la psychiatrie publique, nous avons besoin de l'énergie et de l'intelligence de tous les futurs conseillers.

Vous connaissez notre nouveau site sphweb.fr ainsi que notre SPH@SPHtweeter

Sa conception et son suivi ont mobilisé l'énergie de Pierre-François Godet et de Bertrand Lavoisy.

Je vous demande de les applaudir pour cette réussite.

Je remercie encore Pierre-François Godet, trésorier du SPH, il s'est attelé à moderniser nos outils de gestion et de communication avec Aïcha Ramdani nouvelle assistante du SPH, de la SIP et de l'ODPCPsy qui nous accompagne depuis le congrès de Bruxelles.

Suite à la naissance de son troisième enfant au printemps dernier, nous avons signé fin juillet en accord avec Isabelle Evrard une rupture conventionnelle. Elle nous accompagnait depuis le congrès de Lille de 2008 et nous la remercions chaleureusement pour le travail accompli toutes ces années et pour sa gentillesse.

## Risques de l'Exercice de la Psychiatrie Publique

Marie-José Cortes nous alerte quotidiennement sur son vécu en direct de la chronique judiciaire du tribunal de Versailles quant à l'application de la loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013.

Michel David vice-président du SPH et futur président de la FFP, rappelait en 2016 la nécessité d'une veille continue.

Cette loi Shadok comme il la nommait, me permet d'évoquer la douleur que nous avons tous ressentie à l'annonce brutale du décès de notre collègue Yves Hémerly.

Yves fut un compagnon d'armes sage et fidèle du SPH, de la SIP et de notre revue pendant toute sa carrière de psychiatre hospitalier.

Grand maître par la pertinence de ses analyses et pour ses impertinences, sa présence malicieuse en bureau du SPH derrière ses mots croisés nous manque profondément.

A l'approche de sa retraite il avait eu l'honneur de rejoindre à la demande de sa présidente l'équipe du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté où il a pu mettre au travail ses qualités cliniques, éthiques et ses compétences juridiques.

Je vous propose de partager une pensée pour Yves en témoignage de notre affection.

Nous transmettons notre soutien affectueux à Anne-Marie, sa compagne que beaucoup connaissent par sa présence active dans l'organisation de nos congrès.

Elle m'a informé que le Centre Hospitalier de Morlaix souhaitait dédier une salle au nom d'Yves et nous les remercions de cette initiative. Le SPH sera représenté lors de la cérémonie.

« La plus grave maladie du cerveau c'est de réfléchir », Yves titrait ainsi son article de l'Info Psy dans le numéro 6 de 2011, qu'il concluait par :

« Il est fort probable que les annales parlementaires ne révèlent aucun texte aussi mal ficelé, aussi illisible, aussi délétère dans sa finalité, aussi ouvertement discriminatoire à l'égard des patients et des psychiatres... Les plus anciens auront bien sûr reconnu quelque chose de la culture Shadok, en pire.

Le destin de ces constructions était de s'auto-détruire, souhaitons donc la même fin à cet édifice incompatible avec une conception digne, et moderne de la psychiatrie et du traitement des malades les plus préoccupants. ».

Jean Claude Pénocet écrivait en 2011 :

« Le génie français œuvre dans tout son panché, accumulant les strates de décision, les niveaux de recours, les procédures les plus complexes, et, finalement, chaque acteur de la chaîne s'arroge le pouvoir, sinon la compétence, d'ajouter sa marque. ».

Nous sommes confrontés tous les jours à la multiplication des levées de soins pour vices de procédures mais aussi à des prises de décisions totalement hors champ de compétences.

Le SPH demande un suivi qualitatif et quantitatif de l'application de la loi par le ministère avec les professionnels dans le cadre du COPIL de Psychiatrie.

Isabelle Montet et Michel David ont été auditionnés le 17 janvier 2017 par la mission d'évaluation de la loi du 27 septembre 2013 modifiant celle du 5 juillet 2011.

Le SPH demande que la loi soit réformée selon des principes toujours valides :

1. **Un seul mode d'hospitalisation** (disparition de la distinction SDT / SDRE).
2. **Abandon de la notion d'ordre public.**
3. **Un seul certificat médical circonstancié.**
4. **Abandon de la notion de tiers.**
5. **Confirmation par certificat motivé du psychiatre dans les 24 h.**
6. **Intervention du juge dans les premières 72 h.**
7. **Compétence du juge civil.**

8. **Compétence du juge étendue à l'ambulatoire.**
9. **Accroissement des moyens dévolus aux soins ambulatoires.**
10. **Etudes épidémiologiques sur les effets des SASC (PHRC).**
11. **Etudes épidémiologiques sur les catégories dites dangereuses (PHRC).**
12. **Abandon du collège de soignants.**
13. **CDSP en position décisionnelle de recours de la décision du juge.**
14. **Attention particulière aux situations des mineurs.**

Le SPH reste extrêmement vigilant sur les problématiques de l'isolement et de la contention. Jean-Pierre Salvarelli a participé au travail de l'HAS sur les recommandations de février 2017.

Une Instruction a été diffusée par la DGOS le 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Elles sont à peu près inapplicables dans la plupart des hôpitaux dans l'état actuel d'insuffisance de personnel et de difficultés institutionnelles.

Eric Péchillon professeur de droit à Rennes a accepté de nous accompagner dans le domaine juridique. Il nous faisait remarquer que le registre traçant la contention et l'isolement devrait être exploité pour faire valoir les besoins en termes de personnel.

Michel David interroge les limites de ces recommandations dans l'exercice de la pratique soignante et nous informe régulièrement des certificats de ses « patients qui consentent aux soins sans consentement ».

Ces tensions entre aspects juridiques et médicaux de l'exercice du métier de psychiatre seront au cœur de l'atelier syndical « Contraintes en psychiatrie publique » animé par Michel David et Paul Jean-François, demain mercredi 4 octobre à 9h.

La réflexion se poursuivra par la table ronde « Risques du Métier en Psychiatrie Publique » réunissant Yvan Halimi président du COPIL de Psychiatrie, Bernard Odier Past-Président de la FFP, Eric Péchillon Professeur de Droit et animé par Isabelle Montet secrétaire général du SPH le vendredi 6 octobre 2017 à 14h30.

## Psychiatrie Publique & Loi de Modernisation de notre Système de Santé

Toute cette année, les discussions sur les textes d'applications des articles 107 et 69 de la LMSS ont été intenses.

Le précédent ministère a officialisé fin 2016 et début 2017 deux nouvelles instances consacrées à la Psychiatrie et la Santé Mentale :

**Le Conseil National de Santé Mentale** a été installé le 10 octobre 2016 présidé par Alain Ehrenberg nommé par la ministre Marisol Touraine.

Ce même jour Michel Laforcade rendait public un rapport relatif à la santé mentale afin « d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la LMSS ».

Pour lui « La question n'est pas tant de redire dans quel sens doit évoluer le système de santé que de proposer des solutions, des leviers, des alliances, des coopérations entre acteurs, des méthodes et des moyens pour y parvenir. »

La mission avait été boycottée par les partenaires et ses orientations indigentes répètent les litanies convenues sur le redéploiement et le recul des financements publics.

Le CNSM instance au rôle consultatif aurait pour mission d'éclairer les choix de l'Etat et de sa politique de santé mentale - sur des sujets aussi divers que la psychose ou le « bien-être » des Français.

Dans Libération Alain Ehrenberg précisait le 12 décembre 2016 que « les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique. Nombre d'entre eux sont devenus aujourd'hui des questions sociales, tandis qu'un nombre sans cesse croissant de questions sociales sont appréhendées au prisme des catégories et entités psychopathologiques ».

« Mon hypothèse est que l'extension de la souffrance psychique est l'expression des changements dans nos manières d'agir en société qui se sont progressivement instituées à partir du tournant des années 70 : valorisation forte de la liberté de choix, de l'initiative individuelle, de l'innovation et de la créativité, de la transformation de soi, etc. tous ces idéaux placent l'accent sur la capacité à agir de l'individu. Nous entrons dans un individualisme de capacité imprégné par les valeurs et les normes de l'autonomie ».

Dans un premier temps le CNSM devait travailler concrètement sur des thèmes affirmés par le ministère comme prioritaires :

- ▶ Territorialisation et parcours de l'usager, DGOS.
- ▶ Bien-être des enfants et des jeunes, DGS.
- ▶ Prévention du suicide, DGS.
- ▶ Grande précarité et santé mentale, DGCS.

Il s'agissait de préparer les décrets d'applications pour certains textes comme le PTSM ou l'expérimentation de la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes par les psychologues libéraux.

Le SPH en est membre et a choisi d'y participer pour y défendre une véritable clinique psychiatrique dans le magma de l'approche en santé mentale.

Le 17 janvier 2017 le CNSM a adopté un règlement intérieur et a défini un projet stratégique avec :

- ▶ Trois commissions :
  1. Bien-être et souffrance psychique de la grossesse à l'âge adulte.
  2. Accès aux soins et accompagnements, diversité et complémentarité des pratiques : développer des parcours coordonnés.
  3. Précarités et vulnérabilités.
- ▶ Des groupes de travail transversaux :
  - « Prévention du suicide ».
  - « Intelligence collective ».

Une troisième réunion plénière a eu lieu le 27 juin 2017.

**Le Comité National de Pilotage de la Psychiatrie** présidé par Yvan Halimi ancien président de la Conférence des Présidents de CME de CHS a été installé le 13 janvier 2017.

Le SPH exigeait régulièrement au ministère sa mise en place pour traiter spécifiquement de la psychiatrie.

Il était déjà prévu dans le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-15, ré-annoncé en octobre 2013 par la DGOS, puis par le 1<sup>er</sup> ministre Manuel Vals le 2 novembre 2015 disant qu'il fallait faire de la psychiatrie « une priorité nationale » !

