

Lettre du Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

N°08 - Novembre 2014

Assemblée Générale Avignon 2014

Compte-rendu
Motions Syndicales
Projet de loi relatif à la Santé
Questions statutaires



**Dossier pédopsychiatrie
Référentiel du métier de psychiatre**

LE SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX



Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés

Les internes aussi peuvent adhérer

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



Obtenez
un conseil
personnalisé

01 75 44 95 15

Appel non surtaxé

www.appa-asso.org

Flashez le QR Code

Prévoyance

■ à partir de **7 €** / mois

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

Prévoyance & Santé

■ à partir de **17 €** / mois

& bénéficier de remboursements frais de santé performants



LES CONTRATS

Internes
des
hôpitaux

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2014 À AVIGNON | 4 |
| Rapport Moral | 4 |
| Motions Syndicales | 8 |
| Projet de loi relatif à la Santé | 11 |
| Atelier Questions statuaires | 13 |
| DOSSIER PÉDOPSYCHIATRIE | 24 |
| Les décisions de l'ATIH au préjudice de l'activité en psychiatrie infanto-juvénile | 24 |
| Etats généraux de la pédopsychiatrie : dix propositions pour la pédopsychiatrie | 28 |
| RÉFÉRENTIEL DU MÉTIER DE PSYCHIATRE | 30 |
| Psychiatrie et santé mentale | 30 |
| Le tronc commun des compétences du psychiatre | 30 |
| Compétences en fonction des pratiques | 32 |
| Compétences complémentaires en fonction de publics particuliers | 40 |
| Perspectives du métier de psychiatre | 43 |
| COMMENT ADHÉRER AU SPH..... | 45 |
| L'adhésion au sph | 45 |
| Cotisations 2014 | 46 |
| ORGANIGRAMME DU SPH 2013-2015..... | 48 |
| ANNONCES DE RECRUTEMENT..... | 56 |

SPH - Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Président : Docteur JC. Pénochet

Polyclinique de Psychiatrie - CHU La Colombière - 34295 Montpellier Cedex 5

Tél. : 06 10 50 05 50 (Secrétariat) - Fax : 04 67 33 66 70 - Courriel : sphweb@free.fr

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions – M. Tabtab, Directeur

06, Avenue de Choisy - 75013 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : maceoeditions@gmail.com - web : www.reseauprosante.fr

Imprimé à 4800 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



LE SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2014

Avignon, 1^{er} au 3 octobre

COMPTE-RENDU

▪ Elections SPH

Le calendrier des élections des conseillers régionaux, conseillers nationaux et bureau du SPH est avancé d'un an pour reprendre le rythme antérieur aux modifications décidées lors des projets de rapprochement syndical avec l'IDEP, et également pour faire coïncider les élections du SPH avec celles de la SIP prévues en mars 2015, ainsi que répondre au problème du prochain départ du président JC Pénochet. Les élections en régions seront à organiser avant fin décembre 2014 pour un nouveau bureau à constituer en mars 2015.

Décision adoptée, 6 abstentions, 2 votes contre.

▪ Rapport du trésorier, Marc Bétremieux

Les comptes sont approuvés par les deux commissaires aux comptes désignés en AG, PF. Godet et G. Onde.

L'assemblée générale donne quitus au trésorier à l'unanimité moins une abstention.

L'assemblée générale vote le report du résultat sur 2015 à l'unanimité.

L'assemblée vote le maintien du montant de cotisation à l'unanimité.

Rapport moral

Isabelle Montet, secrétaire générale

Avignon, 1^{er} octobre 2014

C'est par le thème du **territoire** que la psychiatrie aura finalement trouvé place dans l'actuel projet de loi relatif à la santé. La loi d'orientation spécifique santé mentale et psychiatrie annoncée par Roseline Bachelot à la réception du rapport Couty, a donc été convertie en un unique article 12 « *Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* ». Et ce après un parcours émaillé de rapports, annonces et reculades, au cours duquel la question d'une loi spécifique avait rencontré l'intérêt de Marisol Touraine lorsqu'elle était membre de l'équipe de campagne présidentielle. Une fois ministre de la Santé et débarrassée de la nécessité de répondre aux délais fixés par le conseil constitutionnel sur les soins sans consentement, c'est une opération de concentration qu'elle applique à la psychiatrie : après les auditions du député Robiliard, un seul article de loi devrait contenir toute l'organisation de la santé mentale.

Traitant de l'articulation entre psychiatrie et territoires de santé, la modestie apparente de cet article au sein de la loi ne doit cependant pas tromper sur l'importance de ses effets : si l'on se réfère aux chercheurs en science sociale penchés sur le sujet, l'omniprésence du territoire dans les décisions de politiques publiques s'y trouve illustrée.



Dans le domaine, les chercheurs soulignent l'inflation d'usage du mot territoire depuis les années 80 qui va de pair avec sa polysémie. D'étymologie belliqueuse puisque né de « *jus terrendi* », le droit de terrifier dans le droit latin, c'est avec la Révolution française qu'il prend une identité politique qui le pacifie tout en lui laissant un attribut d'autorité : de simple délimitation géographique, le territoire de l'Etat-nation en formation devient le rouage de l'intrication politico-administrative et la marque du centralisme républicain. Nouvellement dotée de départements et autres divisions, la Nation fait alors du territoire l'expression spatiale de l'homogénéité républicaine selon une conception d'égalité des droits du citoyen.



Le territoire entame à la fin des trente glorieuses une nouvelle carrière, grâce à la réhabilitation par les économistes du concept de « district industriel ». Né à la fin du 19^e siècle pour désigner un ensemble regroupant des petits établissements industriels spécialisés dans la même production, ce district est redécouvert dans les années 80 et théorisé comme modèle de développement : le territoire devient un outil du new public management au service de la politique moderne de décentralisation.

C'est donc à partir d'un modèle de développement économique que le territoire, pivot du nouvel espace des politiques publiques, va devenir incontournable. Et même s'il recouvre des réalités diverses, sa variété participe à son succès d'utilisation : à la fois espace géographique, système fonctionnel d'organisation, le territoire incorpore même les aspects historiques d'identité, voire la part affective des sentiments d'appartenance ou d'appropriation, utiles à l'extension de son usage.

Les chercheurs en sciences sociales l'observent en fait également comme cadre normatif et outil d'instrumentalisation politique : passe-partout, maître-mot devenu hégémonique en matière d'aménagement et variable dans sa définition, il est capable de remplacer d'autres concepts, de celui de simple espace à celui de région ; comme tout peut être territoire, le territoire est partout, ce qui permet que par principe, territoire et territorialité ne peuvent être que bénéfiques.

Puisque tout est bon dans le territoire, un système d'organisation sanitaire qui imagine dès 1960 des circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques pouvait-il profiter de cette bonne fortune ? La suppression du chapitre « sectorisation psychiatrique » dans le code de la santé publique par l'actuel projet de loi relatif à la santé, dernier acte d'une opération de gommage du secteur, garantit le contraire.

La carrière du secteur comme territoire pertinent pour la psychiatrie semblait pourtant bien partie. L'appui de lois et arrêtés pris en 1985 et 1986 pour inciter à son développement ne paraissait pas en contradiction avec les choix stratégiques de décentralisation fait à cette période, concrétisés en 1991 par la naissance des nouveaux schémas régionaux d'organisation, les SROS. Les malentendus dans le couple secteur / territoire sont apparus lorsque la communauté de biens a dû se préciser : l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 demande alors à la psychiatrie d'intégrer les SROS généraux dits de 3^e génération ; la lutte contre les maladies mentales est placée avec les soins somatiques au sein de territoires de santé à délimiter, et le secteur ne se trouve considéré que par sa dimension « fonctionnelle », notamment grâce à son fameux « CMP pivot ». Quelques mois plus tard un décret fait disparaître les conseils départementaux de santé mentale pour créer les commissions régionales de concertation en santé mentale, dont l'existence sera éphémère.

La loi HPST, application de la Révision Générale des Politiques Publiques, aggrave la discorde : les ARS sont créées, les régions et les territoires de santé prennent du galon comme échelles d'organisation ; l'hôpital qui doit avoir un patron et un seul n'a pas à s'embarrasser de médecins chefs de secteurs psychiatriques, ni de maintenir une procédure spécifique dérogatoire de nomination pour les psychiatres. Au sein des établissements, les secteurs peuvent ainsi d'autant mieux perdre de leur visibilité en intégrant les pôles.

Pour faciliter la transition, les critiques faites au secteur se font plus ostensibles, même si finalement, elles pourraient tenir dans un reproche principal paradoxal, celui d'avoir des qualités dont le territoire national ne profite pas





suffisamment : innovant, favorisant par l'accessibilité le principe de continuité des soins, les inégalités de son installation et son caractère trop géo-démographique ordonnent son évolution, sa rénovation, pour ne pas dire trop tôt sa disparition.

C'est que depuis les années 80 le couple sectorisation psychiatrique / territoire a dû traverser des turbulences aggravant les malentendus :

- Les sirènes du scientisme qui appellent à ramener la psychiatrie dans les progrès d'une médecine rationalisable rencontrent l'intérêt des adeptes rationnels de réduction des dépenses de santé ;
- La notion de santé mentale présente un certain nombre de qualités parmi lesquelles, dès lors qu'il est convenu que la psychiatrie, débordée, ne peut s'y charger de tout, des moyens supplémentaires ne lui seront pas nécessaires grâce à la collaboration avec des partenaires ;
- Les considérations médico-économiques de la politique de santé européenne sur laquelle la France prétend s'aligner, insistent sur le coût démesuré de la maladie mentale et convergent avec les recettes néolibérales de réduction de la dette publique qui réclament des réformes au nom du bien commun ; les appels à y maintenir des spécificités ne peuvent alors passer que pour un simple repli identitaire réactionnaire ;
- La perspective de nouvelles réformes territoriales brouille déjà les cartes des territoires parmi lesquels l'échelle du département qui, menacé de disparition, n'est plus qu'une branche fragile à laquelle la psychiatrie qui souhaitait maintenir une organisation territoriale spécifique ne peut s'accrocher que pour valoriser, un comble !, l'autorité du préfet en matière de soins sans consentement.

Pour corriger la disparition du cadre juridique du secteur que les réformes ont organisé, la Cour des Comptes avait proposé en conclusion de son bilan du précédent plan psychiatrie et santé mentale, d'inscrire dans le code de la santé publique « *une mission de service public de proximité, spécifique à la psychiatrie,... assurant la pérennité des principes de la politique de secteur* ». Suivie par le rapport Robiliard, l'expression « mission de psychiatrie de secteur » est désormais inscrite dans le projet de loi. Les professionnels peuvent-ils se réjouir de voir enfin reconnu l'outil de soins que constitue le secteur psychiatrique ? Il faudrait pour cela qu'ils n'y regardent pas de trop près : la dite mission est assortie de la notion de proximité qui l'introduit dans un assemblage de partenaires intéressés par la santé mentale, sans que son aire d'intervention ne soit définie par la loi, laissée à la liberté de délimitation des établissements autorisés en psychiatrie auxquels un territoire de niveau régional sera attribué par les ARS. Ajoutons qu'en plus de la « souplesse » laissée aux établissements, le dit secteur devenu de proximité devra résister aux effets de l'obligation figurant maintenant dans la loi pour les hôpitaux de se regrouper dans un groupement hospitalier de territoire.

En somme l'article 12 fixe les conditions pour que la continuité des soins entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires organisés autour d'une équipe identifiée de soignants et concrétisée par ce qui s'appelait la sectorisation, soit révolue. En fait, furtivement inséré dans la 1^{ère} version de la loi, l'article n'innove rien : l'axe 2 du Plan de santé mentale 2011-2015 entendait faire évoluer le secteur pour le mettre au service d'un territoire, recommandait bien d'inscrire au niveau législatif une mission de psychiatrie de service public, mais dans un territoire de proximité réunissant des acteurs « diversifiés », et préconisait que chaque établissement définisse sa structuration interne selon ses choix et ses projets au sein d'un territoire, en conformité avec la loi HPST. Il est singulier que la ministre reproche à ce plan, élaboré sous le précédent gouvernement, de manquer d'orientations claires, alors qu'il génère les dispositions de la loi touchant la psychiatrie. Comment pourrait-il en être autrement puisque le changement de majorité ne s'est pas accompagné de celui des personnes clés chargées de la psychiatrie au sein des administrations du ministère ? Principe de continuité oblige, probablement...

En déplacement à Sainte-Anne ce 24 septembre dernier, la ministre s'est sentie tenue à une explication de texte et à quelques mots d'apaisement pour la profession. Prête à piocher dans la réserve du papy boom par la prolongation d'activité, elle rassure les psychiatres hospitaliers sur le fait que la démographie médicale est une de ses préoccupations et que s'il n'y suffisait pas, le transfert de compétences sur les psychologues et des infirmiers cliniciens est déjà envisagé. Elle fait miraculeusement réapparaître les chefs de secteurs que le projet de loi n'évoque même pas. Et parce que des mois d'auditions par le député Robiliard n'y auront sans doute pas

suffi, elle nomme un pilote pour l'atterrissement de la loi, doté du pouvoir de faire admettre des amendements au texte actuel, grâce à des consultations de personnes cependant sélectionnées.

L'annonce de la possibilité pour la psychiatrie d'appartenir à 2 GHT est formulée à cette occasion. Si la ministre se montre bien sobre sur le sujet, c'est encore le plan psychiatrie et santé mentale qui éclaire sur le comment, en établissant 3 ans plus tôt qu'un établissement pourra être membre d'une CHT psychiatrique et d'une CHT MCO, « pour faciliter l'insertion des établissements de santé autorisés en psychiatrie dans les logiques de structurations hospitalières issues de la loi HPST ». Sur le sujet, on peut méditer les propos de la ministre affirmant que la CHT psychiatrique parisienne préfigure ce qu'elle veut développer pour la psychiatrie.

En 2000, début pas si lointain d'un nouveau siècle, Bonnafé interviewé pour la revue Santé Mentale disait : « *La psychiatrie de secteur, est-ce bien ou mal ? Moi, je réponds que ça dépend de ce qu'on y fait. Mais comment peut-on être contre ? Etre contre la psychiatrie de secteur dans sa définition, c'est être contre le fait de vouloir donner aux gens de quoi répondre mieux, au plus près possible, à leurs difficultés.* ». Le ministère a peut-être trouvé une solution pour rassembler les pour et les contre : il lui suffisait de maintenir le mot secteur dans le code de la santé publique sans s'embarrasser de sa définition.

Si la ministre se sent astreinte à quelques mots chargés de dissiper les craintes des « certains » attachés « au modèle précurseur qu'a pu constituer le secteur », qu'elle renvoie quand même par la même occasion à la légèreté des idéologues, c'est qu'une marge de manœuvre reste envisageable. Pas de quoi se réjouir comme l'IDEPP vient de le faire d'y voir garanti le sauvetage du secteur, puisqu'il ne suffit pas d'en agiter le nom, même désincarné, pour en certifier la pérennité. Si la mission de secteur inscrite dans la loi donne une chance de préserver un outil de soins essentiel à la continuité des soins en psychiatrie, c'est à la condition d'arrêter de l'affubler du caractère « de proximité » et de faire figurer explicitement que le secteur doit unir soins hospitaliers et prise en charge ambulatoire, grâce à des équipements et des équipes sous autorité du chef de secteur qui vient miraculeusement de ressusciter dans les propos de la ministre.

Les territoires sont généralement dotés de frontières : le congrès scientifique, au sein duquel les journées syndicales doivent cette année s'insérer – à moins que ce ne soit l'inverse – éclairera peut-être par son thème « Migrants » sur ce qu'il en est des passages de frontières. A l'heure de la globalisation, il est dit que les nouvelles formes de migrations préfigurent le 21^e siècle. Dans un environnement mondialisé, la lutte syndicale ne peut se replier derrière les frontières d'une réflexion simplement nationale, ou celles de positions commodément corporatistes : le SPH, loin d'être figé, a déjà diversifié ses modes d'actions, depuis des outils de communication renouvelés à des conditions de soutien de défense juridique des praticiens. Les liens pour ainsi dire génétiques avec la CPH le mettent au cœur des discussions actuelles au ministère autour du pacte de confiance et de la loi de santé : pénibilité, attractivité, représentativité, gouvernance hospitalière, tout en poursuivant la défense des praticiens dans le domaine de la protection sociale et de la retraite. Les thèmes plus spécifiques pour la psychiatrie des soins sans consentement ou de soins aux détenus occupent également largement les réflexions et productions du SPH.

De plus, face au risque d'isolement des praticiens, facteur de vulnérabilité comme le montrent les situations de contentieux de plus en plus fréquents entre praticiens et administrations hospitalières, ou malheureusement entre praticiens eux-mêmes à la faveur de la redistribution des rôles par la loi HPST, le SPH qui reste le 1^{er} syndicat de psychiatres hospitaliers en nombre d'adhérents, offre des espaces d'analyse et réponses collectives. Comme cette AG. Ou les réunions en régions dont on peut espérer une plus grande utilisation.

Les liens entre le SPH et sa partie scientifique, la SIP, ont cette année des conditions particulières de développement puisque le SPH tient pour la première fois son AG en coordination avec les journées scientifiques, ce qui peut déstabiliser... Vous devrez réaliser l'exploit de ne pas délaisser les ateliers syndicaux entre les conférences et les DPC. Nous comptons sur vous.

Dans ce lieu prestigieux, il faut déjà remercier l'équipe de la région PACA, terre historique de migrations, d'en initier l'expérience.

Je vous souhaite une bonne AG et un bon congrès.



MOTIONS SYNDICALES

3 octobre 2014

1. Organisation de la psychiatrie : réponses au projet de loi relatif à la santé

Le SPH réuni en Assemblée Générale à Avignon :

- Demande la reformulation de l'article « *Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* » : La même équipe pluri professionnelle de secteur psychiatrique assure la continuité des soins entre les prises en charge ambulatoires et l'hospitalisation, quel que soit leur mode, sur un territoire déterminé.
- Demande la reformulation de l'article 26 « *Groupements hospitaliers de territoires* » : Un Etablissement public de santé spécialisé en psychiatrie peut appartenir à plusieurs Groupements Hospitaliers de Territoires.
- Demande la reformulation de l'article 48 « *Gouvernance* » : Le Directeur nomme les chefs de pôle conformément à la proposition du Président de la CME, prise sur avis de la CME.
Le Directeur nomme les chefs de service conformément à la proposition du Président de la CME, après avis du chef de pôle.
- Demande la reformulation de l'article 24 relatif au partage d'information : Le SPH demande l'abrogation pure et simple de l'article 24 qui remet en cause le secret médical.

Motion votée à l'unanimité.

2. Temps de travail

L'arrêté du 8 novembre constitue une avancée considérable dans la reconnaissance du temps de travail des praticiens en astreinte.

Il apparaît que son application sur le terrain est soit inexistante, soit parcellaire et fait souvent appel à des dispositions dérogatoires non-conformes au texte de l'arrêté, en particulier sur l'application du repos de sécurité après le dernier déplacement.

La non application du texte est souvent liée à la question des moyens alloués aux établissements.

Le SPH demande à ce que cette question soit traitée au niveau national et non renvoyée à des rapports de force au sein des établissements.

Devant les difficultés que rencontrent les praticiens concernant leur durée de travail avec le risque de voir la durée maximale de 48 heures par semaine devenir la norme, le SPH demande que la définition d'une durée légale de travail à 39 heures (RTT incluses) pour les Praticiens Hospitaliers soit inscrite dans le Code de la Santé Publique.

Motion votée avec 2 abstentions, 2 votes contre.

3. Loi du 5 juillet 2011

Devant :

- La complexité croissante des procédures ;
- La précarisation des pratiques professionnelles liées aux diverses appréciations judiciaires ;
- La mise en danger des équipes soignantes et des patients lors des levées inopportunnes d'hospitalisation ;

Le SPH demande une profonde refonte de la loi du 5 juillet.

Motion votée à l'unanimité.

4. Questions statutaires

▪ **Droits syndicaux**

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

Le droit syndical doit ainsi être rénové :

- Les PH doivent bénéficier de mesures analogues à celles qui régissent les agents de la Fonction Publique Hospitalière.
- Les PH doivent bénéficier d'un crédit de temps syndical correspondant à des décharges d'activité de service attribuées aux représentants syndicaux mandatés sous la forme d'équivalents temps plein.

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

Le SPH demande que ces droits soient affirmés dans la Loi de Santé 2015.



▪ **ESPIC**

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

▪ **CET et prolongation d'activité**

Le SPH demande l'indemnisation du reliquat des jours de CET lorsqu'un PH s'est vu refuser une prolongation d'activité et qu'il n'a plus le temps d'utiliser son CET avant la limite d'âge.

La prolongation d'activité devrait être de droit, en prévision du recul de la limite d'âge initiée par la réforme des retraites et des négociations en cours.

▪ **Activités d'intérêt général**

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

▪ **Temps partiel**

Le SPH demande la proratisation du congé de formation en 9 jours annuels (au lieu de 6 actuellement).

5. Avenir professionnel des psychiatres de secteur public

⇒ Face à :

- ✓ L'infléchissement de la démographie médicale malgré les alertes itératives des syndicats ;
- ✓ A la territorialisation des parcours de soins ;
- ✓ Aux propositions des pouvoirs publics induites par la loi HPST ;
- ✓ Aux tentatives de prescriptions externalisées de notre exercice professionnel ;

⇒ Les psychiatres de secteur public sont force de propositions pour réaffirmer les principes fondamentaux de leur pratique et de leur cœur de métier.

⇒ Cette démarche passe par :

- ✓ La mise en place d'un groupe de travail spécifique au sein du syndicat ;
- ✓ L'élaboration d'une enquête diffusée à tous les psychiatres d'exercice public.

6. Soins aux personnes placées sous main de justice : au péril de l'actualité

⇒ Le SPH :

- ✓ Condamne la présence inacceptable en détention des personnes souffrant de troubles mentaux graves et encourage le recours à la suspension de peine pour raison médicale dès que l'indication en est portée.



- ✓ Exige que les moyens nécessaires soient attribués pour assurer les soins de consultations, niveau 1 du guide méthodologique, à travers l'organisation sectorielle au sein de l'établissement pénitentiaire.
- ✓ S'inquiète de la tendance permanente à l'abrasion du secret professionnel en prison et qui se précise dangereusement vers son abrogation dans l'actuel projet de loi de santé.

7. DPC

- ✓ Le SPH rappelle que les praticiens hospitaliers doivent avoir toujours accès à la formation médicale continue dont ils peuvent réglementairement bénéficier indépendamment du DPC. De plus, en aucun cas le budget dévolu à la formation médicale ne peut être exclusivement dévolu au seul DPC.
- ✓ Les budgets sont insuffisants (il faut augmenter les sources d'abondement de l'OGDPC et la part des établissements, stopper les détournement – paiement des remplacements de PH via l'ANFH).
- ✓ Il exige que l'indépendance du choix du thème de formation ou de DPC et l'indépendance du choix de l'organisme formateur soit réaffirmées et garanties.
- ✓ Il dénonce la complexité des systèmes d'inscription au DPC ainsi que leurs disparités selon les établissements et demande que les pouvoirs publics travaillent à la simplification et à la transparence de ces procédures.
- ✓ Le SPH réaffirme son attachement à la sanctuarisation des budgets dévolus à la formation et revendique de participer pleinement à leur gestion.
- ✓ Il demande enfin à être associé à l'élaboration des méthodes d'approfondissement des connaissances et d'analyse des pratiques. L'évolution de celles-ci doit permettre de se former dans des domaines nouveaux ou innovants et répondre aux spécificités du champ de la Psychiatrie.

8. Expertise médicale

- ⇒ Le SPH rappelle qu'historiquement l'expertise a été un élément fondateur de la pratique de la psychiatrie.
- ⇒ Aujourd'hui la mission d'expertise fait partie intégrante du travail du Praticien Hospitalier et doit rester une activité complémentaire pour éviter une professionnalisation d'un expert de métier.
- ⇒ Le cadre réglementaire fixé par le décret du 24 juillet 2014 autorisant la pratique expertale pénale pour les médecins hospitaliers dans leur temps de travail doit être étendu à l'ensemble des expertises.

Motion adoptée à l'unanimité.

9. Pédopsychiatrie

⇒ Etats généraux de la pédopsychiatrie

- ✓ L'atelier pédopsychiatrie a souligné l'importance de l'événement qu'a constitué la réalisation des Etats Généraux régionaux et nationaux de la pédopsychiatrie en 2014 organisés par l'API, la SIP, la SFPEADA et la FDCMPP avec la participation active des familles.
- ✓ De ces états généraux sont issues 10 propositions pour la pédopsychiatrie qui posent les bases de notre discipline, son nécessaire développement, le droit des usagers et de leurs familles d'avoir un accès aux soins. La psychiatrie demande un interlocuteur ministériel identifié pour la pédopsychiatrie ainsi que des instances de concertation territoriales.
- ✓ Le mouvement se poursuit : les 4 associations sont solidaires au sein du collège de pédopsychiatrie de la FFP.
- ✓ Ces 10 propositions ont été discutées durant l'atelier pour aller au-delà le l'aspect consensuel résultant d'un compromis entre 4 associations.
- ✓ La prolongation de la réflexion a mis en évidence, que, tout en maintenant l'ancrage dans la pratique sectorielle, il faut développer des unités de soins plus spécialisées de niveau 2 et 3 (en adéquation avec l'avancée des connaissances).

- ✓ Conformément aux propositions du SPH pour l'organisation des soins ces dernières années (niveaux inter et supra sectoriels).
- ✓ La formation fait partie des compétences des acteurs du secteur pédopsychiatrique.

⇒ **Motion**

- ✓ Le SPH, réuni en assemblée générale, soutient les 10 propositions pour la pédopsychiatrie issues des Etats Généraux de la Pédopsychiatrie.

Motion adoptée, 2 abstentions.

⇒ **La circulaire fait suite au plan autisme 2013-2017**

- ✓ La circulaire donne des instructions aux DGARS pour une organisation fluide et lisible du triptyque : repérage, diagnostic, interventions précoce de l'autisme et des TED. Elle développe l'un des 5 axes du plan.
- ✓ Les annexes détaillent des éléments cliniques et thérapeutiques ; fait exceptionnel dans les textes réglementaires.
- ✓ Elle fait enfin apparaître, mais sous un mode minime, le rôle des équipes de psychiatrie infanto juvénile dans le diagnostic et la prise en charge précoce de l'autisme.
- ⇒ Le SPH soutient l'intérêt de la précocité du diagnostic et de la prise en charge des enfants avec autisme ou autres TED ainsi que la nécessité de formation spécifique dans ce domaine.
- ⇒ Le SPH s'élève contre :
 - ✓ La conception développée dans cette circulaire qui s'appuie sur un modèle unitaire centré sur la clinique de l'autisme sévère.
 - ✓ Le fait que pour la tranche d'âge 18 mois - 3 ans il ne soit pas fait mention des diagnostics différentiels, essentiels dans l'approche clinique, et que l'enfant soit engagé d'emblée dans la filière TED.
 - ✓ L'absence de réflexion des pouvoirs publics, à l'occasion de cette circulaire, sur une re-répartition des financements du plan prenant en compte le rôle direct et de première intention des services de pédopsychiatrie publique.

PROJET DE LOI RELATIF A LA SANTE

Article 13

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

- 1° Au second alinéa de l'article L.3211-1, les mots : « tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence » sont supprimés ;
- 2° A l'article L.3211-2-3, les mots : « n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L.6112-1 » sont remplacés par les mots : « n'assure pas la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre II ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale en application de l'article L.3222-1 » ;
- 3° Le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi intitulé : « Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » ;
- 4° Les articles L.3221-1 à L.3221-4-1 sont remplacés par les dispositions suivantes :
 « Art. L.3221-1. - La politique de santé mentale à laquelle l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés, et notamment les établissements autorisés en psychiatrie contribue, est mise en œuvre par des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.



« Art. L.3221-2. - Dans le cadre du service territorial de santé au public mentionné à l'article L.1434-11 et afin de concourir à la qualité et la sécurité des parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques dans le respect des objectifs du plan régional de santé et du projet territorial de santé, des contrats territoriaux de santé sont conclus entre l'agence régionale de santé et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés afin de mettre en œuvre les actions coordonnées de prévention, de soins et d'insertion nécessaires au sein de chaque territoire mentionné à l'article L.1434-8.

« Art. L.3221-3. - I. - L'activité de psychiatrie comprend une activité de psychiatrie de secteur dont la mission est de garantir à l'ensemble de la population :

« 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, en lien avec le médecin traitant ;

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

« 3° La continuité des soins psychiatriques, y compris par recours à l'hospitalisation, si nécessaire en lien avec d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles en proximité.

« II. - Les établissements de santé assurant l'activité de psychiatrie de secteur participent au service territorial de santé au public.

« Art. L.3221-4. - I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L.6112-1, les établissements de santé assurant la psychiatrie de secteur. Il affecte à cet effet à chacun d'eux une zone d'intervention, de telle sorte que l'ensemble de la région soit couvert.

« II. - Chaque établissement ainsi désigné détermine dans le projet d'établissement mentionné à l'article L.6143-2 ou les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L.6161-2-2, les modalités d'organisation de cette activité au sein de la zone qui lui a été affectée.

« Art. L.3221-4-1. - L'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, menées par les établissements de santé mentionnés à l'article L.3221-4 et par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades agréées en application de l'article L.1114-1. » ;

5° Le chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi intitulé : « Établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement » ;

6° L'article L.3222-1 est ainsi remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L.3222-1. - I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'État dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre II ou de l'article 706-35 du code de procédure pénale.

« II. - La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé ainsi désigné exerce ces missions, est définie dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.

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

« IV. - Dans les établissements n'assurant pas le service public hospitalier, tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre II ou de l'article 706-35 du code de procédure pénale bénéficie des garanties prévues au I de l'article L.6112-2, conformément à l'article L.6111-1-2. » ;

7° L'article L.3222-1-1 A devient l'article L.3221-7 et est inséré après l'article L.3221-6 ;

8° Au premier alinéa de l'article L.3311-1, les mots : « du dispositif prévu à l'article L.3221-1 » sont remplacés par les mots : « des dispositifs mis en place dans le cadre de l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » ;

9° Le premier alinéa de l'article L.6143-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans les établissements désignés pour assurer l'activité de psychiatrie de secteur en application de l'article L.3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette activité au sein de la zone qui lui a été affectée. ».



ATELIER

QUESTIONS STATUTAIRES

Denis Desanges



Nomination – Affectation

- ⇒ Nomination du PH dans un EPS par arrêté du DG CNG (Art. R.6152-8).
- ⇒ Affectation sur un poste dans un pôle d'activité ou à défaut un service, une unité fonctionnelle ou une autre structure interne par le Directeur.
- ⇒ Aucun texte n'interdit au Chef de pôle le changement d'affectation d'un PH au sein même du pôle.