Le COPIL a priorisé six thématiques :

- ▶ Limitation et encadrement du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement.
- ▶ La prise en charge ambulatoire en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective.
- ▶ L'hospitalisation en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective, focus sur les patients au long cours.
- ▶ Prévention, lisibilité, accessibilité et continuité des soins.
- ▶ Psychiatrie infanto-juvénile et protection de l'enfance.
- ▶ Financement des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Le financement de la Psychiatrie a fait l'objet d'une présentation par Thierry Kurth (DGOS) le 11 mai 2017 d'une synthèse sur les Modulations intra régionales des DAF. Il montrait l'ampleur des écarts et l'absence de règles nationales.

Lors de ce COPIL, le SPH a rappelé son exigence de transparence au niveau des règles de répartition interrégionales des Dotations Annuelles de Financement (DAF) et a dénoncé la constante dégradation du financement de la psychiatrie.

Des travaux sont actuellement engagés dans plusieurs directions au sein de l'ATIH, de l'ADESM, de la FHF.

Lors du dernier COPIL de Psychiatrie de la semaine dernière, Cécile Courrèges, Directrice de la DGOS, a annoncé que le ministère allait travailler à des règles de répartitions interrégionales transparentes des financements de la psychiatrie tout en maintenant la politique de rigueur.

Cela est inacceptable si le gouvernement veut comme il l'affirme faire de la psychiatrie une de ses priorités de la stratégie nationale de santé.

Un effort financier est indispensable pour développer une psychiatrie ambitieuse à la hauteur des enjeux de santé publique.

Le SPH exige que les moyens affectés à la psychiatrie par l'Etat soient réévalués à hauteur des besoins géo-populationnels évalués par des critères épidémiologiques psychiatriques et sur un zonage prenant en compte les inégalités sociales dont on connaît l'impact dans le développement et le maintien des pathologies, en s'appuyant sur des indicateurs comme l'Indice de Développement Humain (IDH2).

Ce chantier majeur ouvert en 2015, doit se clore à Toulouse par la production d'une plateforme de l'atelier syndical « Financement de la Psychiatrie » programmé mercredi 4 octobre 2017 à 11h. Il sera animé par Jean Paquis et nous y avons invité Mme Carole Gleyzes, représentante du Syncass CFDT, directrice des finances au CH de Thuyr.

Il sera l'occasion de reprendre dans un document les avancées de la table ronde de Bruxelles des interventions remarquées d'André Grimaldi et de Jean Jacques Morfoisse.

## LMSS, CPT, GHT

La LMSS voulait modifier les politiques de santé en privilégiant un développement de la prévention, instaurer une approche en parcours à partir des soins primaires portés par des équipes territoriales de proximité s'articulant avec les autres niveaux de soins et les structures d'accompagnement.

## Groupements Hospitaliers de Territoires

Les projets médicaux de territoire sont les supports essentiels de l'organisation des soins. Depuis la date de composition des GHT (1<sup>er</sup> juillet 2016), les projets médicaux territoriaux de GHT devaient être écrits par les équipes médicales et transmis aux ARS au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Pour le SPH, les parcours de soins en psychiatrie doivent référencés au modèle de la politique sectorielle, complétée par les niveaux intersectoriel et supra sectoriel.

**Les Communautés Psychiatriques de Territoire** sont les seuls dispositifs permettant d'inclure dans le même espace de travail l'ensemble des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale.

Nous avons exercé une pression extrêmement forte, répétée pour contribuer à l'écriture du décret publié le 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire.

Certains changements de responsabilités au sein de la DGOS en 2016 avaient permis une ouverture au dialogue sur les questions de la psychiatrie et de la santé mentale qui se poursuit.

« 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 réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture.

« Elle contribue à la définition du projet territorial de santé mentale.

« Elle s'assure de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale.

« Elle concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre. ».

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

## Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

Un décret qui s'est fait attendre car il n'a été publié que le 27 juillet 2017, le ministère de la Santé ayant omis de le présenter en Conseil d'Etat !

### Le PTSM

« 1° Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en

particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;

« 2° Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;

« 3° Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation

des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur. ».

Une instruction qui a fait l'objet également de concertations serrées doit compléter ce texte.

Comment nous y retrouver dans ce cumul de strates de négociations, discussions, pilotages ?

Comment en faire une force au service des besoins de la population en soins psychiatriques ?

Ces points majeurs pour le devenir de la psychiatrie publique seront traités en atelier syndical « Gouvernance, GHT, CPT », qui sera animé par Marie José Cortes et Jean Pierre Salvarelli, mercredi 4 octobre à 9h. J'excuse Alain Pourrat qui n'a pas pu être présent en

raison de soucis de santé et lui transmets notre plus amical soutien.

Complété par une table ronde professionnelle « Risques des nouveaux modèles d'organisation et psychiatrie publique » le jeudi 5 octobre à 16h30 animée par Alain Pourrat et Jean Pierre Salvarelli.

Nous y avons réunis Raymond Lemoign, DG du CHU de Toulouse et ancien chef de cabinet de Marisol Touraine, Christian Muller Pdt Conf. Pdt CME, Pascal Mariotti Président de l'ADESM et Jacques Trevidic président de la CPH et d'APH.

## Psychiatrie infantile-juvénile en danger

Le 12 mai 2016 le SPH communiquait sous ce titre en réponse à la ministre, il reste d'une actualité aiguë.

640 pédopsychiatres en France, d'une moyenne d'âge supérieure à 60 ans.

La discipline a perdu plus de 50 % de ses effectifs sur la période 2007-2016. Aujourd'hui, quelques dizaines d'internes seulement sont formés chaque année.

Les spécialités médicales ne sont pas éternelles. La neuropsychiatrie a disparu autour de 1968, il sera peut-être écrit un jour que la pédopsychiatrie française a entamé une disparition irréversible en 2017 !

Le 6 avril 2017, la mission d'information du Sénat sur la psychiatrie des mineurs en France a formulé 52 propositions en reprenant plusieurs contributions dont celle élaborée par le SPH et la SIP.

Elle est inscrite en annexe de ce rapport sénatorial.

Elle a été diffusée également au ministère de la Santé et il y est fait référence régulièrement dans les comités nationaux.

**« Prévenir, repérer et dépister avec les autres acteurs ».**

**« Prendre en charge en assurant la continuité des soins ».**

La mission fait un double constat : des difficultés d'accès aux soins en raison d'inégalités territoriales de couverture, sociales de prise en charge et d'un engorgement des structures, mais aussi des difficultés dans le parcours de soins, « dès lors que la prise en charge demeure conditionnée par la première consultation ».

**« Renforcer le pilotage et la reconnaissance de la psychiatrie des mineurs pour lui permettre de répondre aux besoins ».**

Le 8 juin 2017, les pédopsychiatres réunis au sein de la Fédération française de psychiatrie (FFP-CNPP), du Collège national des universitaires de pédo-psychiatrie (Cnupp), de la Société de l'information psychiatrique (SIP) et du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) ont rédigé un communiqué commun à l'adresse des nouvelles ministres Agnès Buzyn et Frédérique Vidal :

« Les pédopsychiatres tiennent à les alerter sur la fragilité et le risque réel actuel de disparition de leur discipline, et avec elle, des capacités de notre société à prendre soin de ceux qui constituent son avenir ».

Le Conseil National Professionnel de Psychiatrie sous la présidence du SPH s'est démarqué le 5 mai 2017 des propositions de l'expérimentation souffrance des jeunes qui entérineraient une démedicalisation des parcours de soins des plus jeunes.

Bilan du 3<sup>ème</sup> et ouverture des travaux du 4<sup>ème</sup> Plan Autisme

Sur la base de l'évaluation du 3<sup>ème</sup> plan que l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) a rendu public en avril et qui fait état de nombreux « dysfonctionnements », Sophie Cluzel ministre des affaires sociales (qui dépend du 1<sup>er</sup> ministre) annonçait « Nous allons construire des actions ambitieuses pour mieux repérer, mieux dépister, mieux diagnostiquer, mieux accompagner les personnes avec autisme ».

Nous avons été invités par le Président de la République à l'Élysée le 6 juillet 2017 à l'ouverture de la concertation sur ce 4<sup>ème</sup> plan. Il doit être mis en forme avant fin 2017.

Lors de cette invitation, alors que nous l'interpellions sur la nécessité de ne pas oublier les professionnels de la pédopsychiatrie, le président Macron nous a répondu qu'il y pensait en associant librement sur la délinquance et la radicalisation...

L'atelier syndical « Pédopsychiatrie » mercredi 4 octobre à partir de 9h sera animé par Anne-Sophie Pernel, Fabienne Roos Weil, Gisèle Apter et Bertrand Welniarz traitera de ces évolutions majeures en psychiatrie infantile-juvénile.

## Expertises et psychiatrie publique

Le décret du 30 décembre 2015 instituait une nouvelle liste des collaborateurs occasionnels de service public (COSP) excluant les médecins experts judiciaires, texte dénoncé dès le 6 janvier 2016 par la CPH.

Les intersyndicales ont lancé un mouvement de grève qui a été suspendu parce que l'objectif de réintégration des médecins experts au sein des COSP était atteint.

Mais le gouvernement est revenu ensuite partiellement dessus en excluant les experts libéraux qui cotisaient déjà à une autre caisse d'assurance maladie...

Le décret du 2 juin 2016 modifiant le décret de décembre 2015 a redonné la possibilité au PH d'être COSP.

Le Conseil d'Etat du 17 mars 2017, suite à un recours collectif de psychiatres experts, a décidé d'annuler l'article 1 du décret du 30 décembre

2015 : le gouvernement n'avait pas le droit d'exclure les libéraux du régime des COSP.

Article D311-1 a été modifié par le Décret n°2017-1002 du 10 mai 2017 et son article 2 précise :

« Les personnes qui contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif au sens des dispositions du 21° de l'article L. 311-3 sont :  
... 3° Les médecins et les psychologues exerçant des activités d'expertises médicales, psychiatriques, psychologiques ou des examens médicaux, rémunérés en application des dispositions de l'article R. 91 du code de procédure pénale et qui ne sont pas affiliés à un régime de travailleurs non-salariés. ».

La réécriture du décret incombe au ministère de la Santé qui a la charge d'élaborer les textes réglementaires relatifs à l'affiliation à la sécurité sociale.

Les représentants des psychiatres experts de justice doivent absolument être concertés sur la rédaction d'un nouveau texte.

Comment remettre ce sujet au travail car l'opposition de la Chancellerie sur ce sujet risque d'être toujours d'actualité ? Les politiques passent mais les hauts fonctionnaires restent...

Nos liens antérieurs établis avec les syndicats de magistrats doivent également être consolidés afin d'aboutir à des positions communes.

Le débat de l'AG de Bruxelles n'avait pas abouti à la rédaction d'une motion claire.

Le SPH devra traiter pour les psychiatres d'exercice public de ces points essentiels demain matin dans l'atelier syndical « Expertise » animé par Paul Jean François et Bernard Villamot.

## Formation Initiale et Continue en Psychiatrie

Est-ce que le nouveau modèle de formation initiale des psychiatres va répondre aux pratiques de soins en secteur ?

Le débat sur les nouvelles maquettes a été intense et les représentants des Etudiants, Internes en Psychiatrie se sont mobilisés massivement pour les contester.

Près de 350 postes d'internes en médecine doivent être créés entre les rentrées 2017 et 2021 et la psychiatrie proposera, à l'horizon 2021, 536 postes d'internes. C'est 29 de plus que pour la rentrée prochaine, soit une hausse de 6 %.

Nous avons naturellement invité les représentants de l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) et de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) à participer à nos journées.

La nouvelle maquette sépare le cursus de spécialité en 3 phases avec 8 stages de 6 mois :

- ▶ Une phase socle 1 an (2 semestres).
- ▶ Une phase d'approfondissement 2 ans (4 semestres).
- ▶ Une phase de consolidation 1 an (2 semestres) dite de professionnalisation.

Des formations dites « transversales » sont possibles au cours de ce 3<sup>e</sup> cycle.

Pour la psychiatrie, s'y ajoutent 2 options possibles, sur un an supplémentaire (il faut 10 semestres au total, dont 5 ans de DES) :

- ▶ Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- ▶ Psychiatrie du sujet âgé.

## DPC

Quel est l'état d'avancée du dispositif du DPC en 2017 ? Du Haut Conseil du DPC ? De l'Agence Nationale du DPC ? De l'ANFH et du Conseil du DPC des Médecins Hospitaliers ? Du Conseil National Professionnel de Psychiatrie ? De l'Ordre des Médecins ? Des Commissions Scientifiques Indépendantes ? De la Fédération des Spécialités Médicales ? etc.

Le SPH via la CPH s'est engagé pour être représenté activement dans différentes instances où il a pris des responsabilités afin de défendre au mieux les intérêts des psychiatres publics.

Il est extrêmement difficile pour le praticien qui ne suit pas au jour le jour l'actualité du DPC de se retrouver dans cet enchevêtrement.

Depuis la mise en place du dispositif DPC avec les textes publiés en 2016, nous avons assisté à différents blocages et pressions en raison de désaccords sur les règles concernant les conflits d'intérêts et dénonçant la complexité et la rigidité du système.

Là où nous en sommes il est difficile de dire vers quoi évoluera cette technostucture boursoufflée. Une véritable simplification qui avait été annoncée au départ de la réforme s'avère urgente.

Par ailleurs, nombre de collègues ne peuvent accéder au DPC que sur des orientations prioritaires alors que la loi a intégré la FMC classique (comme les journées et les congrès).

Malgré ce constat amer, nous avons reçu le 11 juillet 2017 l'excellente nouvelle, à la hauteur de la qualité du travail de ses responsables, que notre organisme ODPCPsy a été à nouveau enregistré conforme par l'ANDPC en 2017. Merci à Jean Oureib qui a construit et suivi le dossier avec Guillaume Cézanne Bert son président.

Pour nous y retrouver dans tout ce dispositif, l'atelier SPH « Formation initiale et DPC » sera animé par Bernard Odier Past président de la FFP, Marie-Thérèse Duault et Guillaume Cézanne-Bert, président de l'ODPCPsy-AEFCP.

A nous d'y définir pour les années à venir les orientations nécessaires pour la psychiatrie publique.

## Au Risque du syndicalisme médical à l'hôpital

Je remercie les membres du bureau et du conseil du SPH investis dans toutes nos actions syndicales.

L'énergie de chaque adhérent est essentielle pour faire vivre les idées portées par le SPH et je les remercie également de leur soutien par leurs cotisations et leurs actions locales.

Nous nous appuyons sur l'engagement de chacun des membres dans son service, son hôpital, sa région.

Nous constatons tous les jours que la recomposition de l'hôpital oblige le SPH à apporter des réponses à tous les collègues qui voient leur vie professionnelle se modifier profondément.

La loi de modernisation de notre système de santé a inscrit dans l'article 194 les droits et moyens syndicaux des praticiens hospitaliers.

Le décret concernant le Conseil Supérieur des Professions Médicales n'est toujours pas sorti !

La représentation des praticiens doit être issue de règles démocratiques et transparentes.

Nous devons aussi avancer sur l'engagement syndical des jeunes psychiatres ayant choisi de travailler en psychiatrie publique.

Alors pourquoi se syndicaliser ? Comment ? Avec quelle force et avec quels moyens ? Et avec quels outils institutionnels pouvons-nous exercer notre responsabilité syndicale ? Comment faire reconnaître notre représentativité ?

Ce mercredi 4 octobre à 14h, une table ronde du SPH « Au risque du syndicalisme médical à l'hôpital » avec comme invités Cécile Courrèges Directrice de la DGOS, Jacques Trevidic Président de la CPH et d'APH et Max André Doppia Président d'Avenir Hospitalier, traitera de l'exercice des mandats syndicaux médicaux à l'hôpital et de l'importance d'en définir le cadre qu'il soit local, régional ou national.

Je remercie encore Max Doppia de son invitation à la journée d'AH de mars 2017, pour un exercice d'introspection syndicale sur les liens fondamentaux entre le SPH et l'histoire de la psychiatrie publique.

Jean Ayme dans ses Chroniques rappelle que le SPH c'est d'abord un instrument de lutte pour la défense individuelle et collective et l'obtention de meilleures conditions de salaire et de travail pour les psychiatres.

C'est aussi dès l'origine, une construction permanente de rapports entre les psychiatres et l'Etat sur les questions de l'ordre public, des libertés et des dépenses de santé avec la volonté de transformer radicalement la vie quotidienne des malades.

Notre discipline a construit son identité sur des contextes, des pratiques et des institutions qui évoluent avec le temps.

L'exercice du syndicalisme médical a l'obligation de s'inscrire dans ce mouvement.

Il doit participer en permanence à sa construction, faute de quoi il risque de s'éloigner des intérêts de ses membres.

Le SPH en 2017 est le syndicat médical majoritaire de défense des intérêts individuels et collectifs de tous les psychiatres publics.

## Le SPH en action

Le SPH est membre actif de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux et d'Action Praticiens Hôpital et nous sommes représentés dans toutes les instances nationales.

Pendant le précédent quinquennat nous avons salué la volonté du ministère de concertations sociales avec les représentants élus des praticiens mais cela ne peut plus se faire sans les moyens.

Nous alertons depuis de très nombreuses années les pouvoirs publics sur les risques liés à la démographie des psychiatres sur les territoires.

Le ministère s'était engagé suite au rapport Le Menn sur des mesures de politique d'attractivité médicale à l'hôpital public.

A la suite d'un cycle de concertations extrêmement long et laborieux qui s'est étalé de 2014 à 2017, certaines mesures ont été actées mais à ce jour, peu sont opérationnelles.

Elles sont peu lisibles pour les praticiens et leur application dépend beaucoup des volontés locales :

- ◆ Valorisation des débuts de carrière :
  - ▶ Prime d'engagement dans une zone sous-densité ou une spécialité en tension.
  - ▶ Harmonisation des droits sociaux et des droits d'exercice en début de carrière.
- ◆ Plage de travail de début de soirée :
  - ▶ Mais Recours Conseil d'Etat du SNPHare en annulation !
- ◆ Suppression du temps de travail additionnel de nuit.
- ◆ Un seul niveau d'astreinte.
- ◆ Prime d'exercice territorial.
- ◆ Indemnité d'engagement de service public exclusif.

## Elections 2018

### Elections Commissions statutaires nationales

Les commissions statutaires nationales des PH doivent être renouvelées en 2018 et des élections seront organisées.

### Elections Conseil supérieur des personnels médicaux

Nous avons demandé, dès la parution de la LMSS, la publication du décret sur le Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

C'est notre priorité.

C'est la seule manière d'être reconnu à part entière dans notre rôle syndical de proposition et de défense sociale des praticiens.

C'est la seule manière d'obtenir les moyens de nos actions.

Ce premier niveau de représentation nationale est complété par les Commissions Régionales Paritaires et nous demandons une place pour les syndicats médicaux au niveau des Conférences Territoriales de Dialogue Social des GHT.

Ces mesures ont été complétées de clarifications de textes :

- ◆ La protection fonctionnelle est explicitement accordée aux praticiens hospitaliers.
- ◆ Indemnisation de CET, pour les jours de congés non pris lors d'une cessation définitive d'activité en raison d'arrêts maladie successifs ou d'une inaptitude physique / Transmission aux ayants droits en cas de décès prématuré.

Alors que beaucoup d'autres sont restées lettres mortes et sont inscrits aux premières discussions avec le nouveau cabinet.