Cas particuliers :

- ⇒ Mutation interne au sein d'un EPS (Art. R.6152-11).
 - ✓ Il s'agit en fait d'une réaffectation. Le Directeur affecte un PH, déjà nommé dans l'établissement, dans un pôle d'activité, sur proposition du Chef de pôle et après avis du PCME.
- ⇒ Transformation d'un poste de PH temps partiel en poste de PH temps plein (Art. R.6252-9).
 - ✓ Lors d'une candidature du PH temps partiel occupant le poste, celle-ci est adressée par le Directeur de l'EPS au DG CNG accompagnée des avis motivés du Chef de pôle et du PCME. Le PH est ensuite nommé dans les conditions habituelles.

Procédure de suspension d'un PH

- ⇒ Suspension temporaire, à titre conservatoire, des activités cliniques, thérapeutiques et des fonctions institutionnelles en dehors d'une procédure disciplinaire.
 - ✓ Sur le fondement de l'article L.6143-7 du CSP, la jurisprudence administrative a reconnu au Directeur des EPS le pouvoir de suspendre les praticiens en dehors de toute procédure disciplinaire.
 - Art. L.6143-7 : « ... Le Directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ».
 - ✓ Décision du Conseil d'Etat, 24 juillet 2009, N° 296 641
 - « ... Le Directeur d'un CH peut légalement, lorsque la situation exige qu'une mesure conservatoire soit prise en urgence pour assurer la sécurité des malades et la continuité du service, décider, sous le contrôle du Juge et à condition d'en référer immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné, de suspendre ses activités cliniques et thérapeutiques au sein du CH... ».
 - ✓ La décision de suspension d'un PH prise par le Directeur du CH est temporaire, à titre conservatoire et non disciplinaire.
 - Au vu de la jurisprudence administrative, elle doit être motivée par des « circonstances exceptionnelles » et une « situation d'urgence » quant à la « sécurité des malades » et la « continuité du service » ou par un risque de « paralysie de fonctionnement du service » et de survenue de « graves incidents ».
 - Le Directeur doit en référer immédiatement au CNG, autorité compétente pour la nomination des PH.
 - Le CNG doit mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, les mesures appropriées :
 - ⇒ **Soit prononcer une mesure de suspension dans le cadre d'une procédure disciplinaire.**
 - ⇒ **Soit infirmer la décision du Directeur du CH.**
- ⇒ Suspension de la participation à la permanence médicale des soins (Art. R.6152-28).
 - ✓ Décidée par le Directeur.
 - ✓ Après avis motivé du PCME.
 - ✓ Le Directeur transmet sans délai sa décision au DG CNG.



- ⇒ Suspension en cas d'insuffisance professionnelle (Art. R.6152-81).
 - ✓ Lorsque l'intérêt du service l'exige, le praticien qui fait l'objet d'une procédure visant à la reconnaissance d'une insuffisance professionnelle peut être suspendu en attendant qu'il soit statué sur son cas.
 - ⇒ Suspension en cas de procédure disciplinaire (Art. R.6152-77).
 - ✓ Dans l'intérêt du service, le praticien qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être immédiatement suspendu par le DG CNG pour une durée maximale de 6 mois.

Cumul d'activité

⇒ La loi HPST du 21 juillet 2009 a rendu applicable à l'ensemble des personnels médicaux, le régime de cumul d'activité des fonctionnaires et agents publics non titulaires.

⇒ 3 types d'activités demeurent possibles, intégrés dans les obligations de service des PH :

- ✓ Les activités d'intérêt général (Art. R.6152-30).

Circulaire DH/PM1 n° 99-609 du 29 octobre 1999.

- Limitées à 2 demi-journées hebdomadaires.
- Nécessitent l'accord du Directeur de l'établissement et la signature d'une convention définissant :

- **Les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité.**
- **Et prévoyant, le cas échéant, le remboursement total ou partiel de l'hôpital.**

- Sont exclusives de l'exercice de toute activité libérale, si 2 demi-journées d'AIG.

✓ L'activité libérale (Art. L.6154-1 à 7, Art. R.6154-1 à 27).

- Limitée à 2 demi-journées hebdomadaires.
- Nécessite la signature d'un contrat entre le Directeur et le PH, transmis au DG ARS.

✓ Les missions d'expertises judiciaires ordonnées en application du Code de Procédure Pénale.

- Décret n° 2014-841 du 24 juillet 2014 relatif aux modalités de cumul d'activité des PH en cas d'exercice de missions d'expertise judiciaire ordonnées en application du CPP.
- Les praticiens hospitaliers, contractuels, assistants, attachés, cliniciens exerçant leur fonction à temps plein peuvent réaliser des « expertises pénales » pendant leurs obligations de service dans la limite de 2 demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de 4 mois. Cette activité est soumise à autorisation du Directeur.

⇒ L'article L.6152-4 du CSP (art. 19 de la loi HPST) soumet désormais l'autorisation du cumul d'activité des PH aux dispositions fixées par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires :

« les fonctionnaires consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées... »

Et par l'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique qui précise que :

« les administrations peuvent consulter une commission chargée d'apprécier la compatibilité avec leur fonctions précédentes, des activités que souhaitent exercer, en dehors de leur administration, des fonctionnaires devant cesser ou ayant cessé définitivement leurs fonctions par suite de la radiation des cadres, ou devant être placés ou ayant été placés en position de disponibilité... ».

⇒ Le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activité des fonctionnaires :

- ✓ Soumet le cumul d'activité à une autorisation délivrée par l'autorité dont relève l'agent.
- ✓ Cette activité « dite accessoire » ne peut être exercée qu'en dehors des obligations de service des intéressés.
- ✓ Précise la liste des activités accessoires pouvant être autorisées :
 - Expertise et consultation.
 - Enseignement et formation.
 - Activité à caractère sportif et culturel.
 - Activité agricole.
 - Activité de conjoint collaborateur.
 - Aide à domicile à un proche.

- Travaux de faible importance réalisés chez des particuliers.
- Services à la personne.
- Vente de biens fabriqués personnellement.
- Création ou reprise d'une entreprise industrielle, commerciale, artisanale, libérale ou agricole.

⇒ Art. L.6152-5-1 du CSP (art. 7 loi HPST).

- « Dans un délai de 2 ans suivant leur démission, il peut être interdit aux PH, ayant exercé plus de 5 ans à titre permanent dans le même établissement, d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyse de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement dont ils sont démissionnaires. Les modalités d'application du présent article sont fixées par loi réglementaire ».
- Aucun décret d'application de cet article n'a été promulgué.

La retraite progressive

⇒ 3 conditions :

- ✓ Avoir atteint l'âge d'ouverture des droits (60 ans pour les générations nées avant le 1^{er} juillet 1951).
- ✓ Totaliser une durée d'assurance d'au moins 150 trimestres.
- ✓ Exercer une seule activité professionnelle (inférieure ou égale à 80 %).

⇒ La retraite est calculée à titre provisoire.

⇒ Seule une partie de la retraite est versée en fonction de la durée d'exercice à temps partiel.

| Temps de travail | Montant de la retraite |
|------------------|------------------------|
| De 60 à 80 % | 30 % |
| De 40 à < 60 % | 50 % |
| < 40 % | 70 % |

Recul de la limite d'âge des Praticiens Hospitaliers

⇒ Limite d'âge fixée à 65 ans.

⇒ Recul de la limite d'âge de droit :

- ✓ 1 an par enfant à charge, à 65 ans, avec un maximum de 3 ans.
- ✓ 1 an pour tout praticien qui à 50 ans est parent d'au moins 3 enfants vivants.
- ✓ Ces 2 mesures ne sont pas cumulables.

⇒ Un PH ayant bénéficié d'un recul de la limite d'âge peut par la suite bénéficier d'une prolongation d'activité mais l'inverse n'est pas possible.

Prolongation d'activité

A partir de 65 ans ou à la suite d'un recul de la limite d'âge.

⇒ Concerne les PH, les praticiens contractuels, les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés et les praticiens adjoints contractuels, en position d'activité.

⇒ Durée : 36 mois maximum au-delà de la limite d'âge.

⇒ Sur demande auprès du Directeur du CNG (et simultanément pour les PH auprès du Directeur de l'établissement) 4 mois au moins avant la limite d'âge.

⇒ Elle n'est pas de droit mais accordée par le Directeur du CNG :

- ✓ Au vue d'un certificat médical d'aptitude physique et mentale.
- ✓ Par période de 6 mois minimum ou 1 an maximum.
- ✓ Après avis motivé du chef de pôle et du président de la CME.

⇒ Pour les PH, 3 mois au moins avant la limite d'âge : transmission au CNG par le directeur d'établissement des avis motivés (chef de pôle et pdt de CME) :

- ✓ De l'avis motivé du directeur ;
- ✓ Et du certificat médical.

⇒ 2 mois au moins avant la limite d'âge : notification de la décision par le directeur du CNG.

⇒ La mutation n'est pas possible durant la prolongation d'activité.



Prolongation d'activité – Renouvellement

- ⇒ Renouvelée par tacite reconduction, et pour la même durée, sous réserve de la production d'un certificat médical d'aptitude.
- ⇒ Non renouvellement par l'autorité administrative :
 - ✓ Le directeur du CNG notifie sa décision au praticien par lettre recommandée avec AR, 2 mois au moins avant l'échéance de la période en cours.
 - ✓ Après avis motivé du chef de pôle et du président de la CME.
 - ✓ Pour les PH, le directeur d'établissement transmet ces avis ainsi que son avis motivé au directeur du CNG, 3 mois au moins avant l'échéance de la période.
- ⇒ Non renouvellement par le praticien :
 - ✓ Informe le directeur du CNG, et pour les PH le directeur d'établissement, 2 mois au moins avant l'échéance de la période en cours.

« Pour un véritable droit syndical des Praticiens Hospitaliers » *Denis Desanges*

Le droit syndical des PH demeure limité à l'article R.6152-73 du CSP

- ✓ « Le droit syndical est reconnu aux praticiens hospitaliers. Ils peuvent créer des organisations syndicales, y adhérer, y exercer des mandats. Ils ne peuvent subir aucun préjudice ou bénéficier d'avantages en raison de leurs engagements syndicaux. Des autorisations spéciales d'absence sont accordées, par le directeur de l'établissement, dans des conditions fixées par arrêté du Ministre chargé de la Santé, aux représentants syndicaux des Praticiens Hospitaliers, dûment mandatés, à l'occasion de la tenue de congrès syndicaux, fédéraux et confédéraux, ainsi que de la réunion des instances nationales et régionales de leur syndicats lorsqu'ils en sont membres élus ».
- ✓ Le droit syndical des PH est embryonnaire. Ils devraient bénéficier de mesures identiques à celles appliquées aux agents de la Fonction Publique Hospitalière.

L'exercice du droit syndical des agents de la Fonction Publique Hospitalière

- ✓ Mise à disposition de locaux équipés.
- ✓ Autorisation de réunions syndicales dans l'enceinte de l'établissement, en particulier l' « heure mensuelle d'information syndicale ».
- ✓ Autorisation d'affichage de documents syndicaux sur des panneaux réservés à cet usage.
- ✓ Autorisation de distribution de documents syndicaux dans l'enceinte de l'établissement, mais en dehors des locaux ouverts au public.
- ✓ Autorisations spéciales d'absence (ASA) pour les représentants syndicaux :
 - Dans la limite de 20 jours par an pour les représentants nationaux, afin de leur permettre de participer aux instances nationales de leur syndicat ;
 - Auxquelles s'ajoutent des ASA pour siéger dans certains organismes tels l'ANFH ou le CNG ou pour participer à des réunions à l'initiative de l'Administration.
- ✓ Le crédit de temps syndical : il s'agit de décharges d'activité de service attribuées aux organisations syndicales sous la forme d'équivalents temps plein.
 - Ce crédit est évalué selon le nombre d'heures effectuées par les agents (1 heure pour 1 000 heures travaillées) et selon le nombre d'agents par établissement (ex : 100 heures par mois pour un établissement de 100 à 200 agents).
 - Ce crédit est attribué à chaque organisation syndicale selon le résultat des élections au CTE.
 - Pour un effectif de 48 000 PH, les mêmes règles aboutiraient à un crédit de temps syndical de 150 à 200 équivalents temps plein.
- ✓ Des mises à disposition à l'échelon national : 84 ETP.



Chapitre « Dialogue social » dans le projet de loi santé - art.47

- ⇒ Le droit syndical est garanti aux personnels médicaux, odontologues et pharmaceutiques des EPS.
- ⇒ Un décret en Conseil d'Etat prévoit la mise en œuvre des droits et moyens syndicaux.
- ⇒ Des critères de représentativité des organisations syndicales de praticiens sont définis :
 - ✓ Sont appelées à participer à des négociations avec les autorités compétentes au niveau national.
 - Les organisations syndicales ayant obtenu aux dernières élections du Conseil supérieur des personnels médicaux, au moins 10 % des suffrages exprimés au sein de leur collège électoral respectif.
 - Et au moins 1 siège dans au moins 2 sections de la CSN, pour les négociations concernant les PH.
- ⇒ La CSN est maintenue.
- ⇒ Un Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologues et pharmaceutiques des EPS est créé
 - ✓ But :
 - Institutionnaliser le dialogue social avec les praticiens à l'échelon national.
 - Représenter toutes les catégories de praticiens, titulaires, mais aussi contractuels et praticiens en formation, ce qui va nécessiter la mise en place d'élections spécifiques.
 - ✓ Composition :
 - Comprend des représentants des organisations syndicales représentatives, des ministres concernés et des établissements publics de santé. Son président est nommé par décret.
 - ✓ Rôle :
 - Est saisi pour avis des projets de loi, des projets de décret de portée générale relatifs à l'exercice des praticiens et des projets de statuts qui leur sont applicables.
 - Examine toute question relative à l'organisation des EPS, impactant la situation des praticiens, dont il est saisi, soit par les ministres compétents, soit à la demande écrite du tiers de ses membres à voix délibérative.



Commissions Régionales Paritaires : Décret n° 2013-843 et arrêté du 20 septembre 2013

- ⇒ Modification de leur composition :
 - ✓ Présidées par le DGARS, avec voix prépondérante.
 - ✓ 24 membres dont 12 représentants syndicaux, 4 représentants des directeurs d'EPS, 4 représentants des PCME, 4 représentants de l'ARS.
- ⇒ Elargissement de leurs missions.

La CRP est consultée par le DGARS sur :

- ✓ L'organisation de la PDS, le suivi des emplois médicaux, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des personnels médicaux.
- ✓ Les actions d'amélioration de l'attractivité de l'exercice médical dans les EPS.
- ✓ Les demandes de dépassement du plafond de progression annuelle du CET des PH et le bilan régional de la réalisation du TTA.
- ✓ L'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives :
 - À la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux.
 - À la gestion du temps de travail.
 - Au dialogue social, à la qualité de l'exercice et à la gestion des personnels médicaux.
- ✓ Le suivi des praticiens cliniciens.



Pour une durée légale du temps de travail des PH

Denis Desanges

1. Les obligations de service annuelles

- 207 jours de travail effectif ou 414 demi-journées (+ la journée de solidarité).
- 9 jours fériés.
- 104 samedis et dimanches.
- 25 jours de congés annuels.
- 20 jours de RTT.

A la fin de l'année, le directeur s'assure que les obligations de service des PH ont bien été accomplies, si non, la situation est régularisée :

- Soit par une reprise au titre des congés non pris ;
 - Soit par une reprise des droits épargnés sur le CET ;
 - Soit par une diminution des émoluments au titre de service non fait.
- La régularisation peut aussi avoir lieu à la fin du quadrimestre.
- Circulaire DHOS du 6 mai 2003.

2. Les obligations de service hebdomadaires et quotidiennes

- Service hebdomadaire fixé à 10 demi-journées (du lundi au samedi matin inclus).
- Durée de la demi-journée non précisée.
- Modalités d'accomplissement des obligations de service des PH précisées par le règlement intérieur de l'établissement.
- Bornes horaires du service quotidien de jour non précisées (seulement définies par le règlement intérieur, en règle générale 8H30 - 18H30).
- En temps continu, l'obligation de service hebdomadaire est calculée en heures, sans durée définie.

Article R.6152-26 et 27.

3. Durée hebdomadaire maximale

- Durée hebdomadaire maximale de travail fixée à 48 H, calculée en moyenne sur une période de 4 mois.
- Fixée par la Directive européenne 93/104/CE du 23/11/1993 puis la DE 2003/88/CE du 4/11/2003.
- Concerne tous les travailleurs de l'Union Européenne ; aucun travailleur de l'UE ne peut travailler plus.
- Correspond à un plafond de durée moyenne de travail comprenant les heures supplémentaires.
- Cette disposition, la plus défavorable concernant les travailleurs de l'UE, résulte de la simple transposition de la DE aux textes régissant les PH, sans attribution d'aucune mesure plus favorable.
- L'article 15 de la DE permet aux Etats d'introduire des dispositions plus favorables, ce qui n'a pas été le cas pour les PH.

4. Temps additionnel

- Sur la base du volontariat, le PH peut accomplir, au-delà de ses obligations de service hebdomadaire, un temps de travail additionnel qui peut être soit :
- Indemnisé :
 - TAJ : 317,55 € brut.
 - TAN : 473,94 € brut.
- Récupéré.
- Versé sur un CET.
- Par engagement contractuel pour une durée d'un an renouvelable et pour un volume prévisionnel de temps de travail additionnel déterminé par quadrimestre.
- Ou de façon ponctuelle.

Arrêté du 30 avril 2003.

5. Repos quotidien

- Le PH bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11H consécutives par période de 24H.
- Par dérogation, il peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24H.
- Elle doit être suivie immédiatement d'un repos d'une durée équivalente.
- Il peut être placé en astreinte pendant son repos quotidien.
- Au cours de la 2^{ème} moitié de la période de nuit, lorsqu'un ou plusieurs déplacements sont transformés en une demi-période de TA, le PH bénéficie du repos quotidien.
- Les hospitalo-universitaires bénéficient d'un repos de sécurité d'une durée de 11H constitué :
 - Dans les activités organisées en temps médical continu par une interruption totale de toute activité prise immédiatement après chaque garde de nuit.
 - Pour les autres activités, par une interruption de toute activité clinique en contact avec le patient.
- Le temps de soin accompli lors d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.
- Mais n'est pas inclus dans le décompte des obligations de service.
- Le service de nuit est compté pour 2 demi-journées.

6. Protocole du 22 octobre 2001

- La réglementation actuelle du temps de travail des PH fait suite au protocole signé le 22 octobre 2001 qui avait un double objet :
- Attribuer la RTT aux PH et permettre l'ouverture de CET.
- Appliquer aux PH la DE 93/104/CE :
 - En intégrant les gardes dans les obligations de service (le temps de garde ayant été reconnu comme du temps de travail par plusieurs arrêts de la Cour de justice européenne).
 - En instituant un repos quotidien.
 - En fixant une durée hebdomadaire maximale de travail de 48H en moyenne lissée sur 4 mois.

7. Les obligations de service : conséquences

- L'absence de durée légale de travail interdit la possibilité d'heures supplémentaires en-deçà des 48H.
- Aucun texte ne protège les PH d'une utilisation systématique par l'Administration de la borne des 48H.
- Elle pourrait être rendue exigible dans les obligations de service.
- L'absence de limite, autre que la durée maximale hebdomadaire dans les obligations de service des PH en temps continu, introduit une inégalité avec les PH en demi-journées qui ont une obligation de service de 10 demi-journées.

8. Quelques définitions

▪ Temps de travail effectif (selon le Code du travail)

La durée du travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et se conforme à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

Pour les PH, 2 catégories de temps de travail effectif :

- Inclus dans les obligations de service :
Service normal de jour, permanence sur place.
- Non inclus dans les obligations de service :
Temps de soin lors d'un déplacement en astreinte.

▪ Période de nuit

Toute période d'au moins 7H telle que définie par la législation nationale comprenant l'intervalle 24H - 5H (selon la Directive Européenne).

Tout travail entre 21H et 6H est considéré comme travail de nuit (selon le CT).



▪ Durée légale de travail

- La durée légale de travail effectif des salariés est fixée à 35H par semaine.
- Correspond à la rémunération de base des salariés.
- Seuil de déclenchement des heures supplémentaires.

Obtenir 20 jours de RTT n'est pas équivalent pour les PH à l'obtention d'une durée légale de 35H :

Il s'agit d'une mesure de réduction du temps de travail mais sans référence à une durée hebdomadaire

Le temps de travail des PH n'est pas régi par le Code du travail mais par des textes statutaires dont les dispositions sont en général plus défavorables.

▪ Heures supplémentaires

Toute heure travaillée au-delà de la durée légale de 35H.

Elles donnent lieu :

- A une majoration de salaire de :
 - 25 % pour les 8 premières heures (à partir de la 36^{ème} heure).
 - 50 % au-delà (dès la 44^{ème} heure).
- Ou à un repos compensateur majoré dans les mêmes proportions.

Toute heure supplémentaire accomplie au-delà d'un contingent annuel de 220H donne droit à un repos « supplémentaire » de 100 % dans les entreprises > 20 salariés (contrepartie obligatoire en repos).

▪ Période d'astreinte (selon le Code du travail)

Période pendant laquelle le salarié, sans être à la disposition permanente et immédiate de l'employeur, a l'obligation de demeurer à son domicile ou à proximité afin d'être en mesure d'intervenir pour accomplir un travail au service de l'entreprise. La durée de l'intervention est considérée comme temps de travail effectif.

9. Durées de travail : comparaison Code du travail / Statut du PH

| Durée du travail | Code du travail | Statut du PH |
|------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| Durée légale hebdomadaire | 35 H | Absence |
| Durée quotidienne maximale | 10 H | 24 H |
| Durée maximale hebdomadaire | 48 H | Pas de limite (car 48H en moyenne) |
| Durée maximale hebdo moyenne | 44 H / 12 sem. | 48 H / 4 mois |

10. Intérêt d'une durée légale pour les PH

- Une durée légale de 39H, compte-tenu de l'attribution de 20 jours de RTT, serait protectrice pour l'ensemble des PH car elle fixerait une obligation de service précise.
- Correspondant à la rémunération de base.
- Sans prendre le risque que ne soient exigés 48 H de travail pour cette même rémunération.
- Durée légale = seuil de déclenchement d'heures supplémentaires en-deçà de 48 H :
- Avec un 1^{er} niveau de majoration entre 39 et 48H.
- Et un 2^{ème} niveau au-delà des 48H.

11. Position de la CPH

- Tenter d'obtenir une durée légale pour tous les praticiens.
- Sinon :
 - Maintenir les obligations de service à 10 demi-journées.
 - ou à 39H lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu.

12. Le référentiel européen : la Directive Européenne (DE)

- Fixe des exigences minimales en matière de sécurité et de santé des travailleurs.

- Détermine des périodes minimales de :
 - Repos quotidien (11 H consécutives).
 - Repos hebdomadaire (24 H consécutives).
 - Congés annuels (4 semaines).
- Et une durée hebdomadaire maximale moyenne de travail de 48H, calculée sur une période de référence de 4 mois.
- Prévoit des dérogations : période de référence, dispositions plus favorables, opt out.



13. Le référentiel européen : l'opt out

- L'opt out ou clause de renonciation individuelle à la durée hebdomadaire maximale de 48H est prévue par la DE sous réserve du volontariat du travailleur.
- Mesure controversée : certains Etats y sont favorables, d'autres non (16 l'autorisent dont 11 seulement pour les gardes).
- Le temps additionnel des PH est une application de l'opt out et ne doit pas être confondu avec les heures supplémentaires prévues par le Code du travail qui se situent au-delà de la durée légale des 35H et en général en-deçà des 48H.

14. Le référentiel européen : proposition de révision de la DE (2004)

- Maintien de l'opt out, limité à 65H.
- Période de référence porté à 12 mois, par voie législative.
- Le délai de repos compensateur peut être accordé dans un délai de 72H.
- Instauration d'une nouvelle catégorie de temps de garde, la période inactive, temps durant lequel le travailleur, bien que disponible sur son lieu de travail, n'exerce pas son activité.
- La période inactive n'est pas comptabilisée comme temps de travail, à moins que la législation nationale n'en dispose autrement.

15. Le référentiel européen : quelques réactions

- 2004 : La Fédération Européenne des Hôpitaux (HOPE).
Présidée par le délégué général de la FHF souhaite une interprétation plus souple de la DE qui régit le temps de travail des PH.
- 2005 : Le Ministre de la Santé déclare :
« La totalité du temps de garde hospitalière restera considérée comme du temps de travail effectif et le délai maximum pour la prise du repos quotidien demeure fixé à 24H ».
(= Confusion du Ministre entre durée maximale de travail quotidien et délai de prise du repos compensateur qui doit être immédiat).
- Juin 2008 : Le Ministre de la Santé déclare :
« La France considère que les périodes inactives, sans être du travail effectif, ne peuvent être assimilées à du repos ».

16. Le référentiel européen : constat d'échec du processus de révision

- 27 avril 2009 : constat d'échec des négociations sur la DE entre le Conseil et le Parlement européens.
- Le parlement européen souhaitait la disparition progressive de l'opt out avec détermination d'une date limite.
- Faute d'un accord, la DE continue à s'appliquer.
- 24 mars 2010 : la commission européenne relance le processus de révision par une communication au Conseil et au Parlement européens.
- Le but est d'ouvrir des négociations entre les partenaires sociaux européens.
- Cette communication reprend les 4 points principaux de la proposition de révision de 2004. Pour les périodes de garde, elle propose de les comptabiliser différemment selon un principe d'équivalence.

17. Le référentiel européen : échec des négociations entre les partenaires sociaux européens



- 14 décembre 2012 : constat d'échec des négociations entre les syndicats de travailleurs européens et les organisations représentatives du patronat.

- 5 principaux points de désaccord :

- ⇒ Fin de l'opt out, demandée par les syndicats.

- ⇒ La définition du temps de travail et les périodes inactives de garde :

- Pour la DE, la définition du temps de travail est binaire (temps de travail/ temps de repos) :

Temps de travail : toute période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur et dans l'exercice de son activité et de ses fonctions.

Temps de repos : toute période qui n'est pas du temps de travail.

- Les temps de garde, périodes où le salarié doit rester disponible sur le lieu de travail, sont considérés par la CJUE comme du temps de travail indépendamment des prestations réellement effectuées durant ces périodes.
- Périodes inactives de garde : le patronat européen voulait introduire une 3^{ème} catégorie, le temps de garde inactif, considérant que les salariés ne travaillaient pas durant cette période.

- ⇒ Les congés annuels :

Le patronat demandait que les périodes de maladie ne soient plus prises en compte dans le calcul des congés annuels payés.

- ⇒ Le délai du repos compensateur :

Pour l'arrêt Jaeger, le repos compensateur doit être pris à l'issue de la période de garde, Le patronat demandait qu'il soit pris dans un délai « raisonnable ».

- ⇒ La période de référence de 4 mois :

Le patronat demandait l'extension de cette période à 12 mois.

- Du fait de l'échec des négociations, la directive européenne continue à s'appliquer.

18. Le référentiel européen : conséquence d'un éventuel abandon de l'opt out

- Si l'opt out était abandonné, l'orientation au niveau de l'UE serait de ne comptabiliser qu'une partie du temps de travail en garde.
 - Sous la forme de périodes inactives ou selon un principe d'équivalence.
 - Afin que toutes les lignes de garde puissent s'accomplir à l'intérieur de l'enveloppe des 48H hebdomadaires.
- Le travail en temps additionnel ne serait plus possible.

19. Griefs de la Commission Européenne concernant le non respect par la France de certaines dispositions de la DE



- Les conditions de recours à l'opt out par dérogation à la durée maximale du temps de travail hebdomadaire fixée à 48H ne répondent pas aux exigences de la DE :

- Absence de mesures contre la rétorsion, prévues à l'article 22.1.b : « Aucun travailleur ne peut subir de préjudice s'il n'est pas disposé à donner son accord pour effectuer un travail au-delà de 48H ».

- Garantie de l'accord libre du travailleur avec possibilité de retrait avec préavis raisonnable.

- L'inclusion du temps de travail effectif réalisé lors des astreintes dans le temps de travail additionnel couvert par l'opt out ne respecte pas le principe du choix préalable du praticien sur les modalités de prise en compte de ce temps de travail effectif.

- Soit dans le cadre de ses obligations de service.

- Soit en temps de travail additionnel.

- La réglementation du temps de travail et le décompte en 10 demi-journées des obligations de service ne garantissent pas le respect de la durée maximale de travail hebdomadaire.

20. Conséquence : modification par arrêté de la réglementation des astreintes

- Modification de l'arrêté du 30 avril 2003 - Art. 4, concernant le TTA :
 - La signature d'un contrat de TTA est prévue.
 - Mise en place de registres concernant le TTA.
 - Décompte en heures du TTA par plages de 5 heures correspondant à une demi-journée (5 heures de TTA = 1/2 journée).
- Modification de l'arrêté du 30 avril 2003 - Art. 4 et 14, concernant les astreintes à domicile :
S'inspirant du dispositif s'appliquant aux permanences sur place (gardes), l'arrêté prévoit que, dans le cadre des astreintes à domicile, le temps d'intervention sur place, lors d'un déplacement, et le temps de trajet sont considérés comme du temps de travail effectif qui est décompté **et** indemnisé.
- Décompte horaire :
 - Le temps d'intervention sur place est décompté en heure à hauteur du temps réellement effectué. Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour 1 heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieure à la 1/2 heure.
 - Le temps de trajet est décompté de manière forfaitaire pour 1 heure aller/retour. Quel que soit le nombre de déplacements réalisés au cours d'une période d'astreinte, la forfaitisation du temps de trajet est plafonnée à 2 heures au total.
 - Le temps de travail effectif est limité à 2 demi-journées par astreinte (intervention sur place + temps de trajet).
 - Le décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes est effectué à l'issue du quadrimestre et comptabilisé sous forme de plage de 5 heures.
- L'indemnisation de base est conservée. A l'indemnisation par déplacement se substitue 2 possibilités :
 - Le temps de travail effectif en astreinte est intégré dans les obligations de service : il est alors décompté par plage de 5H convertie en une 1/2 journée, et indemnisé à hauteur d'une 1/2 indemnité de sujexion (132,31 €) par plage de 5H.
 - Le temps de travail effectif n'est pas intégré dans les obligations de service : il est alors rémunéré à hauteur d'une 1/2 période de TTA de nuit (236,98 €) par plage de 5H.
- Par dérogation, les déplacements d'une durée de 3H d'intervention sur place font l'objet d'un décompte d'une 1/2 journée à laquelle s'ajoute l'indemnité de sujexion en cas d'intégration dans les O.S. ou d'une 1/2 période de temps de TTA de nuit si le temps de travail est rémunéré.
- Cependant, l'arrêté maintient la possibilité d'un système de forfaitisation de la rémunération et du déplacement :
 - Le directeur après avis de la CME peut décider pour une structure donnée, la mise en place d'une indemnisation forfaitaire de l'astreinte, au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujexion augmentée de l'indemnité forfaitaire de base quel que soient le nombre d'appel et le temps passé :
 - Forfait max. astreinte opération. : 132,31 + 42,13 = 174,44 €.
 - Forfait max. astreinte de sécurité : 132,31 + 30,54 = 162,85 €.
 - Dans des cas particuliers, ce forfait est fixé à 187,70 €.
 - Le temps passé fait cependant l'objet d'un décompte afin de contrôler si la limite des 48H hebdomadaires n'est pas dépassée...
- Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien.