Une première rencontre de la CPH et d'AH réunis au sein d'APH a eu lieu au ministère le 23 août 2017 et avec la ministre le 15 septembre.

Ce qui manque :

- ◆ La reconnaissance pleine du temps de travail avec le travail de nuit à hauteur de 3 demi-journées. Cela nécessite l'ouverture de négociation concernant la généralisation de la 5<sup>ème</sup> plage de travail par 24 heures.
- ◆ La reconnaissance des valences non cliniques.
- ◆ La consolidation des modalités de gestion du temps de travail médical (rôle de la COPS, CME, Directeur, chef de pôle, chef de service).
- ◆ Et surtout la clarification des modalités d'application des dispositions nationales et européennes relatives au temps de travail.

Le candidat Macron s'était engagé pour renforcer le pouvoir d'achat de la fonction publique. APH rappelle cette exigence pour les praticiens à l'hôpital !

Nous devons préparer ces élections et les gagner afin que nos valeurs soient défendues avec la force de nos alliances intersyndicales.

Nous les gagnerons par notre capacité à rassembler tous les praticiens de l'hôpital public.

### Elections SPH

Nous devons renouveler nos forces vives sur la base d'une vraie vie syndicale et professionnelle locale et régionale.

Suite au vote demain, des nouveaux statuts du SPH nous ouvrirons le processus d'élections du futur conseil national du SPH et d'un nouveau bureau en mars 2018.

Avant de conclure,

Merci à Thierry Trémine rédacteur en chef infatigable de notre revue de l'Information Psychiatrique qui anime l'ensemble de son comité de rédaction.

Il nous présentera les évolutions de notre revue, il milite afin qu'elle reste incontournable dans le paysage de la psychiatrie française. Pour cela elle a aussi besoin de ses lecteurs et de leurs abonnements.

Nous avons alerté la ministre sur les récentes attaques au niveau de nos cotisations Irantec et demandons que la contribution à la CSG soit valorisée bien au-delà de la simple compensation.

Faute de quoi l'hôpital public perdra ses médecins. Ces revendications nous concernent tous et dans tous les territoires.

Nous sommes inquiets sur les absences de réponses récentes et les départs au niveau du ministère qui a réduit ses conseillers et ses responsables.

Nos collègues antillais ont alerté sur leur situation catastrophique amplifiée par les traumatismes matériels et psychologiques liés aux derniers ouragans.

Un atelier SPH « Statut des médecins hospitaliers » et « exercice en Outre-Mer » sera animé par Monique D'Amore, Jean Paquis, Anne-Sophie Pernel, Denis Desanges, Catherine Massat Samuelli, Georges Onde et Jacques Trévidic.

Complété par la table ronde professionnelle consacrée aux « Risques Psychosociaux et travail en psychiatrie publique » pilotée par Monique d'Amore vendredi 6 octobre à 9h30.

Elle réunira Stéphane Potier interne en psychiatrie qui présentera une thèse sur la souffrance des internes, Marie Pezé coordonnatrice du réseau souffrance au travail, Jean Charles Faivre Perret directeur et Max André Doppia président d'Avenir Hospitalier qui a œuvré à la mise en place de l'Observatoire de la Souffrance au Travail et à la campagne maintenant internationale « Dis doc t'as ton doc ».

Je remercie particulièrement en votre nom Isabelle Montet, secrétaire générale, Gisele Apter et Michel David, Vice-Présidents, pour leur engagement fort et sincère et leur capacité de travail à toute heure de l'année syndicale, au sein du SPH, pour la SIP et l'Information Psychiatrique.

Enfin, je transmets au nom du SPH nos sincères condoléances à Nicole Horassius. Nous avons appris ce dimanche le décès de notre collègue Michel Horassius, la maison commune de la psychiatrie en France lui doit beaucoup et nous allons lui rendre hommage dans les prochaines semaines.

Le syndicalisme est le meilleur moyen de défense collective et individuelle des psychiatres publics.

Le SPH est sa force majeure de propositions. Le SPH prend le risque de construire la psychiatrie publique au futur.

Les psychiatres du SPH sont incontournables dans sa mise en œuvre.

Je vous remercie.

**D' Marc Bétrémieux**  
**Président du Syndicat Psychiatres des Hôpitaux**  
**Toulouse, 3 octobre 2017**

# PSYCHOSES ÉMERGENTES

Palais des Congrès

**ANTIBES**

4 > 6 octobre 2018

# COMMUNIQUÉS

---

Communiqué du 29 décembre 2017

## Etre aux ordres du Ministère de l'Intérieur ne fait pas partie des vœux de la psychiatrie publique

Certaines ARS viennent de donner l'instruction aux établissements psychiatriques de faire signer sous contrôle des cadres de santé, pour une transmission aux préfectures, les notifications d'obligations de quitter le territoire pour des patients hospitalisés sous contrainte.

Cette collusion entre des agences chargées de la santé et des décisions de police intérieure est déjà regrettable, mais l'utilisation des hospitalisations en SDRE pour repérer et contrôler des personnes non désirées sur le territoire, est très inquiétante. La consigne donnée aux personnels soignants de devenir des agents administratifs pour le compte du Ministère de l'Intérieur est de plus inacceptable.

Irrémédiablement placée entre le marteau et l'enclume, la psychiatrie publique, toujours suspecte pour l'opinion de jouir d'un excès de pouvoir, doit d'un côté mettre fin aux mesures sécuritaires, et devrait de l'autre, devenir auxiliaire de la (non) politique d'immigration, en faisant fi de l'état psychique des patients dont ils ont l'obligation de s'occuper et abandonner toute référence à la déontologie médicale et à l'éthique des soins.

De telles instructions mettent fin à l'illusion que la loi de 2011 serait bien la loi sanitaire équilibrée comme l'ont vanté les réformateurs, ce que dément le maintien de l'intervention des préfets dans les décisions de sorties des patients.

L'USP et le SPH n'ont pas l'intention de collaborer à de tels mélanges des genres : il est indispensable de définir les espaces d'intervention respectifs entre Ministère de l'Intérieur et Ministère de la Santé dont relève, jusqu'à preuve du contraire, la psychiatrie française.

Puisqu'il est demandé par ailleurs à la psychiatrie de mieux se couler dans les modèles médicaux, l'USP et le SPH en appellent à la Ministre de la Santé pour faire annuler ce type de directives.

Communiqué du 6 janvier 2018

## Psychiatrie cause nationale

Le SPH salue l'intervention de la ministre de la Santé, alertée par nos organisations professionnelles, pour faire annuler la directive de l'ARS adressée aux hôpitaux psychiatriques et relative aux patients en situation irrégulière. Cette décision peut être considérée comme un geste fort en direction de la psychiatrie, dont les représentants avaient été reçus par la ministre il y a quelques jours, pour rendre compte des difficultés d'exercice, face à des missions croissantes, des injonctions contradictoires et avec des moyens contraints.

L'émotion manifestée sur les réseaux sociaux après notre communiqué (<https://sphweb.fr/wp-content/uploads/2017/12/Communiquecommun29decembre2017.pdf>), montre de manière positive l'attachement des professionnels aux valeurs qu'implique l'action de soigner, dont celle, notamment pour les médecins en référence au code de déontologie, de ne pas aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Mais l'écho rencontré confirme aussi que dans le contexte actuel les limites sont vite franchies, au nom, pour citer l'introduction de la directive, de « la prévention de troubles à l'ordre public ».

Pour la psychiatrie, des glissements sont déjà à l'œuvre : on se souvient des amalgames rapidement faits par les ministres de l'Intérieur, ramenant systématiquement les patients et la psychiatrie vers l'image de dangerosité dont ils peinent à se démarquer. Le dispositif actuel des soins sans consentement, qui nécessite l'accord des préfectures pour modifier les conditions d'hospitalisation, nourrit le risque de décisions arbitraires : nombre de permissions ou de levées de mesures sont empêchées ou retardées, sur des appréciations subjectives des préfectures non liées à l'état de santé réel des personnes. Si les patients ne sont pas en capacité de contester ces décisions, et parce que le Droit ne permet pas aux soignants de se substituer aux personnes pour établir les recours légaux, ces obstacles aux processus de réinsertion passent inaperçus.

Le SPH maintient l'alerte sur ce climat préjudiciable aux soins et aux libertés, et attend du ministère de la Santé une vigilance active pour prévenir les abus.

# 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, ordinales...
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 Hospitaliers (CPH) et la CPH s'est réunie avec Avenir Hospitalier sous la bannière intersyndicale commune Action Praticiens Hôpital (APH)
6. Le SPH est membre du Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP)
7. Le SPH c'est aussi une société scientifique : la Société de l'Information Psychiatrique (SIP), membre fondateur de la Fédération Française de 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 les Journées annuelles de la **Société de l'Information Psychiatrique**. L'inscription aux Journées de la SIP vous est offerte lors de votre première adhésion au SPH !

Sur votre **nouveau site [www.sphweb.fr](http://www.sphweb.fr)** retrouvez l'actualité syndicale et professionnelle, adhérez au SPH en ligne et inscrivez-vous aux Journées annuelles de la SIP.

Renseignements : Aicha RAMDANI, secrétaire SPH SIP ODPCPsy

Téléphone : 04 72 42 35 98 - email : [secretariatsip2@gmail.com](mailto:secretariatsip2@gmail.com)

# Cotisations 2018

La cotisation annuelle complète comprend l'adhésion au SPH, l'adhésion à la Société de l'Information Psychiatrique et l'abonnement à la revue mensuelle des Psychiatres des Hôpitaux L'Information Psychiatrique.

Les adhérents du SPH bénéficient d'un tarif préférentiel d'abonnement à la revue de 61€ par an (au lieu de 156€) pour l'abonnement aux 10 numéros annuels de la revue.

Les adhérents SIP bénéficient d'une réduction d'au minimum 20 % sur les tarifs d'inscription aux Journées annuelles de la SIP, et sur le tarif de toutes les formations organisées ou parrainées en régions par la SIP.