DOSSIER PEDOPSYCHIATRIE

Les décisions de l'ATIH au préjudice de l'activité en psychiatrie infanto-juvénile

Docteur Nicole Garret-Gloane, vice-présidente du SPH

Les décisions de l'ATIH sont transmises à travers le « guide méthodologique de production du RIMP » édité et transmis aux DIM mais les décisions de ce guide ne s'appuient à notre connaissance, sur aucun texte réglementaire concernant la psychiatrie publique.

Nous examinons deux décisions majeures de 2012-2013 qui semblent s'imposer via l'ATIH aux établissements :

- 1- Le passage de l'ATTP (activité thérapeutique à temps partiel) sur l'ambulatoire.
- 2- La définition de demi-venues et de venues en hospitalisation de jour.

Il est utile de rappeler ce que recouvrent les notions d'hospitalisation de jour et d'ATTP en psychiatrie infanto-juvénile et de retracer leur évolution en fonction de la clinique et de l'augmentation des besoins.

HOPITAUX DE JOUR

• Histoire

Les hôpitaux de jour ont été créés sur autorisations des tutelles, à partir des demandes qui étaient déposées par les établissements. Ils ont été majoritairement créés dans les années 70 à 90, en général à partir d'une quinzaine de places, parfois le double mais divisées alors en sous-unités. Pour ce nombre de places figurait une dotation en professionnels : cadre de proximité, infirmier, éducateur, psychologue, orthophoniste et psychomotricien parfois.

La dotation en psychiatres des hôpitaux était souvent rapportée au secteur dans sa globalité et non à l'hôpital de jour, même si l'ouverture d'un hôpital de jour était l'occasion de la création d'un temps de psychiatre. X places correspondaient à X ETP de professionnels, même si aucun critère n'existe pour définir le ratio de professionnels et leur nature par place d'hôpital de jour en psychiatrie.

Les places, jusque dans les années 90, étaient occupées chacune par un enfant hospitalisé tous les jours de la semaine, avec une scolarisation sur ces temps (scolarisation dans des écoles ou classes associées ou plus rarement à l'extérieur).

Les taux de remplissage se réfèrent au nombre de jours ouvrés et se situent suivant l'âge des enfants - adolescents entre 55 et 60 % (moins important pour les adolescents plus fréquemment absents).

• Evolution

Les pratiques se sont modifiées sous la pression des considérations cliniques (évolution des symptômes et de leur repérage), scientifiques (meilleure connaissance des pathologies, affinement de l'évaluation diagnostique, diversification des thérapeutiques, ouverture sur le social), des usagers (demande importante d'inclusion des enfants et adolescents dans l'éducation nationale), de l'augmentation des files actives et du nombre d'enfants et adolescents relevant de soins.

Les conséquences ont été une diversification des réponses thérapeutiques, une réduction des temps directs de soins, une multiplication du nombre d'enfants et adolescents soignés, une orientation des professionnels vers des actes thérapeutiques multiples, s'étendant de l'ambulatoire à l'hospitalisation de jour.

Cette évolution est d'autant plus marquée que les secteurs sont moins dotés de moyens en particulier en place d'hôpital de jour. L'âge et les troubles des patients ont aussi un impact sur la durée de chaque temps de soin. Les adolescents et les petits enfants supportent mal des durées trop longues de soin. Les adolescents sont souvent absents au dernier moment, sans prévenir et demandent malgré tout un maintien de leurs soins. Plus les troubles sont marqués sur le plan comportemental et plus la durée d'une séance et le risque d'absence (retentissement sur le taux d'occupation) sont impactés. Le temps indirect est d'autant augmenté puisqu'un enfant/adolescent absent inopinément exige des démarches immédiates. Dans le cadre des graves troubles du comportement des adolescents, la présence de deux soignants par adolescent peut s'avérer nécessaire sur une durée limitée de soin.

Les professionnels des hôpitaux de jour ont depuis les années 1990-2000 deux à trois fois plus d'enfants/adolescents à soigner. En hôpital de jour, les enfants/adolescents sont hospitalisés soit à la demi-journée soit à la journée : pour 15 places en hôpital de jour, 45-50 enfants/adolescents peuvent être accueillis.

Les hôpitaux de jour sont organisés sur un temps fixe permettant la permanence de prise en charge de 9 heures à 17 heures mais prévoient souvent un temps de réunion des professionnels de 16 à 17 heures qui fait que les enfants quittent les lieux à 16 heures. Les demi-journées du matin incluent le temps de repas et sont d'une durée entre 3 et 6 heures, les demi-journées de l'après-midi commencent après le repas (impossibilité de faire venir autant d'enfants sur le temps de repas du fait du nombre et des durées de déplacement) et ne durent donc qu'environ deux heures.

Les professionnels passent dans la journée de groupes d'enfants à d'autres, et y associent des temps de réflexion, de rédaction, d'évaluation, de reprise, de contacts, de rencontres avec les familles, l'éducation nationale, l'ASE, etc.

Les modalités d'enregistrement de l'activité ne rendent pas compte de cette évolution et de la cohérence de la prise en charge : alors que l'activité par patient peut rester importante en volume si elle est réalisée sous des formes que ne prend pas en considération la nomenclature, elle apparaît fragmentée et réduite. Les séjours comportent moins de journées complètes, plus de demi-journées, fractionnés en venues ponctuelles, voire en consultations.

Pour ajouter à la contradiction, on notera que la facturation par les caisses d'assurance maladie continue de se faire à la journée même si le patient vient pour une demi-journée.

• CATTP

Si pour chaque enfant le temps d'hospitalisation de jour a diminué, l'accueil thérapeutique à temps partiel a considérablement augmenté. Nombre de secteurs, et particulièrement ceux moyennement ou sous-dotés, ont créé des CATTP, intermédiaires entre les hôpitaux de jour et les CMP.

L'indication thérapeutique de CATTP plutôt que celle de groupe thérapeutique est justifiée par la gravité de la pathologie (du comportement), à la nécessité d'apporter un travail soignant indirect important, à celle d'assurer la régularité de la prise en charge sur un projet qui souvent dépasse le trimestre pour atteindre l'année scolaire. Ce sont alors les infirmiers et éducateurs dont les postes ont été créés dans le cadre des hôpitaux de jour (rééducateurs et psychologues souvent associés) qui assurent ces soins. En effet, l'enregistrement sur une simple activité ambulatoire ne rend pas compte de ces modalités soignantes.

Le soin en CATTP constitue une évolution très profitable aux patients, mais il est particulièrement coûteux en temps indirect et en investissement auprès du patient. Il se déroule avec deux soignants, parfois de même

profession, parfois avec un rééducateur, supervisé par un psychologue. Compte tenu de toutes ces contraintes nécessitant un temps indirect conséquent et assurés le plus souvent par les professionnels des hôpitaux de jour, il est logique que les accueils en CATTP soient enregistrés en « demi-venues » d'hospitalisation de jour selon le guide méthodologique.

Lorsque les pathologies dont souffrent les enfants/adolescents relèvent du CATTP, les prises en charge demandent souvent l'intensité d'activité de celle de l'hospitalisation de jour mais sur un temps inférieur à celui d'une demi-journée.

PROBLEMES DE L'ENREGISTREMENT D'ACTIVITE EN VENUES ET DEMI-VENUES

Le guide méthodologique demande de faire passer l'ATTP à de l'activité ambulatoire et la demi-venue et la venue en hôpital de jour demandent une détermination horaire des prises en charge : ce mode d'enregistrement n'est pas adapté aux indications, aux évolutions cliniques, thérapeutiques et scientifiques du soin en psychiatrie infanto-juvéniles.

- Différences d'indications thérapeutiques

Les indications générales en hospitalisation de jour sont des pathologies psychotiques, des pathologies limites, des états névrotiques graves (phobies scolaires, anxiété majeure...), des troubles du comportement dans des contextes pathologiques mal déterminés (pour les adolescents en particulier) mais entravant leur insertion sociale (scolaire, parascolaire), des troubles des apprentissages avec des troubles associés... Le nombre d'enfants/adolescents dont les troubles sont associés à des difficultés environnementales, familiales est conséquent.

L'hospitalisation de jour sur la journée concerne plus souvent les enfants/adolescents du registre des troubles envahissants du développement ou ceux supportant mal l'alternance de deux lieux dans une journée.

L'hospitalisation de jour à la demi-journée avec repas est indiquée pour des enfants TED ayant évolué et dont l'inscription scolaire est plus aisée, les pathologies psychotiques, les pathologies limites.

L'hospitalisation de jour sans repas et les ATTP sont utilisés pour des enfants/adolescents à pathologie limite demandant des temps plus resserrés et plus contenants, aux troubles névrotiques graves, aux troubles des apprentissages complexes, aux troubles du comportement des adolescents qui ne supportent ni la durée ni les groupes larges.

L'ATTP se différencie des groupes thérapeutiques par l'intensité de la pathologie, la régularité de prise en charge sur une année scolaire, l'importance du travail indirect sur la semaine pendant l'absence de l'enfant/adolescent, la présence de deux professionnels, la reprise régulière avec un autre professionnel. L'ATTP peut se faire sur le lieu de l'hospitalisation de jour ou sur le CMP avec déplacement des infirmiers/ éducateurs.

- Problèmes

Les nouvelles décisions du guide en matière d'hospitalisation de jour posent problème pour l'enregistrement des patients qui sont hospitalisés moins de trois heures. Bien que pris en charge par le dispositif d'hospitalisation de jour dont ils relèvent sur le plan de l'analyse clinique et thérapeutique, ils sont cotés en ATTP ou en consultation et attribués à l'ambulatoire auquel les professionnels qui effectuent les soins ne sont pas référencés.

La base de la durée n'est donc pas un critère pertinent à lui seul.

L'hospitalisation de jour est un soin réalisé par les infirmiers/éducateurs sur la continuité, après bilan diagnostique, avec l'intervention éventuelle de rééducateurs, de psychologues et toujours en référence à un pédopsychiatre. Les rencontres avec les parents sont régulières et des liens sont faits avec les autres professionnels concernés (éducation nationale, ASE, justice...). Cette prise en charge s'adresse à des pathologies complexes, et demande une continuité, une réactivité, une disponibilité, des synthèses, des reprises, et un soin indirect conséquent. Elle diffère de l'ambulatoire qui mobilise moins de professionnels.

L'hospitalisation de jour en demi-journée ne peut pas se comptabiliser en nombre d'heures (la demi-journée du matin peut durer plus longtemps que celle de l'après-midi mais demander autant d'investissement dans la prise en charge).

Enregistrer l'ATTP comme une activité ambulatoire n'est pas adéquat du fait de la lourdeur de la prise en charge, du temps direct et temps indirect de soins qui mobilisent les soignants et ceux qui entourent le soin : en psychiatrie infanto-juvénile l'ATTP équivaut à un soin hospitalier.

PROPOSITIONS

Avec une psychiatrie sous budget global, l'hospitalisation de jour en psychiatrie demande pour être définie administrativement, un lieu et un équipement, ce qui ne traduit pas la diversité clinique des indications et des formes de prises en charge thérapeutique.

Le taux d'occupation (jours de présence patient/jours ouvrés places) est l'un des indicateurs utilisés pour suivre l'activité de la psychiatrie et établir l'adéquation des moyens.

Or, ces simples considérations ne coïncident pas avec l'évolution des formes de soins et de la fragmentation des séjours en psychiatrie infanto-juvénile : la majorité des patients y bénéficient de prises en charge séquentielles.

Pour rendre compte de l'affectation des ressources, il est nécessaire que la description comptable traduise également la diversification des prises en charge.

- Définir l'activité en hospitalisation de jour :

Il ne suffit pas de la durée pour caractériser l'hospitalisation de jour : pourquoi certains patients accueillis pour des durées inférieures à 3 heures (demi-venues) pourraient répondre malgré tout aux critères d'hospitalisation de jour ?

Les caractéristiques de la prise en charge en hôpital de jour tiennent dans :

- Le lieu.
- La régularité et la continuité.
- L'intensité.
- Les professionnels dispensant des soins.
- La pluri professionnalité des interventions.
- Le diagnostic, associé ou non à des manifestations comportementales, environnementales, sociales et l'indication médicale.
- La charge du travail indirect avec les partenaires, l'environnement, la famille (travail d'articulation).
- La responsabilité du suivi et l'exigence d'une permanence soignante même lors des absences du patient (cas des adolescents acteurs de fréquentes absences inopinées).

Pour déterminer l'inscription en hospitalisation de jour, la demi-venue devrait être au maximum de 6 heures et au-delà il s'agirait d'une venue : ce n'est pas la durée de base qui compte mais la durée maximale.

Le taux d'occupation n'a pas de valeur pour traduire l'utilisation des moyens : il ne rend pas compte de la multiplicité des séjours fragmentés (le taux maximal est plus facilement atteint par l'hospitalisation 5 jours sur 5 d'un seul patient que par dix patients sur une même place d'hôpital de jour sur une semaine).

En restant à la notion de 0-3-6 heures pour l'hospitalisation de jour, la situation des patients pris en charge moins de 3 heures et soignés suivant les critères d'hôpital de jour, doit être considérée sous la forme d'ATTP avec une cotation particulière référée à l'hospitalisation et cumulée aux demi-journées et journées. L'ATTP doit être référée à l'hospitalisation et non à l'ambulatoire.

Le taux d'occupation devra alors être référé au cumul des hospitalisations de jour et d'ATTP.

Un guide de recueil d'activité réalisé par des non professionnels à des fins comptables et gestionnaires, peut ainsi figer les processus cliniques et thérapeutiques, empêcher les évolutions qui avaient pourtant devancé et ouvert les cadres d'attribution des professionnels.

Soit les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile s'adaptent à ce choix technique et les soins ne répondront plus aux évolutions actuelles et nombre d'enfants/adolescents ne seront plus soignés faute de places, soit ils ne s'adaptent pas aux exigences de relevés chiffrés et le taux d'occupation des hôpitaux de jour tombera autour de 20 %.

Il est urgent d'inverser l'ordre des décisions afin que celles issues de l'ATIH soient au service du soin, en venant rendre compte de l'activité et faciliter le travail d'analyse et d'épidémiologie : ***l'institution chargée de l'analyse de l'activité médicale ne doit pas devenir ordonnateur du soin.***

Etats généraux de la pédopsychiatrie : dix propositions pour la pédopsychiatrie

Jacques Sarfaty

Introduction

La pédopsychiatrie est une discipline médicale à part entière, ouverte aux interrogations sociétale.

Elle s'adresse au bébé, à l'enfant, à l'adolescent en difficulté psychique et à leur famille.

Elle exerce une mission de service public à travers une organisation territoriale originale, le secteur, articulant la prévention, le diagnostic et le soin.

C'est un outil précieux, innovant porté par la créativité de ses équipes.

La pédopsychiatrie reconnaît la place essentielle des parents dans les soins pédopsychiatriques et défend la nécessité de leur libre choix qui seule permet des alliances constructives. Les parents doivent trouver accompagnement, soutien et réponse à leurs attentes.

Elle s'attache à mieux transmettre aux familles ses procédures diagnostiques et ses stratégies thérapeutiques en les rendant compréhensibles ainsi que les articulations respectives entre les différentes composantes du projet de soin.

Nicole Garret Gloanec

1. L'accès à la pédopsychiatrie doit être garanti, pour tous et sur tout le territoire à travers des structures de soins ambulatoires de proximité CMP et CMPP.

Cela impose :

De la part des pouvoirs publics :

- De traiter les inégalités territoriales.
- D'envisager un réajustement des moyens là où le délai d'accès aux soins est trop long faute de moyens.

De la part des services de soins :

- D'évaluer de manière concertée les priorités et la réponse aux urgences.
- D'améliorer les coordinations secteurs-CMPP.

2. L'accès à des soins plus spécialisés portés par des équipes de pédopsychiatrie doit être également garanti. Cela implique que les pouvoirs publics soutiennent le développement de dispositifs différenciés et spécialisés :

- Pour les bébés : des unités de psychiatrie périnatale en coordination avec toutes les maternités importantes et les services de PMI.
- Pour les adolescents : des consultations dédiées et des équipes mobiles d'intervention.
- Pour tous les enfants : des CATT, des hôpitaux de jour, des unités d'hospitalisation intensive en nombre suffisant pour qu'il n'y ait plus d'hospitalisation par défaut en pédiatrie ou en psychiatrie adulte.

Sylvie Champion

3. La pédopsychiatrie développe une approche multidimensionnelle prenant en compte l'enfant dans sa globalité, respectant son développement et ses potentialités évolutives. Elle s'appuie sur une pluralité des modèles de compréhension. Elle demande une reconnaissance de ses compétences diagnostiques et s'inquiète du découpage symptomatique ainsi que de l'inflation du recours à des centres experts.

4. La pluridisciplinarité est un outil indispensable pour l'exercice de la pédopsychiatrie.

Cela impose la reconnaissance de la compétence de ses professionnels et la revalorisation de leur statut.

Cela nécessite l'ouverture urgente d'une concertation avec les pouvoirs publics sur la diminution prochaine du nombre de pédopsychiatres afin de maintenir la responsabilité médicale des équipes.

Roger Teboul

5. Reconnaître à l'équipe de pédopsychiatrie le rôle de coordonnateur du projet thérapeutique. Cette coordination se fait en accord avec la famille pour garantir la cohérence du parcours de soin et en développant les complémentarités avec les autres services de l'enfance.

6. Reconnaître à l'équipe de pédopsychiatrie sa mission de prévention. Cette prévention n'est ni prédictive ni discriminante. Elle s'exerce en lien ou en direction des acteurs de première ligne ; elle s'appuie sur des dispositifs innovants (équipes mobiles, travail de liaison, maternité, pédiatrie, articulation avec l'école...).
7. Reconnaître et valoriser le travail de partenariat avec les acteurs des champs médical, scolaire, social et judiciaire, effectué par l'équipe de pédopsychiatrie. ».

Marie Michèle Bourrat

8. La pédopsychiatrie nécessite des professionnels formés. Cette formation différenciée doit prendre en compte tous les modèles et référentiels conceptuels. La clinique doit garder une place centrale ; le modèle de compréhension psychopathologique reste pertinent.
9. La pédopsychiatrie justifie la réalisation de recherches intégrées au travail de terrain en complément des recherches fondamentales. Les études de devenir et d'évaluation doivent s'élaborer à partir des équipes de pédopsychiatrie en association avec les équipes de recherches pour la mise en place d'un état des connaissances qui ne doit pas se résumer aux données de l' « Evidence-Based Medicine ». Ceci suppose que les professionnels de terrain aient la possibilité d'avoir une place spécifique de recherche.

Jacques Sarfaty

10. Fédérant l'ensemble des acteurs du champ de la pédopsychiatrie, réunissant le sanitaire et le médico-social, les Etats Généraux vont poursuivre leur action pour que la mobilisation des pédopsychiatres français aboutisse à de réelles mesures en accord avec les familles. Pour cela le comité de pilotage des Etats Généraux demande :
 - Un interlocuteur ministériel identifié au niveau de l'Etat.
 - L'organisation pérenne d'instances de concertation nationales, régionales et territoriales pour l'élaboration de la politique de soin et de prévention psychologique des enfants.

RÉFÉRENTIEL DU MÉTIER DE PSYCHIATRE

A. Psychiatrie et santé mentale

Avant de traiter des compétences sur lesquelles repose le métier de psychiatre, son champ d'exercice doit être clarifié. Cela suppose de préciser la distinction entre psychiatrie et santé mentale.

La santé mentale est une notion qui découle directement de la définition de la santé proposée par l'OMS. Reprise au niveau européen dans les conclusions de la conférence d'Helsinki de 2005, son objet dépasse très largement celui de la psychiatrie puisque la santé mentale prend en compte des aspects sociaux, éducatifs et environnementaux. La santé mentale vise au bien-être des individus.

La psychiatrie a un périmètre plus restreint. Elle contribue à la santé mentale grâce aux soins qu'elle dispense sans se confondre avec cette dernière. Ces soins s'adressent d'abord aux patients souffrant de maladies mentales avérées, mais aussi à ceux présentant un état de souffrance psychique.

Toutefois, seules les situations de souffrance psychique pour lesquelles la psychiatrie (au sens du psychiatre travaillant ou non dans le cadre d'équipes en charge du soin) est en mesure de proposer des réponses thérapeutiques pertinentes, individuelles ou institutionnelles, relèvent de cette discipline.

La prise en charge précoce de ces situations permet d'éviter qu'elles n'évoluent vers des situations pathologiques avérées et contribue ainsi à la prévention primaire des troubles mentaux.

B. Le tronc commun des compétences du psychiatre

Quelle que soit la situation clinique du patient, pathologie avérée ou souffrance psychique, le rôle du psychiatre est de dessiner des orientations thérapeutiques qu'il peut mettre en œuvre lui-même ou dont il peut juger plus opportun de confier la mise en œuvre à un autre professionnel de santé mentale.

B.I. Un abord clinique multiréférencé

Le métier de psychiatre consiste avant tout à soutenir constamment un abord multi-référencé du patient. Cela signifie que le psychiatre articule constamment au moins trois niveaux de lecture des troubles présentés par le patient :

Tout d'abord une démarche médicale qui va lui permettre de recueillir l'anamnèse ainsi que les signes et les symptômes présentés par le patient pour parvenir à un diagnostic en se fondant sur la clinique psychiatrique. Le diagnostic permet d'inscrire la pathologie du patient dans le cadre d'une nosographie.

Les signes et symptômes ainsi recueillis concernent tout autant le corps que les manifestations psychopathologiques. S'il n'intervient habituellement pas directement sur le corps, le psychiatre est médecin et sait en déchiffrer les manifestations. A ce titre, il peut contribuer au diagnostic différentiel des pathologies somatiques pouvant emprunter une expression psychiatrique bien qu'il ne les prenne généralement pas lui-même en charge au plan thérapeutique.

Ensuite, un abord psychopathologique permettant au psychiatre de décrypter les mouvements de la vie psychique du patient dans le cadre de la relation thérapeutique. Ce niveau de lecture se fonde sur divers modèles théoriques validés par l'ensemble de la profession. Il permet au psychiatre d'évaluer à la fois les fonctionnements du patient et l'évolution de ce dernier au cours des soins.

Enfin une analyse contextuelle permettant au psychiatre tout autant d'explorer la résonance du patient avec son environnement que d'ajuster sa position aux contraintes de l'entourage affectif, professionnel et culturel du patient, aux conditions de la demande de soins, aux impératifs médico-légaux ou judiciaires. Comme les deux précédents, ce troisième niveau repose lui aussi sur une analyse rigoureuse des relations que le patient entretient avec ses proches, permettant d'identifier les mécanismes à même de favoriser ou ralentir son évolution.

Au-delà de ces trois abords du patient constamment articulés, et qui renvoient au modèle bio-psycho-social, d'autres niveaux de lecture peuvent s'ajouter, soit en fonction des références théoriques du psychiatre, soit en fonction de publics particuliers.

B.II. Une stratégie thérapeutique inscrite dans la clinique

Cette lecture clinique multiréférencée permet une évaluation dans chacune des dimensions considérées, médicale, psychopathologique et environnementale ainsi qu'un pronostic sur l'évolution.

Il doit être souligné que l'une des principales spécificités du métier de psychiatre tient au fait que les dimensions cliniques et thérapeutiques de son travail sont étroitement liées.

Cette clinique multiréférencée permet en effet de mettre en évidence les processus psychiques à l'œuvre chez le patient et de repérer ses capacités de changements. C'est sur l'analyse rigoureuse des potentialités de changement du patient ainsi que de la nature de la demande de soins (ou de son ambivalence, voire de son refus) que se construit la stratégie thérapeutique du psychiatre.

La thérapeutique psychiatrique repose sur une diversité d'interventions qui ont pour but de favoriser la perception par le patient des déterminants de sa souffrance afin de dégager des processus de changement. Comme la clinique, ces interventions thérapeutiques se déploient dans le triple registre de la dimension médicale (prescription de traitements médicamenteux ou autres), psychopathologique (interventions psychothérapeutiques) et environnementale (conseils aux proches du patient, hospitalisation, arrêt de travail, thérapies impliquant les proches du patient, etc.).

Si les interventions thérapeutiques à la disposition du psychiatre se répartissent dans toutes ces dimensions, la stratégie thérapeutique se caractérise aussi par le fait de privilégier un niveau d'intervention par rapport aux autres, tout en renvoyant au patient la multiréférence dans laquelle le psychiatre inscrit son travail. C'est en favorisant ainsi un niveau d'intervention par rapport aux autres que le psychiatre aide le patient à se décaler des représentations qu'il a de lui-même et qui font obstacle à ses capacités de changement.

Dans certaines circonstances, la situation du patient ne permet pas de privilégier une dimension par rapport aux autres ; le psychiatre peut dès lors faire appel à un autre professionnel afin de mettre en œuvre une prise en charge à plusieurs, chacun des professionnels privilégiant un abord différent du patient. Dans de tels cas, les professionnels impliqués ne limitent pour autant pas leur travail à cette seule dimension. Il s'agit d'une hiérarchisation consistant à permettre à chacun de mettre l'accent sur une dimension particulière sans pour autant renoncer aux autres. Il s'agit d'un travail en synergie qui ne se réduit pas à une répartition des tâches entre professionnels.

Les capacités de changement du patient sont réévaluées à l'occasion de chaque consultation, de sorte que la démarche thérapeutique sera ajustée au fil des consultations. Toutefois, une consultation unique permet déjà de mettre en avant une des dimensions de la multiréférence, voire de mettre en œuvre une ou plusieurs interventions thérapeutiques dans la dimension ainsi privilégiée. C'est ce que l'on observe par exemple en psychiatrie de liaison.

La première rencontre avec le patient consiste donc à la fois à mettre en place ces différents niveaux de lecture de la clinique et à déterminer dans quelle dimension le psychiatre va prioritairement inscrire ses interventions, ce qui constitue le premier temps thérapeutique. On voit donc à quel point la méthode clinique, faite d'écoute du patient, de son discours, d'analyse de son lien aux autres et dans la situation d'entretien, est étroitement liée en psychiatrie à la thérapeutique.

Cette première rencontre est cruciale pour le déroulement des soins, y compris en urgence comme dans le cadre des urgences, tant il est évident que le patient ne donnera suite à la prise en charge qui lui est proposée que s'il ressent de son côté qu'il est pris en considération d'une manière qui ne se limite pas à un abord strictement médical de son trouble mais prend en compte la singularité de son histoire et de son vécu.

Ce qui vaut ici pour le patient vaut également pour les personnes de son entourage quand ces dernières sont à l'origine de la demande de soins, notamment quand il s'agit des familles. Il importe pour le succès des soins qu'elles se sentent aussi prises en compte, même si en apparence les demandes sont contradictoires.

B.III. Une position particulière du diagnostic

Comme dans l'ensemble de la démarche clinique en médecine, il est indispensable pour le psychiatre de rechercher le diagnostic du trouble présenté par le patient dès la première rencontre. La recherche d'un diagnostic, qui pourra être l'objet de ré-élaboration au fil de la prise en charge, correspond à la dimension médicale de la clinique.

A la différence de ce qui s'observe régulièrement en médecine somatique, le diagnostic ne peut suffire à déterminer les modalités de la prise en charge thérapeutique. Comme exposé plus haut, la stratégie thérapeutique s'élabore avant tout à partir du repérage des capacités de changement du patient, qui repose lui-même sur l'intégration des données cliniques issues de tous les niveaux de lecture.

Cette particularité qui tient à la complexité du fait psychique et des déterminants de la pathologie mentale explique la réserve des psychiatres devant l'élaboration de consensus professionnels. Les recommandations décrivent des conduites à tenir relativement standardisées devant des situations cliniques essentiellement caractérisées par le diagnostic, à l'instar de ce qui est promu pour l'ensemble de la médecine somatique. En négligeant la multiréférence clinique propre à la psychiatrie, ces recommandations postulent implicitement que les possibilités de changement d'un patient sont équivalentes à celles d'un autre patient à diagnostic identique, ce qui constitue une approximation qui ne répond pas à la réalité de la clinique en psychiatrie quelle que soit par ailleurs la rigueur méthodologique apportée à leur élaboration.

Dès la première rencontre ou au cours de la prise en charge, le patient peut exprimer une interrogation sur son diagnostic. Délivrer ou non le diagnostic au patient est une question qui s'articule directement au point précédent : il ne peut valablement être énoncé que dans la mesure où la connaissance de ce diagnostic favorise les possibilités de changement du patient ou soutient la relation de confiance et la poursuite des soins.

B.IV. Un rapport particulier au champ social

Le métier de psychiatre s'inscrit dans le cadre de tensions entre des positions contraires, ce qui le rend moins lisible pour le public que d'autres spécialités médicales.

A partir de l'expérience subjective et singulière du patient, le praticien construit de manière rigoureuse une analyse clinique intégrant l'objectivité des connaissances médicales, les apports des différents modèles psychopathologiques validés par la profession et l'analyse de l'environnement du patient. La complexité de cette approche clinique, articulant la subjectivité du patient à des connaissances objectives pour parvenir à des réponses très diversifiées, est parfois difficile à saisir par le public. La société attend généralement de la psychiatrie qu'elle procède comme la médecine par diagnostics et traitements codifiés.

Le champ social est lui-même traversé par des intérêts contradictoires : la liberté du patient se trouve parfois en butte aux craintes, voire aux préjugés de la société et le psychiatre doit tenir compte de l'une comme de l'autre. Comme tout médecin, le psychiatre souhaite avant tout que le patient s'approprie les soins qui lui sont proposés mais la société lui délègue par ailleurs le pouvoir unique en médecine d'imposer une hospitalisation. Le psychiatre cherche à préserver ou restaurer la liberté du patient mais peut se trouver dans l'obligation de la limiter temporairement, ce qui pose des problèmes éthiques propres à sa discipline.

Dans son rapport au champ social, le psychiatre est également confronté aux mécanismes de stigmatisation de certaines catégories de patients. Il doit en tenir compte dans sa pratique, dans sa relation au patient et à ses proches, mais aussi plus largement pour lutter contre ce phénomène.