## Réductions d'impôts

66 % de la cotisation annuelle au SPH est déductible de votre impôt sur le revenu au titre des versements effectués à un syndicat. Cette déduction est complète pour les salariés ayant opté pour la déduction de leurs frais réels.

66 % de la cotisation à la SIP est déductible de votre impôt sur le revenu au titre des versements effectués à une association scientifique.

## Adhésion des internes

Les internes adhérents au SPH bénéficient de l'entrée gratuite aux Journées de la Société de l'Information Psychiatrique.

## Première adhésion

Vous adhérez pour la première fois au SPH en 2018 : vous bénéficiez de l'entrée gratuite aux 37<sup>èmes</sup> Journées Annuelles de la SIP à Antibes du 4 au 6 octobre 2018 et d'un tarif préférentiel pour l'inscription à une session de DPC sur Antibes du jeudi 4 octobre de 8h30 à 12h30 (350€ au lieu de 750€).

Pour une première adhésion souscrite à partir du 1er juillet, vous bénéficiez en plus d'une réduction de votre cotisation : la réduction est effectuée lors du paiement en ligne sur le site.

## Paiement sécurisé en ligne sur : [www.sphweb.fr/adhesion](http://www.sphweb.fr/adhesion)

Réglez votre cotisation 2018 en 3 ou 4 fois sans frais. Vous pouvez aussi mettre en place le prélèvement automatique annuel de votre cotisation : vous choisissez la date de votre prélèvement et son échelonnement sans frais. Vous pouvez le suspendre à tout moment d'un simple mail.

Position statutaire	Cotisation	Position statutaire	Cotisation
Interne	86€	PH temps partiel Echelon 1 et 2 ou PH contractuel	134€
Praticien attaché - PAC Chef de clinique - Assistant	111€	PH temps partiel Echelon 3 à 6	195€
PH temps plein Echelon 1 et 2 ou PH contractuel	151€	PH temps partiel Echelon 7 à 13	240€
PH temps plein Echelon 3 à 6	292€	PH temps partiel Salarié ESPIC	188€
PH temps plein Echelon 7 à 13	334€	PH en retraite progressive	239€
PH temps plein Salarié ESPIC	279€	Honoraire (retraité)	129€

Cochez ici si vous ne souhaitez pas vous abonner à la Revue, et déduisez 61€ du montant de la cotisation.

Chèque à l'ordre du **Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux** à adresser avec la **fiche individuelle** ci-dessous à :  
**Dr P.-F. Godet Trésorier SPH - Les Calades - CH Saint Cyr**  
**Rue Jean-Baptiste Perret - CS 15045 - 69450 Saint-Cyr-au-Mont-d'Or**

Secrétaire : Aicha RAMDANI - Téléphone : 04.72.42.35.98 - email secrétariat : secretariatsip2@gmail.com

Les nouvelles syndicales sont sur [www.sphweb.fr](http://www.sphweb.fr) et [www.cphweb.info](http://www.cphweb.info) 24h/24, le SPH vous informe grâce à son compte Twitter sur @SPHtweeter

*N'oubliez pas de fournir une adresse email en même temps que votre adresse postale.  
Privilégiez un mail personnel pour assurer la réception de l'information syndicale.*

## Fiche individuelle de renseignements

M.       Mme       Mlle

NOM

PRENOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE    /    /

### Adresse électronique (au moins une des deux)

Email professionnel

Email personnel

Portable personnel (recommandé pour vous joindre en cas de difficultés)

### Statut professionnel actuel

PH temps plein       PH temps partiel → Echelon :       Praticien contractuel       Salarié ESPIC  
 PAC       Praticien attaché       Chef de clinique       Assistant       Interne       Honoraire (retraité)

### Fonction institutionnelle (le cas échéant)

Responsable d'unité       Chef de service       Chef de pôle       Président de CME

### Exercice de la psychiatrie

Générale       Infanto-juvénile       Pénitentiaire       Liaison       Urgences  
 UMD       Sujet âgé       Addictologie       Équipe mobile       Autre

### Votre établissement de rattachement

Type (CHS, CH, CHU, etc.)

Nom de l'établissement

Code postal

Localité

Tél.

### Adresse postale de correspondance

N°

Rue

CS

BP

CP

Localité



# Les Annonces de Recrutement





**RECRUTE** Pour le Centre Médical et Pédagogique de Varennes-Jarcy  
**UN PSYCHIATRE DE LIAISON H/F**  
CDI à TEMPS PARTIEL

**L'établissement :**

Établissement de Santé Privé,  
d'Intérêt Collectif, situé en Essonne,  
à 25 km au Sud de Paris.  
L'établissement compte 60 lits  
d'hospitalisation temps complet  
et 15 places d'hospitalisation de jour  
dédiés à la prise en charge des  
adolescents et de jeunes adultes  
(12 à 25 ans) en soins de suite  
et réadaptation.



**Description du poste :**

Vous intervenez auprès de jeunes patients atteints de maladies chroniques  
(métaboliques, endocriniennes, hématologiques ...), d'affections du système  
nerveux, de l'appareil locomoteur ...  
Vous intervenez, dans le cadre d'une prise en charge globale somatique prenant  
en compte la dimension psychique dans le cadre de projet soins-étude-insertion.

**Vous intervenez dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire :**

- Auprès des équipes : participation aux réunions de service, collaboration étroite  
les médecins somaticiens, les psychologues de l'établissement.
- Auprès du patient : consultations individuelles et familiales.
- Lien les professionnels extérieurs (pédopsychiatrie, ASE ...) et organisation  
des relais de prise en charge.

**Profil souhaité :**

- Diplôme d'État en Psychiatrie, inscription à l'Ordre des médecins
  - Expérience en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte ou en psychiatrie  
de liaison appréciée.
  - Qualités relationnelles et capacité à travailler en réseau.
- Salaires à négocier selon expérience, possibilité de détachement du service public.

**Candidatures (LM + CV) :**

Madame Sonia Melliti - Direction des Ressources Humaines  
sonia.melliti@fsef.net  
CMP Varennes Jarcy - 29, rue de la libération 91480 Varennes Jarcy  
01 69 39 99 00



« L'Association Territoriale des PEP Grand Oise » – œuvre dans le secteur médico-social, le secteur Éducation et Loisirs et le secteur d'Assistance Pédagogique à domicile (10 établissements et services dans les départements 60 et 95, 425 professionnels, plus de 5 000 usagers, 22 M de budget).  
Elle recrute

**DES MEDECINS (H/F) PEDIATRES, PSYCHIATRES OU PEDOPSYCHIATRES**  
à temps partiel ou à temps plein (CCNT 1966)

**Pour les CMPP de Beauvais et Compiègne et leurs antennes :** travail en équipes pluridisciplinaires auprès d'enfants de 0 à 20 ans (consultations, diagnostic et soins).  
**Pour l'EMP de Beauvais :** travail en équipes pluridisciplinaires auprès d'enfants de 4 à 16 ans présentant des déficiences moyennes ou TSA.  
**Pour l'IME et SESSAD d'Argenteuil (Ecole Intégrée Danielle CASANOVA) :** travail en équipes pluridisciplinaires auprès d'enfants de 0 à 16 ans (consultations, diagnostic et soins) présentant une déficience auditive moyenne à profonde.  
Possibilités temps plein ou temps partiel, dans un ou plusieurs établissements et services.  
Aménagement du temps de travail sur l'année.  
Travail de lundi au vendredi, possibilité de télétravail pour les missions le permettant.

**Profil recherché :**

Vous possédez soit un DES de Psychiatrie ou Pédopsychiatrie soit un DES de pédiatrie.  
Si vous êtes médecin généraliste, vous devez avoir au moins 5 années d'expérience clinique référencée à la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, notamment en milieu institutionnel (service public de psychiatrie infanto-juvénile ou établissement médico-social).  
Les médecins bénéficiant du statut de Praticien Hospitalier pourront être recrutés dans le cadre d'un détachement par la structure tout en conservant leur statut dans le cadre de la mission de service public.  
Vous devez être inscrit ou inscriptible au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.

Merci d'envoyer votre candidature à l'attention de Madame La Directrice des Ressources Humaines, Association territoriale des PEP Grand Oise par mail à : [rh@pep60.fr](mailto:rh@pep60.fr)  
Lettre de motivation en indiquant vos préférences de temps de travail et souhaits d'affectation, CV, situation actuelle.



Le département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Nouvelle Forge (ESPIC) regroupe un CMP sur 4 sites dans le sud de l'Oise (Senlis - Creil), une équipe de liaison de l'enfant et de l'adolescent, un hôpital de jour, un hôpital de nuit et un service d'accueil familial thérapeutique. Il assure une mission de secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile.

La Nouvelle Forge recrute :

**Un médecin psychiatre (0.5 ETP)**  
pour travailler sur un site de consultation  
ou **Un médecin psychiatre à temps plein (1 ETP)**  
pour travailler sur un site d'hospitalisation et de consultation



Rémunération attractive.  
Possibilité de détachement pour un praticien hospitalier.

Si cette offre vous intéresse, merci de nous adresser une lettre de candidature associée d'un C.V. à : M. M. JEANNE : [m.jeanne@nouvelleforge.com](mailto:m.jeanne@nouvelleforge.com)  
Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au Docteur E. Albert : [e.albert@nouvelleforge.com](mailto:e.albert@nouvelleforge.com) - 06 08 22 66 84



**L'EPSM DES FLANDRES RECHERCHE**  
**UN PSYCHIATRE CHEF DE PÔLE POUR LE PÔLE DE FLANDRE INTERIEURE**

Aujourd'hui, le pôle regroupe 2 secteurs de psychiatrie générale et 1 secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

- Le 59G05 (Hazebrouck - Cassel - Steenvoorde).
- Le 59G06 (Bailleul - Merville - Estaires).
- Le 59I02 (Hazebrouck - Bailleul).