Le psychiatre entretient une réflexion critique sur sa pratique et sur l'organisation globale des soins en santé mentale. Face au patient, il ne peut pas prétendre savoir ni pouvoir tout faire. Il doit savoir éventuellement ne pas répondre à la demande du patient telle qu'elle est formulée en expliquant ce qu'il propose en des termes accessibles aux patients. Le psychiatre doit demeurer conscient de la fonction qu'il occupe dans le système de santé et dans le *socius*, qui est d'avoir le souci du soin dû aux patients mais aussi de son entourage et de la société. Cette fonction sociale du psychiatre peut l'amener à prendre position sur des sujets de société impliquant sa discipline, à défendre les conditions de sa pratique et les patients concernés. S'il est amené à prendre position par rapport à un patient donné c'est en respectant les règles déontologiques, en particulier du secret médical.

C. Compétences en fonction des pratiques

L'exercice de la psychiatrie offre une grande diversité de pratiques dont la description peut s'organiser selon deux axes principaux : d'une part une description des pratiques ordonnée à l'organisation des soins (service d'hospitalisation, consultation en CMP ou en cabinet de ville, psychiatrie de liaison en hôpital général, consultations dans un service d'urgences, travail dans un établissement médico-social, etc.), d'autre part une description des pratiques en fonction de la prise en charge de publics particuliers, que ces derniers se caractérisent par l'âge (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie) ou par un comportement (addictologie).

Les compétences nécessaires à la prise en charge de publics particuliers seront étudiées dans le chapitre suivant. Ce chapitre décrit les compétences que le psychiatre doit mettre en œuvre en fonction de la place qu'il occupe dans le système de soins.

Les compétences décrites dans le chapitre précédent ont été rassemblées sous le terme de « tronc commun » parce qu'elles sont toutes mobilisées quel que soit le patient pris en charge et quelle que soit la place du psychiatre dans

le système de soins. Les compétences développées dans ce second chapitre sont celles qui lui permettent de tenir sa place dans l'organisation générale des soins.

Elles font donc aussi partie du socle de compétences commun à tous les psychiatres mais seront plus ou moins développées par chaque psychiatre selon ses choix de pratiques et le déroulement de sa carrière. Elles doivent être acquises à la fin de la formation initiale afin que le jeune professionnel puisse s'insérer dans les différents dispositifs de soins.

Le fait de distinguer ces compétences dans ce chapitre souligne en outre l'importance de l'organisation des soins en psychiatrie pour l'efficacité des prises en charge. En effet, si le psychiatre doit mettre en avant certaines de ses compétences selon son mode d'exercice, encore faut-il que le système de soins préserve la diversité des pratiques pour que les patients pris en charge puissent bénéficier de l'intégralité des compétences de la communauté professionnelle.

La place du psychiatre dans le système de soins ne se caractérise pas seulement par le lieu dans lequel il exerce (service d'hospitalisation, CMP, cabinet de ville, etc.). Elle est caractérisée par plusieurs dimensions dans lesquelles le psychiatre doit se repérer afin de mettre en œuvre les compétences nécessaires à l'efficacité des soins.

Dans cette perspective, pas moins de sept dimensions doivent être considérées afin de décrire aussi complètement que possible les compétences du psychiatre :

1. **Le mode d'exercice**, qui est la dimension dépendant le plus étroitement du lieu d'exercice : psychiatre de secteur en unité d'hospitalisation et en CMP, éventuellement chef de service ; psychiatre libéral en cabinet, parfois en établissement de soins privés ; psychiatre exerçant dans une institution médico-sociale.
2. La nature des **partenaires impliqués** dans la prise en charge : autres médecins, psychiatres ou non, équipe de soins, partenaires du service social, de la justice...
3. La **temporalité** de la prise en charge, qui peut être ponctuelle lors d'une expertise, immédiate en service d'urgences, à court terme en établissement de soins privé ou bien au long cours dans le secteur public, le médico-social ou en cabinet de ville.
4. Le **mode de relation** au patient qui dépendra lui-même de l'âge du patient (enfant, adulte, personne âgée), de l'origine de la demande de soins (à la demande du patient, de son entourage, du fait d'une injonction judiciaire ou de soins sous contrainte), et de la situation du patient (patient handicapé, en situation de précarité, sous main de justice).
5. Le **cadre des soins** qui peut être ambulatoire, institutionnel à temps partiel ou une hospitalisation.
6. La **pénibilité** de la prise en charge éprouvée tant par le patient (anxiété majeure, contention temporaire, etc.) que par le psychiatre (patients difficiles, opposants, voire dangereux).
7. **L'évaluation** des processus de soins, à des fins de santé publique mais aussi dans toute recherche clinique.

Se repérer et s'ajuster dans chacune de ces dimensions suppose pour le psychiatre de mettre en œuvre diverses compétences qui vont être maintenant précisées.

C.I. Compétences selon le mode d'exercice

C.I.1. Exercice en cabinet libéral

L'exercice en cabinet n'est isolé qu'en apparence. En effet, le psychiatre libéral doit se construire son propre réseau de soins à partir des ressources locales : secteur psychiatrique, établissements de soins privés, collègues psychiatres libéraux ou non, institutions médico-sociales, mais aussi médecins généralistes ainsi que tout le réseau scolaire et social pour prendre en charge les enfants et les adolescents. Il peut aussi être en lien avec d'autres spécialistes de ville ou des services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique des hôpitaux généraux et de l'hospitalisation privée.

A la différence de son collègue de secteur, le psychiatre de cabinet dispose de davantage de liberté dans le choix de ses partenaires mais la permanence et l'accessibilité de ce réseau de soins ne lui sont pas garanties par l'institution, de sorte qu'il se doit de l'entretenir à la fois par une bonne connaissance des possibilités de prise en charge de ses partenaires mais surtout une disponibilité envers ces derniers pour s'inscrire dans des prises en charge coordonnées. Par ailleurs, le psychiatre exerçant en cabinet doit faire preuve d'autonomie, ce qui suppose non seulement des connaissances étendues mais aussi une certaine souplesse de fonctionnement afin de s'adapter à des situations imprévues. Il est amené à suivre les mêmes patients que ceux qui sont suivis par le secteur, mais à des moments différents de leur parcours de soins. Il lui faut donc mesurer les limites de ses interventions si l'état clinique du patient nécessite un autre cadre de soins.

Le psychiatre d'exercice libéral prend en charge une population variée et exerce généralement à la fois la pédopsychiatrie pour enfants et adolescents, la psychiatrie pour adultes et la gérontopsychiatrie.

Le cabinet de ville est un cadre propice à l'exercice de la psychothérapie qui constitue une grande partie des demandes de soins. Le psychiatre exerçant en cabinet doit avoir de solides compétences dans ce domaine ; elles reposent à la fois sur sa formation en psychopathologie, une formation spécifique parallèle à sa formation universitaire et une supervision au cours des premières années d'exercice.

Le psychiatre exerçant en cabinet ne peut pas s'appuyer sur les ressources proposées par l'institution pour son Développement Professionnel Continu et doit donc aussi faire preuve d'autonomie dans ce domaine afin d'entretenir et développer les compétences propres à ce mode d'exercice, le plus souvent grâce à des supervisions cliniques et la participation à des groupes de pairs.

C.I.2. Psychiatrie de secteur

La psychiatrie de secteur se superpose en partie à l'exercice en cabinet, notamment en ce qui concerne l'exercice en CMP, dans le cadre duquel il doit faire preuve de la même autonomie. Dans ce cadre, il peut également être amené à conduire des psychothérapies et doit présenter les mêmes compétences que son collègue de cabinet.

Toutefois, la psychiatrie de secteur se distingue assez radicalement de l'exercice en cabinet du fait que le psychiatre alterne généralement plusieurs modes d'exercice : CMP, unité d'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel (hôpitaux de jour, CATTP), psychiatrie de liaison... En outre, il collabore généralement avec d'autres psychiatres, dont il doit parfois organiser le travail s'il est chef de secteur, et avec des équipes de soins. Cela le confronte à utiliser des compétences propres à ces différents domaines.

C.I.2.a. Collaborer avec d'autres psychiatres et d'autres praticiens de spécialités diverses

Si la diversité des pratiques psychiatriques et la complexité des prises en charge amènent tout psychiatre à collaborer avec des collègues, même lorsqu'il est apparemment isolé dans son cabinet, cette collaboration est quotidienne en psychiatrie de secteur.

Elle suppose une parfaite connaissance des vocabulaires techniques, une capacité d'ajuster sa position au cas par cas selon les caractéristiques de chaque prise en charge, qui repose elle-même sur une capacité de se distancier de ses propres options théoriques afin de construire une position commune dans l'intérêt de la prise en charge (intervision).

C.I.2.b. Collaborer avec des équipes de soins

La capacité de collaborer avec des équipes de soins suppose une parfaite connaissance des différents métiers de la santé mentale.

En psychiatrie de secteur, le psychiatre a un rôle de coordination des soins réalisés au sein de l'équipe, cette dernière étant elle-même composée de professionnels par rapport auxquels il peut ou non se trouver en position hiérarchique. Au-delà de ses compétences médicales propres, cet aspect du travail sera mieux assuré s'il est étayé par des notions de psychologie collective et de psychosociologie.

L'institution est un outil fondamental du soin psychiatrique qui nécessite constamment un travail spécifique afin de ne pas devenir iatrogène. Ce travail est constitué par une réflexion permanente sur les interactions entre les pathologies des patients et le fonctionnement de l'équipe. La psychothérapie institutionnelle fournit des outils précieux pour alimenter cette réflexion, que ce soit en unité d'hospitalisation de secteur, en établissement privé de soins, en hôpital de jour et généralement en tous lieux où les soins sont réalisés par une équipe.

C.I.2.c. Exercer des responsabilités institutionnelles

Le psychiatre de secteur est très souvent amené à exercer des responsabilités institutionnelles. Outre les compétences nécessaires au travail en équipe qui viennent d'être décrites, notamment la responsabilité institutionnelle dont il est alors le garant, le psychiatre doit faire preuve dans cette fonction d'une aptitude au leadership et d'un goût de la transmission. Il exerce ses responsabilités dans un contexte institutionnel plus large, de la cité à l'agence régionale de santé en passant par le centre hospitalier. Une bonne connaissance des textes régissant le fonctionnement de ces institutions, les diverses obligations légales pour l'amélioration et la qualité du soin, les contraintes médico-économiques, les instruments pour y parvenir, les diverses instances dans lesquelles les usagers et les représentants politiques ont leur place est indispensable pour mener des projets, les inscrire dans une politique sanitaire et médico-sociale.

C.I.2.d. Savoir recruter des collaborateurs

Le psychiatre de secteur peut également être amené à recruter des collaborateurs, ce qui suppose, au-delà de la connaissance des différents métiers de la santé mentale, une capacité non seulement d'évaluer le fonctionnement de l'institution mais surtout de l'anticiper, tout en tenant compte des contraintes cliniques, institutionnelles et administratives.

C.I.3. Psychiatrie médico-légale

La psychiatrie médico-légale est inscrite dans la psychiatrie de secteur comme un élément spécifique, intersectoriel, régional et parfois interrégional. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, sont des services hospitaliers implantés en établissement pénitentiaire et rattachés à un établissement de santé.

L'exercice de la psychiatrie dans ces dispositifs repose sur les mêmes théories, les mêmes références que celles en œuvre en psychiatrie de secteur généraliste mais les conditions doivent tenir compte de la réalité du milieu pénitentiaire, des lois et des règles qui le régissent, des conditions de vie des patients et de l'importance de certaines pathologies, comportements, de certains contextes.

Une connaissance précise des textes de lois s'appliquant à ce lieu et à ces patients détenus, une capacité à bien discerner le cadre sanitaire et ses propres lois et règles (en particulier le secret professionnel) est nécessaire, tout comme des compétences professionnelles à faire face à des situations de tension liées à la promiscuité, à certaines formes de communication et d'expression accentuées du fait du contexte.

La psychiatrie médico-légale s'exerce dans les unités hospitalières sécurisées à vocation interrégionale (UHSI), les unités pour malades difficiles (UMD) accueillant, entre autres, les patients non responsables pénalement, elle demande des compétences comparables à celles nécessaires pour l'exercice en SMPR.

C.I.4. Psychiatrie médico-sociale

Près de la moitié de l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile se situe dans le secteur médico-social associatif. Les compétences requises du psychiatre responsable dans les établissements et services correspondants sont très proches de celles exigées du psychiatre de secteur ayant un rôle de coordination des soins réalisés au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il lui est demandé en sus une aptitude particulière à maintenir une dimension soignante dans un milieu institutionnel qui a plutôt en vue la compensation du handicap, alors que son temps de présence diminue de plus en plus et que lui-même n'est pratiquement jamais en position hiérarchique favorable dans l'institution.

Une bonne connaissance du secteur associatif, de la législation et de la réglementation particulière au secteur du handicap est vivement recommandée. La difficulté à maintenir l'indépendance professionnelle du psychiatre ne doit pas être sous-estimée. Cette dernière constitue en effet, avec la démographie psychiatrique en berne, un des principaux facteurs de désertification médicale de ce secteur.

C.I.5. Exercice en établissement de soins privé

Les compétences du psychiatre exerçant en clinique privée psychiatrique recoupent largement celles mises en œuvre dans le cadre de l'hospitalisation à temps plein dans le cadre du secteur, notamment en ce qui concerne la collaboration avec les équipes de soin.

Les cliniques privées proposant des prises en charge dont la durée est généralement limitée à quelques semaines, le psychiatre doit ici proposer des soins qui ne constituent qu'un temps d'une trajectoire de soins cohérente. La capacité de collaborer avec d'autres médecins, psychiatre ou non, est donc ici essentielle. En effet, les patients sont souvent suivis par plusieurs psychiatres au cours de leur hospitalisation en établissement de soins privé mais, surtout, le séjour dans l'établissement doit s'articuler aux interventions du médecin généraliste ou du psychiatre qui prenait en charge le patient avant l'hospitalisation et qui le reprendra généralement en charge à sa sortie.

C.II. Compétences selon les partenaires

De manière générale, les compétences que le psychiatre va mettre en œuvre lorsque la prise en charge implique d'autres partenaires reposent sur une connaissance précise de sa place ainsi que sur le fait de défendre les intérêts du patient. Ces compétences peuvent se décrire selon les cas de la manière suivante :

C.II.1. En responsabilité de direction

Animer et diriger une équipe peut nécessiter un complément de formation en administration et en économie de la santé. Le psychiatre doit cependant conserver son rôle de médecin.

C.II.2. Partenaires médecins non psychiatres

Le psychiatre est l'interlocuteur privilégié de l'équipe de soins avec les autres médecins. Au-delà de ses connaissances médicales propres, il doit aussi observer les règles de déontologie et de confraternité. Ses qualités de dialogue, son aptitude à animer un réseau de professionnels sont déterminantes pour parvenir à une transmission satisfaisante des informations médicales qui nécessitent d'être partagées dans l'intérêt du patient.

Le cas particulier de la relation entre psychiatre et médecin du travail doit être souligné tant les situations de souffrance au travail augmentent en nombre. Face à un patient convaincu du caractère réactionnel de sa souffrance et ayant avant tout besoin de la faire reconnaître, la difficulté que rencontre ici le psychiatre est de parvenir à initier un questionnement sur les déterminants de cette souffrance sans que le patient se sente pour autant menacé que cette souffrance ne soit pas reconnue.