Le périmètre du pôle est susceptible d'évoluer prochainement (renforcement de l'articulation entre les secteurs de psychiatrie générale et l'Unité cognitivo-comportementale).

**Les missions :**

- Mettre en œuvre la politique définie dans le cadre du projet d'établissement et veiller à l'atteinte des objectifs fixés au contrat de pôle.
- Définir et déployer le projet de pôle, en veillant à promouvoir la qualité des prises en charge et le travail de réseau avec les partenaires des secteurs concernés.
- Organiser, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs du pôle.
- Garantir la coordination au sein des services du pôle (communication - prise de décision - mise en cohérence), assurer la concertation interne et favoriser le dialogue avec l'ensemble des professionnels du pôle.
- Participer à l'activité clinique, en lien avec les autres membres de l'équipe médicale du secteur 59 G 06.

Pour tout renseignement :  
[affairesmedicales@epsm-des-flandres.com](mailto:affairesmedicales@epsm-des-flandres.com) - François DHAINÉ - DRH : 03 28 43 45 89  
Les candidatures sont à adresser à :  
Monsieur le Directeur des Ressources Humaines  
EPSM DES FLANDRES - 790 Route de Loche - BP 90139 - 59270 BAILLEUL




**Spécificité de poste :**

Le psychiatre travaille sur le site de l'établissement dans un des services d'hospitalisation. Il exerce en relation étroite avec le cadre de l'unité. Il est intégré à l'équipe médicale qui entretient des liens de collégialité important. La spécificité du poste réside en un partenariat avec les équipes pédagogiques du lycée. Le poste à pourvoir est un temps plein. Cette qualité de temps peut être réévaluée en fonction des disponibilités du candidat.

**Activité :**

- Médecin référent d'une unité d'une vingtaine de lits : suivi clinique de patients/élèves adolescents et jeunes adultes (moyenne d'âge 19 ans), accompagnement de projet, management d'une équipe de 10 soignants en collaboration avec le cadre infirmier, animation de synthèses cliniques.
- Implication dans la vie institutionnelle : participation au staff quotidien, aux réunions de fonctionnement transversales, aux réunions d'analyse de pratique, CME.
- Participation à la politique qualité de l'établissement : instances, groupes de travail.
- Investissement dans des missions transversales en fonction des intérêts et des compétences particulières (ex : dispositif de TF, référent addicto...).

- Liens avec l'éducation nationale : staff commun, réunions médico-pédagogiques, conseils de classes
  - Liens avec le réseau : services adresseurs, établissements d'aval (soins, réhabilitation...), services de santé de l'Education Nationale...
  - Gardes et astreintes (2 par mois).
  - Engagement théorique : encadrement d'internes, participation aux séminaires cliniques mensuels et annuels ainsi qu'à des réunions médicales de partage clinique.
  - Participation au parcours de préadmission.
- Profil du candidat :**
- Diplômé-e d'un doctorat en médecine spécialisée en psychiatrie.
  - Connaissance de la psychopathologie des adolescents.
  - Expérience du fonctionnement institutionnel.

Contact : Docteur Véronique LACOURREYE - Médecin coordonnateur - Tél. secrétariat : 02 44 55 29 39

Curriculum vitae et lettre de motivation à :

Docteur Véronique LACOURREYE - Centre Soins Etudes Pierre Daguet de Sablé Sur Sarthe « La Martinière » CS 40117 - 72302 SABLÉ SUR SARTHE Cedex ou par courriel à « veronique.lacourreye@fsef.net »



Centre Hospitalier Spécialisé  
03360 AINAY LE CHATEAU

## Le Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château (03)

Situé à 300 kms de Paris, à 1h30 de Clermont Ferrand, à 40 minutes de Bourges, Montluçon ou Moulins, proche A71

**Comprenant :**

- ✓ 60 lits d'hospitalisation libre en psychiatrie
- ✓ 540 places en Accueil Familial Thérapeutique
- ✓ une Unité de Soins de Longue Durée de 40 lits
- ✓ un plateau de réhabilitation psychosociale avec technique de remédiation cognitive

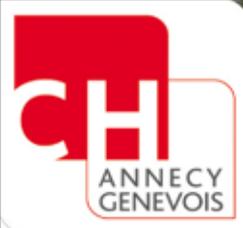
RECRUTE pour compléter son équipe médicale

**1 Clinicien Psychiatre à temps plein**  
**Inscription au Conseil de l'Ordre exigée.**  
**Possibilité de logement sur place**

Merci d'adresser votre candidature à Madame la Directrice, CHS - 6 BIS RUE DU PAVE - 03360 AINAY LE CHATEAU.

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez contacter Mme WILMOT au 04-70-02-26-12

Email : Mailsecdirection@chsi-ainay.fr


**LE CHANGE RECRUTE**

## DES MÉDECINS PSYCHIATRES ET PÉDOPSYCHIATRES, DES PSYCHIATRES AVEC DES COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES (ADOLESCENTS, PERSONNES ÂGÉES, ADDICTOLOGIE...)

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER :**

- Dr LACAILLE D'ESSE - llacailledesse@ch-annecygenevois.fr
- Mme COLLET - Directrice des affaires médicales - pcollet1@ch-annecygenevois.fr
- Mme MARIN - Direction des affaires médicales - lmarin@ch-annecygenevois.fr

Dans le cadre de son projet de développement, le CHANGE met en œuvre de nouveaux modes de prises en charge des patients :

- 1- Une restructuration de l'hospitalisation temps complet
- 2- Une prise en charge des urgences psychiatriques
- 3- La création d'une unité d'accueil pour adolescents

Le pôle de psychiatrie s'inscrit au sein d'un hôpital général au projet médical ambitieux et dynamique.

La région annécienne est par ailleurs une région attractive sur le plan des loisirs (activités hiver comme été) et au niveau culturelle (proximité Genève, Lyon...)

**Profil du médecin : Médecin inscrit au conseil de l'Ordre - Type de contrat ou de statut à étudier selon le candidat.**



Implantée à Tain l'Hermitage (Drôme - à 45 mn au sud de Lyon et 15 mn de Valence), l'association La Teppe recrute au sein de son équipe médicale composée actuellement de 6 psychiatres, de 5 neurologues, de 2 médecins généralistes :



**Renseignement**  
 M. Hervé DUCLAUX  
 herve.duclaux@teppe.org  
 Merci d'adresser vos candidatures (CV + lettre de motivation), à l'attention de M. le Directeur des Ressources Humaines Etablissement Médical de La Teppe  
 26602 Tain l'Hermitage  
 ou à l'adresse mail suivante : recrutement@teppe.org, en précisant la référence suivante MPS-1802.

## 1 Médecin Psychiatre (F/H) temps plein pour sa clinique psychothérapique « La Cerisaie »

La Clinique psychothérapique La Cerisaie assure des activités de prévention, de diagnostic et de soins auprès de femmes adultes se trouvant en décompensation psychique. La clinique propose 50 lits d'hospitalisation (hospitalisation libre).

En lien avec les 3 psychiatres intervenant au sein de la clinique, vous assurerez les soins psychiatriques pour des patientes hospitalisées et définissez le projet de soins complémentaires, mis en œuvre par les cadres de santé et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Vous assurez en outre une activité de consultations externes.





OUVERTURE D'UN NOUVEL  
ETABLISSEMENT INNOVANT  
EN RHONE-ALPES

Dans le cadre de son ouverture, la Clinique de Châtillon,  
nouvel établissement privé de psychiatrie et de psychosomatique (124 lits et places),

## RECRUTE 2 PSYCHIATRES

souhaitant s'investir dans un projet innovant et dynamique.

Au sein d'une équipe de 8 praticiens, ils auront à mettre en place et animer un projet thérapeutique ambitieux dans le cadre de la création de ce nouvel établissement.

Située à Bellegarde-Sur-Valsérine (01), aux portes du Pays de Gex et de la Haute-Savoie, à une heure de Lyon, 40 minutes d'Annecy et de Genève, au cœur d'un environnement naturel de qualité, tout en étant particulièrement accessible (2 minutes de l'A40), la Clinique de Châtillon est un établissement entièrement neuf doté d'un plateau technique moderne et complet.

La qualité d'accueil hôtelier spécifique du projet a été doublée d'un souci particulier de mise en place d'un panel thérapeutique varié et innovant comprenant : plateau technique d'hydrothérapie complet, espaces d'activités psychocorporelles, ateliers de médiation, cuisine thérapeutique, salle de sport, nombreuses salles de thérapies individuelles et collectives, etc.

Au cœur d'un espace de plus de 4 hectares, la Clinique de Châtillon souhaite offrir à ses patients comme à ses professionnels un cadre de soin qualitatif, moderne et adapté aux besoins de l'ensemble des prises en charge proposées.

**En complément de l'activité classique de clinique psychiatrique, la Clinique de Châtillon développe des soins spécialisés innovants et des unités régionales de référence telles que :**

- L'Unité de Soins des Professionnels de Santé (USPS) destinée à l'accueil des soignants en situation de souffrance psychologique.
- L'Unité de prise en charge Psychosomatique.
- L'Unité de Soins de Courte durée.

L'ensemble des modalités de prises en charge sera développé, de la consultation spécialisée à l'hospitalisation complète, en passant par l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit.

Tout en étant un établissement privé indépendant, la Clinique de Châtillon est inscrite dans le réseau CLINIPSY, ce qui lui permet de bénéficier des apports et de l'expérience des autres cliniques indépendantes du réseau et d'un institut de formation spécialisé en psychiatrie pour la formation continue de ses équipes.

**Nous recherchons donc deux collègues souhaitant s'investir avec nous dans ce projet ambitieux et stimulant.**

L'ouverture de la Clinique est prévue pour le printemps 2018, avec une montée en charge progressive jusqu'à l'automne.

L'ouverture d'un cabinet de consultations sur place pour l'activité libérale complémentaire est également possible au sein du pôle pluridisciplinaire de consultations de la clinique.

**Un établissement indépendant du réseau CLINIPSY**



### Contact :

Docteur Frédéric LEFEBVRE

f.lefebvre@clinipsy.fr - 06 09 62 09 63



## LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN (HAUTES-PYRENEES - REGION SUD OUEST)



(1h45 de l'Océan Atlantique et 2h00 de la Méditerranée).  
(40 mn des stations de ski - Proximité Tarbes - Toulouse - Pau (A64)).

## Caractéristiques de l'Établissement :

- Psychiatrie Adulte et Pédo-psychiatrie.
- Médecine/Chirurgie/Urgences/Périnatalité - Gériatrie - Médico-Social - Handicap.

**RECRUTE  
DEUX  
PSYCHIATRES  
TEMPS PLEIN**  
en psychiatrie adulte  
auprès du Pôle A3

## Caractéristiques du Pôle :

- Le secteur comporte le site de Lannemezan et Saint-Gaudens :
- Hospitalisation complète : unité fermée et ouverte.
- Une unité Géro-onto-psychiatrie.
- 2 CATTp.
- Réhabilitation.
- Maison Communautaire.
- 2 CMP et Hôpitaux de jour (Lannemezan et Saint-Gaudens).
- 2 services et liaison au CH de Lannemezan et au CH de Saint-Gaudens.

## CONTACT :

Docteur VIZUETE REBOLLO  
Chef du Pôle A3 - Tél. : 05 62 99 55 06

## Adresser Candidatures et C.V. à :

Madame la Directrice  
Centre Hospitalier de Lannemezan  
644, route de Toulouse  
65300 Lannemezan  
Tél. : 05 62 99 54 01/56 01  
Secretariat-du-personnel@ch-lannemezan.fr



## L'ADPEP30 recrute pour les CMPP du Gard UN MEDECIN PSYCHIATRE OU PEDOPSYCHIATRE

Contrat en CDI à 0,35 ETP (12h/semaine) pour le site de Nîmes et à 0,23 ETP (8h/semaine) pour le site de Bagnols sur Cèze.  
(Poste pouvant être couplé ou séparé).



## Le médecin au CMPP est chargé :

- De l'admission des enfants en fonction des possibilités d'accueil de l'antenne sur laquelle il exerce, mais aussi des urgences et priorités.
- Des consultations et accueil des enfants et des familles.
- De la réalisation des bilans diagnostics et d'évolution pédopsychiatrique.
- De la prescription de bilans complémentaires.
- Des décisions au niveau des indications des prises en charge et de l'information des familles.
- De la préservation dans son équipe du secret médical.

## Travail en équipe pluridisciplinaire, auprès d'enfants en cure ambulatoire.

- De la conformité et du suivi des dossiers des usagers.
- De l'animation des réunions de synthèse en arrêtant ensuite, les modalités de chaque rééducation et traitement.
- De la rédaction de notes de synthèse.
- Des contacts avec les médecins traitants et les paramédicaux extérieurs.
- Des relations avec les services hospitaliers.

Poste à pourvoir  
dès que possible

Rémunération selon la convention 66 et la grille des médecins spécialistes. Évolution possible de ce poste aux prochains départs en retraite des médecins en exercice et de la directrice médicale (courant 2018).

Merci d'envoyer CV et lettre de motivation à : M. Le Directeur - Centre Médico Psycho-Pédagogique - 8 rue Saint Charles - 30000 NIMES  
Tél. : 04 66 67 32 53 - E-mail : direction.cmp@adpep30.org



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

## Le Centre Hospitalier GERARD MARCHANT A TOULOUSE

Etablissement  
spécialisé  
en psychiatrie

Recrute **DES ASSISTANTS  
DES HÔPITAUX SPÉCIALISÉS  
EN PSYCHIATRIE**



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

**Secteur 1 & 2 de psychiatrie générale :** Monsieur le Docteur Radoine HAOUÏ :  
Tél : 05.61.43.78.56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr

**Secteur 4 & Pavillon d'Accueil des Jeunes Adultes :** Monsieur le Docteur Pierre HECQUET :  
Tél : 05.61.43.45.50 - pierre.hecquet@ch-marchant.fr

4 postes  
d'Assistant  
Spécialisé en  
Psychiatrie Adulte,  
seront  
prochainement  
à pourvoir.



L'Association Audoise Sociale et Médicale (établissements sanitaires et médico-sociaux - 980 salariés) gère 4 des 5 secteurs de psychiatrie générale (200 lits HC, 6 HJ, 6 CMP) et un intersecteur Infanto-Juvenile (10 lits HC, 3HJ, 3 CMP) recrute dans le cadre de la dynamique de son projet médical 2017 - 2021 :

- Un(e) Psychiatre intégré(e) dans les équipes médicales de 4/5 psychiatres par secteur et intersecteur
- Un(e) Pédo-psychiatre intégré(e) dans une équipe médicale de 5 ETP

Les postes à temps plein avec possibilité de temps partiels, par détachement du statut de praticien hospitalier et/ou par contrat à durée indéterminée sur la base de la CCN 51 Fehap sont à pourvoir dans le département de l'Aude (Carcassonne, Limoux, Narbonne) réputé pour sa qualité de vie.

Nous vous remercions d'adresser votre candidature à la Direction Générale de l'USSAP - ASM soit par email : direction@asm11.fr  
par courrier USSAP - ASM - Direction Générale Place du 22 septembre 11300 Limoux



LE CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR (Tarn)  
(à 30 min de Toulouse)

## RECHERCHE UN MEDECIN PEDOPSYCHIATRE (H/F) TOUS STATUTS CONFONDUS/TEMPS PLEIN/TEMPS PARTIEL



*Le pôle de Pédopsychiatrie est à taille humaine et avec une équipe dynamique comptant 7 médecins. Il est découpé en 6 structures réparties sur les communes de Lavaur, Castres, Graulhet et Mazamet.*

Adresser candidatures et CV à : Madame la Directrice des Ressources Humaines, des Affaires Médicales et de la Formation  
Centre Hospitalier - 1, Place Vialas - 81500 LAVAUR

Pour tout renseignement contacter Madame le Docteur CARSALADE

Chef de pôle - i.carsalade@ch-lavaur.fr - Secrétariat : 05 63 83 31 56 ou Standard : 05 63 58 81 81



Occitane



Clinique Ker Yonnec (Champigny/89)  
Etablissement psychiatrique indépendant



### Clinique Ker Yonnec (Champigny/89)

Etablissement de psychiatrie adulte privé indépendant : 155 lits d'hospitalisation complète dont un service de psychogériatrie, un hôpital de jour et de nuit, un service de sismothérapie, structure moderne, haut standing situé à 100 km au sud de Paris.

## Recherche un psychiatre en activité libérale.

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

Bourgogne-Franche-Comté



## 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 H/F

• 2 Postes à temps plein  
Psychiatrie générale, Pédopsychiatrie.

Candidature et C.V. à adresser à :

M. le Directeur Général de l'A.H.B. - Centre Hospitalier - 22110 PLOUGUERNEVEL  
Tél. : 65 10 57 96 02 - Fax : 34 10 57 96 02 - E-mail : [am.fleureux@ahbretagne.com](mailto:am.fleureux@ahbretagne.com)



Bretagne

FONDATION BON SAUVEUR

LA FONDATION BON SAUVEUR  
Pôle de Santé Mentale

## Recrute Médecin Psychiatre (H/F) Médecin Pédopsychiatre (H/F)

Sur les sites de Bégard, Guingamp, Lannion et Paimpol



Centre Hospitalier Spécialisé en santé mentale (150 lits d'hospitalisation : 2 unités d'hospitalisation libre et 1 unité d'hospitalisation en soins sans consentement), unité de psychogériatrie, clinique d'addictologie et 43 dispositifs de soins ambulatoires pour adultes et enfants/adolescents (CMP ; CMPEA ; AMP dans les hôpitaux généraux ; hôpitaux de jour), et expertise dans la prise en charge de la crise suicidaire, des addictions (CSAPA), de l'Education Thérapeutique du Patient...  
6 structures sociales et médico-sociales pour personnes âgées (EHPAD) et pour personnes handicapées (IAM, MAS, Foyer de Vie, SAVS/SAMSAH).

- Médecin en CDI (convention collective nationale FEHAP du 31 octobre 1951).
- Praticien hospitalier mis à disposition du GCS en santé mentale par le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc.
- Faisant fonction d'Interne (FFI), Praticien Attaché Associé mis à disposition du GCS en santé mentale par le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc.
- Lien universitaire structuré avec le CHRU de Brest et de Rennes.

La Fondation Bon Sauveur, ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif), reconnue d'utilité publique, intervient en santé mentale sur le Nord-Ouest des Côtes d'Armor, et gère un centre hospitalier spécialisé (hospitalisations libres et soins sans consentement) ; 43 dispositifs de soins ambulatoires et six établissements sociaux et médico-sociaux.

#### Situation géographique

30 mn de la Côte de Granit Rose,  
20 mn aéroport Lannion liaison Paris (1h00),

10 mn de Guingamp (Gare TGV),  
1h30 de Rennes.

#### Renseignements | Contacts

- [www.fondationbonsauveur.fr](http://www.fondationbonsauveur.fr)
- Modalités d'accueil personnalisé | 02 96 45 37 36 | [mitrouve@fondationbonsauveur.fr](mailto:mitrouve@fondationbonsauveur.fr)
- Pour la Communauté Médicale, le Président de la CME, Dr R. Le Guern

CV + lettre de motivation à adresser à :

Fondation Bon Sauveur à l'attention de M. le Directeur Général | BP 01 | 22140 Bégard  
par e-mail : [directiongenerale@fondationbonsauveur.fr](mailto:directiongenerale@fondationbonsauveur.fr)



Bretagne



LE CENTRE HOSPITALIER EDOUARD TOULOUSE A MARSEILLE RECRUTE

## MEDECINS PSYCHIATRES TEMPS PLEIN ET TEMPS PARTIEL

### Contexte :

Le Centre Hospitalier Edouard Toulouse est un établissement public de santé mentale situé à Marseille. Implanté sur un domaine de 17 hectares, il est composé de 10 Pavillons d'hospitalisation (232 lits, 40 places en Mas) et de plus de 40 structures extrahospitalières. Etablissement dynamique, il permet la prise en charge de patients (adultes, adolescents, enfants) de 7 arrondissements de Marseille et 2 communes environnantes.



Les Candidatures doivent être adressées  
à la Direction des Ressources Humaines :

118, chemin de Mimet. 13917 MARSEILLE cedex 15  
Ou par mail à DRH-AffairesMedicales@ch-edouard-toulouse.fr



CENTRE HOSPITALIER  
HENRI GUERIN  
Pierrefeu



Le CH Henri GUERIN de Pierrefeu-du-Var  
établissement public de santé spécialisé en psychiatrie recherche :

## Médecins Psychiatres

(Praticien hospitalier, attaché, libéral, cumul emploi-retraite, clinicien)  
Pour le pôle de psychiatrie générale sud – secteur Hyérois

### Contacts :

Jacques LEDOUX - DRH/DAM - Mail : jacques.ledoux@ch-pierrefeu.fr

Sophie BERTERO - Attachée d'Administration-DRH/DAM

Mail : sophie.bertero@ch-pierrefeu.fr - Tél. : 04 94 33 18 63 ou 04 94 33 18 03

Thierry GUICHARD - Président de CME

Mail : thierry.guichard@ch-pierrefeu.fr - Tél. : 04 94 33 19 20



SOUTENIR ACCOMPAGNER SOIGNER

L'Association Rénovation  
Recrute  
pour son dispositif Estancade 64  
**UN PSYCHIATRE (H/F)**  
en CDI, temps partiel 0,34 etp

L'Estancade 64, situé à Orthez, accueille 15 jeunes, filles et garçons, de 6 à 18 ans, résidant dans les Pyrénées-Atlantiques, porteurs de troubles de la conduite et du comportement, en situation de rupture familiale, scolaire et sociale, ayant pour la plupart fréquenté et mis en échec les institutions sociales, médico-sociales, sanitaires et judiciaires. L'originalité de ce Service est de concevoir pour eux un projet personnalisé à partir de trois éléments : un Service

d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), une Unité Éducative et d'Accueil Familial Spécialisé (UEAFS) et un réseau de partenaires constitué dès l'admission.

Profil attendu Psychiatre ou pédopsychiatre Connaissance de la psychopathologie de l'adolescent Intérêt pour le travail institutionnel, pour le travail en équipe pluridisciplinaire (éducateurs, psychologues...) et le travail en réseau Connaissance appréciée du territoire.

Poste à pourvoir au 1<sup>er</sup> septembre 2017.

Les candidatures (lettre de motivation et CV) sont à transmettre avant le 18 août 2017 à :

Madame la Directrice de l'ESTANCADE 64  
Association Rénovation  
Avenue du Tursan BP 20011  
40501 Saint-Sever Cedex  
estancade64@renovation.asso.fr



Centre hospitalier de Périgueux

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

Recrute pour renforcer l'équipe médicale

## 1 psychiatre et 1 pédo-psychiatre

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

- Un secteur de pédopsychiatrie en pleine expansion, avec hôpital de jour, CMP et CATTIP
- Deux secteurs de psychiatrie Adultes avec hospitalisation complète, CMP activités alternatives, EMPP
- Une unité d'urgence psychiatrique et de psychiatrie de liaison.
- Une consultation en milieu pénitentiaire.

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

Les postes sont à  
pourvoir rapidement



## Deux pédopsychiatres ou psychiatres à temps plein pour le pôle de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (postes prioritaires)



Etablissement 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 de l'enfant et de l'adolescent • 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 de l'enfant et de l'adolescent 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 dont 4 détenteurs de l'agrément pour l'accueil des internes. Le projet de pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est consultable sur le site internet du C.H.D G. Daumézon.

**La Commission Formation - Recherche de l'Etablissement** 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 COMPLEMENTAIRE VARIABLE DE REMUNERATION

- Poste prioritaire • Indemnité d'activité sectorielle et de liaison • Indemnité d'engagement au service public • Prime d'exercice territorial.

### 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 • Accès à la bibliothèque médicale.

### INFORMATIONS ET CONTACTS :

Mme le Dr Rébecca HASSAPI-CHARTIER  
Chef de Pôle - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
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 : affairesmedicales@ch-daumezon45.fr

Etablissement Public de Santé Mentale Georges Daumézon  
1, route de Chanteau - BP 62016 - 45402 FLEURY LES AUBRAIS



## LE CENTRE HOSPITALIER SIMONE VEIL DE BLOIS

### RECRUTE UN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN



Etablissement de référence du Loir et Cher, le C.H. de Blois est situé à mi-distance des villes de Tours et d'Orléans (50 km) et à 1h30 de Paris. Ville à taille humaine composée de 50 000 habitants (107 000 à l'échelle de l'agglomération). Le secteur 41G02 recrute un praticien temps plein pour compléter une équipe dynamique, porteuse d'activités innovantes comprenant cinq praticiens et quatre internes au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce praticien aura une activité intra-hospitalière, des consultations au Centre Médico-Psychologique, il participera aux astreintes au sein de la psychiatrie d'urgence et de liaison, à l'encadrement des internes et des externes.

### Envoyer CV + lettre de motivation à :

**Monsieur le Docteur Eric BOISSICAT - Chef du Service Psychiatrie**  
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cedex - E-mail : boissie@ch-blois.fr



## L'Etablissement Public de Santé Mentale de la Guadeloupe

**Recrute** — Pour compléter les équipes de ses deux sites, situés à Montéran Saint-Claude et CHU Pointe-A-Pitre/Les Abymes  
— Pour mettre en œuvre un Projet Territorial de Santé Mentale ambitieux

# Des psychiatres Tous statuts confondus

Prise en charge du billet d'avion, logement à l'arrivée, 2 voyages par an pour formation  
Rémunération majorée de 20% (indemnité DOM)  
Pour les PH titulaires : postes prioritaires, indemnité d'activité sectorielle  
POSSIBILITE DE CONTRATS DE CLINICIEN

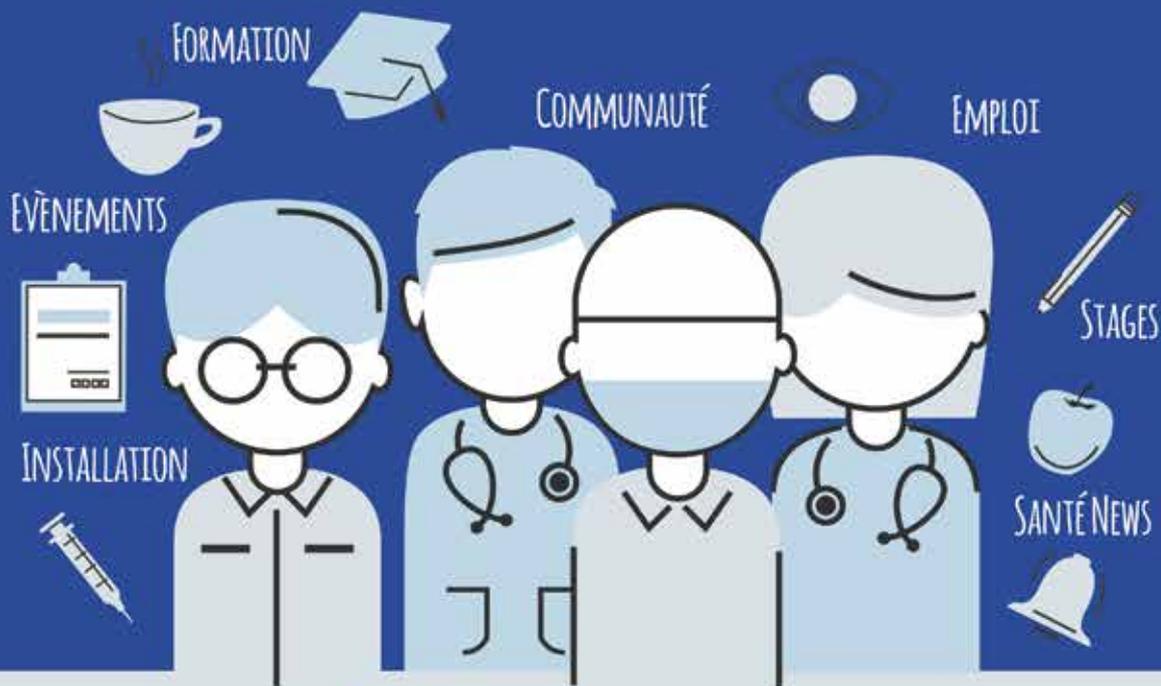


### Contacts :

Monsieur le Docteur Michel EYNAUD  
Président de la CME - michel.eynaud@ch-monteran.fr  
Tél. : 05 90 80 52 42

Monsieur Francis FARANT - Directeur du Centre Hospitalier de Montéran - francis.farant@ch-monteran.fr  
Tél. : 05 90 80 52 00/52 01 - Fax : 05 90 80 52 04

Madame Berthe GATOUX - Chargée de la Direction des Ressources Humaines - berthe.gatoux@ch-monteran.fr  
Tél. : 05 90 80 52 11/52 12 - Fax : 05 90 80 55 11



# Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR [WWW.RESEAUPROSANTE.FR](http://WWW.RESEAUPROSANTE.FR)  
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ [CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR](mailto:CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR)

[www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr) est un site Internet certifié HONcode