C.II.3. Partenaires du service social

Si les qualités de médiation du psychiatre sont essentielles ici, c'est avant tout le respect de la confidentialité due au patient qui constitue dans ce cas le principal enjeu. Le psychiatre doit parfaitement se repérer dans les questions touchant au partage du secret médical. Il doit en outre préserver son indépendance professionnelle.

Dans le cadre de la réhabilitation sociale, l'ensemble des actions est centrée sur l'autonomie et l'acquisition de l'indépendance dans la communauté. Les buts sont déplacés du soin sur l'insertion et le diagnostic est celui des capacités fonctionnelles de la personne souffrant de troubles psychiques sur les plans des habiletés sociales, de l'autonomie, des capacités professionnelles... Les compétences complémentaires sont celles d'une bonne connaissance du monde du travail et de la problématique d'inclusion progressive de ces patients.

C.II.4. Partenariat avec la justice

Ici encore les questions touchant au partage du secret médical et à l'indépendance professionnelle sont centrales mais le psychiatre doit aussi avoir de bonnes connaissances en psychiatrie légale. Il doit connaître les modalités et les limites des réquisitions ou des signalements, bien mesurer les conséquences médico-légales des certificats qu'il est amené à rédiger.

Une initiation aux pratiques expertes est nécessaire dès la formation initiale mais la formation continue est essentielle pour maintenir à jour ses connaissances en psychiatrie légale. La fonction d'expert doit s'appuyer sur un exercice clinique et ne peut constituer un exercice exclusif.

C.III. Compétences selon la temporalité de la prise en charge

La temporalité de la prise en charge va mobiliser des compétences différentes selon sa durée. Quatre cas de figure peuvent se distinguer ici.

C.III.1. Temporalité ponctuelle

Il s'agit d'une temporalité caractérisée par une intervention unique, ou limitée à quelques interventions, dans un but défini. Cette situation se rencontre le plus souvent dans le cadre des expertises mais aussi de la victimologie, de la psychiatrie de catastrophe.

Le psychiatre doit s'attacher ici à clarifier le cadre de son intervention pour le patient mais doit aussi se montrer capable d'engager avec lui une relation dans laquelle la neutralité et l'empathie sont essentielles.

C.III.2. Temporalité immédiate

Il s'agit des situations telles que le travail en service d'urgences ou en psychiatrie de liaison, caractérisées par la nécessité de définir rapidement une orientation du patient vers d'autres dispositifs de soins. Cette temporalité exige du psychiatre une capacité d'évaluer rapidement la situation clinique ainsi qu'une bonne connaissance des ressources sanitaires locales.

Si le traitement est ici surtout symptomatique, il vise aussi à mettre en place les conditions de soins à plus long terme, en installant la lecture clinique multiréférencée décrite dans le chapitre précédent.

C.III.3. Temporalité à court terme

Il s'agit de prises en charge dont il est convenu d'emblée qu'elles ne dureront que quelques jours ou quelques semaines sans possibilité de se prolonger à long terme et qui sont organisées en vue de soins complémentaires dans le cadre d'une prise en charge déjà instituée par ailleurs. Il s'agit le plus souvent de l'hospitalisation d'un patient déjà suivi en ambulatoire dont l'état clinique s'aggrave et ne permet plus son maintien à domicile. Il peut s'agir aussi de soins particuliers dans le cadre d'une prise en charge plus globale (sevrage en cas d'addiction par exemple). Il arrive également que le patient soit déjà hospitalisé mais soit adressé à une autre unité d'hospitalisation pour recevoir un traitement qui ne pourrait pas être proposé dans son unité d'origine (sismothérapie, prise en charge dans une Unité de Malades Dangereux, etc.).

Hormis les hospitalisations visant à administrer des traitements spécifiques qui ne sont pas pratiqués dans toutes les unités de soins, ces hospitalisations peuvent se réaliser aussi bien dans le cadre du secteur qu'en établissements de soins privés. Pour ces derniers, elles constituent l'essentiel de leur activité.

Dans ce cadre temporel, le psychiatre doit à la fois assumer pleinement la responsabilité de la prise en charge durant le temps pendant lequel le patient lui est confié tout en restant conscient des limites de son intervention. Il articule ses interventions à celles qui ont été faites en amont et à celles qui sont déjà prévues en aval, contribuant ainsi à une trajectoire de soins cohérente, les soins à court terme proposés au patient ne constituant qu'un temps particulier d'une prise en charge plus durable.

C.III.4. Temporalité à long terme

Il s'agit ici de la temporalité propre au suivi au long cours des patients dont la pathologie nécessite une prise en charge constante, le plus souvent en ambulatoire. Ce type de temporalité s'observe aussi bien dans les prises en charge réalisées dans le secteur qu'en cabinet libéral ou dans le secteur médico-social.

Le psychiatre est alors le référent de la prise en charge. Il entretient l'alliance thérapeutique avec le patient et son entourage. Il travaille avec le patient afin de favoriser chez ce dernier la conscience de sa pathologie et de son évolution.

Lorsqu'il travaille en équipe il doit veiller à soutenir la mobilisation des autres professionnels et déjouer les effets iatrogènes de l'institution tout autant que les éventuels effets pathogènes de l'organisation du travail sur les professionnels.

Ces compétences propres à ce type de suivi s'acquièrent dès la formation initiale par la possibilité de prendre en charge des patients de manière prolongée en CMP, par d'éventuels remplacements en cabinet libéral, en établissement ou en service médico-social et par une sensibilisation aux psychothérapies.

Au regard de l'importance de ce type de prise en charge quels que soient les cadres de pratiques, la formation continue des psychiatres doit privilégier ce champ de compétences.

C.IV. Compétences selon le mode de relation aux patients

Le mode de relation au patient nécessite des ajustements de la part du psychiatre qui sont rendus possibles par la mise en œuvre des compétences suivantes :

C.IV.1. Relation aux mineurs

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'inscrit dans la psychiatrie générale au sens où les compétences requises pour prendre en charge les enfants doivent être acquises dès la fin de la formation initiale.

Toutefois, notamment pour les situations cliniques difficiles, ces compétences doivent généralement être approfondies, ce qui est permis soit par le DESC de pédopsychiatrie au niveau de la formation initiale, soit plus tard dans la carrière par un compagnonnage avec des collègues pédopsychiatres. Ces aspects seront développés dans le chapitre suivant. Indépendamment de ces compétences complémentaires, tout psychiatre pouvant être amené à recevoir un enfant ou un adolescent doit être en mesure de s'ajuster à la place particulière des parents dans la relation de soins. Il doit également connaître les pathologies spécifiques à cet âge de la vie ainsi que les aspects légaux particuliers aux mineurs.

C.IV.2. Relation avec les adultes

La prise en charge de patients adultes requiert plus spécifiquement une bonne connaissance de la législation sur les soins sous contraintes ainsi que de leurs effets cliniques et thérapeutiques.

C.IV.3. Relation avec les familles

Une formation aux thérapies familiales et systémiques peut compléter utilement les compétences du psychiatre amené à recevoir la famille d'un patient, qu'il soit mineur ou majeur.

C.IV.4. Patients en injonction ou obligation de soins

La prise en charge de ces patients nécessite une bonne connaissance des textes légaux concernés mais aussi une compétence relationnelle permettant au patient de se réapproprier la démarche de soins qui lui est initialement imposée. Les caractéristiques cliniques relevant de ces injonctions de soins sont à bien connaître tant dans le cadre diagnostique que thérapeutique.

C.IV.5. Relations avec les personnes handicapées

La compétence du psychiatre doit ici s'enrichir de l'expérience des manifestations déficitaires des troubles psychiques ainsi que des effets psychiques des troubles somatiques et de la souffrance psychique liée aux handicaps physiques. Il doit également développer une empathie particulière pour s'ajuster au vécu de patients dont il est parfois plus difficile de percevoir le monde intérieur.

La législation spécifique aux personnes handicapées, notamment en matière d'accessibilité des lieux de soins et de participation à la vie de la cité, doit être mieux connue.

C.IV.6. Patients en situation de précarité

Il existe une clinique particulière de la dépression et de la psychose des personnes en situation de précarité qui doit être connue par le psychiatre, de même que les parcours de ces personnes, les difficultés d'accès aux soins qu'ils peuvent rencontrer et les mécanismes d'auto-exclusion qui peuvent être à l'œuvre dans ce cas.

Ces compétences se complètent d'une capacité de travail en commun avec les équipes sociales en charge de ces personnes, telles que le SAMU social et les structures d'hébergement d'urgence.

C.V. Les cadres du traitement

Quel que soit le cadre du traitement, ambulatoire, institutionnel à temps partiel ou hospitalisation, le psychiatre doit parfaitement connaître les traitements de références tels qu'ils sont décrits dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Les connaître ne signifie pas les appliquer de manière mécanique puisque, non seulement ils nécessitent inévitablement des ajustements au cas par cas comme partout en médecine mais en outre les choix thérapeutiques en psychiatrie dépendent avant tout des capacités de changement de chaque patient, comme cela a été exposé dans le chapitre précédent.

C.V.1. Ambulatoire

Au-delà de cette connaissance des références professionnelles, le cadre de soin ambulatoire ne nécessite pas de compétences autres que celles déjà décrites plus haut dans la description des compétences selon les modes d'exercices.

C.V.2. Institutions à temps partiel

L'utilité des outils de la psychothérapie institutionnelle pour entretenir la motivation des équipes et prévenir les effets iatrogènes des institutions de soins doit être rappelée ici.

C.V.3. Hospitalisation

Du point de vue des compétences du psychiatre, le cadre de soin hospitalier se superpose au précédent.

C.VI. Pénibilité des prises en charges

C.VI.1. Pénibilité pour le patient

Comme partout en médecine, les prises en charge peuvent parfois présenter une pénibilité à des degrés divers pour le patient, qu'elle soit en rapport avec les effets secondaires de certains traitements médicamenteux (notamment neuroleptiques), aux craintes suscitées par des traitements autres que médicamenteux (sismothérapie), aux émergences émotionnelles en rapport avec les processus psychothérapeutiques.

Mais il existe aussi une pénibilité propre aux soins psychiatriques, telle que la privation temporaire de liberté (hospitalisation sous contraintes, isolement, contention), ou la crainte de la stigmatisation qui s'attache encore aux patients pris en charge par la psychiatrie.

La prise en compte de cette pénibilité est au cœur des préoccupations des professionnels. Chaque psychiatre en est conscient, en tient compte et met en œuvre tout ce qu'il est possible de faire afin de l'atténuer.

C.VI.2. Pénibilité pour le psychiatre

Certaines prises en charge sont particulièrement éprouvantes pour le psychiatre : ce sont les situations où les contradictions liées à la multiréférence deviennent difficile à gérer du fait de l'émergence d'une violence généralement en rapport avec des pathologies pouvant pousser le patient à des attitudes opposantes, voire agressives.

Par ailleurs, la saturation actuelle du système de soins conduit à un risque d'épuisement professionnel quasi-général tant pour les psychiatres que les équipes de soins qui, quelles que soient les pathologies prises en charge, peut conduire à des contre-attitudes néfastes au patient.

Que l'on se trouve dans le cas de patients particulièrement difficiles ou d'un épuisement lié à la surcharge du système de soins, le psychiatre doit développer des compétences particulières pour faire face à ce type de situation.

Pour prévenir l'épuisement des équipes, une compétence en psychopathologie du travail peut s'avérer une aide précieuse. Les outils de la psychothérapie institutionnelle, la délibération collective des prises en charge en associant les soignants, la rotation des personnels constituent également une prévention efficace de l'épuisement des équipes. Pour les psychiatres, la capacité réflexive sur sa pratique grâce au partage des responsabilités entre collègues, au compagnonnage, et surtout, à une conscience nette de ses propres limites professionnelles sont des compétences indispensables dans ce type de situation.

C.VII. Évaluation des soins, amélioration des pratiques et formation

Historiquement réservée aux études cliniques à des fins de recherche, l'évaluation des soins prend une place toujours croissante dans le travail des psychiatres pour alimenter la réflexion des administrations gouvernant les politiques de santé, de sorte que les compétences autrefois réservées aux psychiatres participant à des recherches sont désormais attendues d'un nombre toujours croissant de psychiatres.

Ces compétences reposent sur des connaissances à la fois scientifiques (épidémiologie psychiatrique, méthodologie de recherche clinique) mais aussi administratives et réglementaires (politiques de santé mentale, législation sanitaire), voire économiques.

Elles donnent lieu à des procédures dans le cadre de la certification des établissements, dans le développement professionnel de tous les psychiatres quel que soit leur exercice. La place des associations scientifiques est essentielle et demande aux psychiatres de développer des compétences en formation personnelle mais aussi en tant que formateur, superviseur.

Elles reposent aussi sur des savoir-faire tels que la réalisation d'enquêtes.

A l'heure actuelle, ces compétences ne sont attendues que des psychiatres en position de responsabilité institutionnelle. La place sans cesse plus importante de l'évaluation des soins dans les discours administratifs laisse cependant penser que ces compétences iront en se généralisant chez les psychiatres comme chez tous les autres médecins.

En conclusion de ce chapitre, il convient encore une fois de souligner que toutes les compétences envisagées demeurent communes à l'ensemble des psychiatres. Elles n'ont été distinguées du tronc commun de compétences décrit dans le chapitre précédent que parce qu'elles sont plus ou moins sollicitées selon la place occupée par le psychiatre dans le dispositif de soins.

Il faut rappeler que cette place ne se résume pas à un mode d'exercice, encore moins à un poste dans une unité de soins. Il s'agit d'une place particulière à chaque prise en charge, donc pour chaque patient, qui ne se repère précisément que de manière multidimensionnelle selon les différents axes qui viennent d'être présentés. Enfin, ce chapitre met en évidence l'intérêt pour chaque psychiatre de travailler dans différents modes de pratiques, que ce soit simultanément ou à différents moments de sa carrière, dans la mesure où ce mode d'exercice mixte est le mieux à même de lui permettre d'exercer l'ensemble de ses compétences ainsi que de mieux savoir évaluer l'impact de ses actions thérapeutiques.

D. Compétences complémentaires en fonction de publics particuliers

Ce chapitre concerne l'exercice de la pédopsychiatrie, de la gérontopsychiatrie et de la psychiatrie des addictions. Ces trois modes d'exercices font l'objet de DESC et supposent donc des compétences complémentaires par rapport au tronc commun des compétences du psychiatre.

L'exposé de ces compétences complémentaires nécessite préalablement de clarifier la spécificité de ces pratiques.

D.I. Situation de la pédopsychiatrie, la gérontopsychiatrie et la psychiatrie des addictions

La distinction entre psychiatrie générale et gérontopsychiatrie ou pédopsychiatrie d'une part, psychiatrie générale et addictologie d'autre part, n'est pas de même nature : la pédopsychiatrie et la gérontopsychiatrie se spécifient sur les plans clinique et thérapeutique du fait de la tranche d'âge des patients concernés alors que l'addictologie met l'accent sur un comportement.

En pédopsychiatrie, la tranche d'âge court de la naissance à l'âge adulte, période du développement dont les étapes doivent être connues dans la théorie et la pratique. Il en découle une sémiologie propre à l'enfant, une prise en considération de la relation de l'enfant à son environnement quant à sa construction psychique, une approche et une organisation spécifiques des soins.

En gérontopsychiatrie, les caractéristiques liées à l'âge telles que l'involution, les atteintes somatiques, la proximité de la mort, demandent une approche différenciée. La fragilité somatique du sujet, sa vulnérabilité psychique, la nature des pathologies, en particulier neuro dégénératives, et le polymorphisme de leurs expressions sont à l'origine d'une clinique particulière. La sensibilité à l'environnement est importante. Les traitements et leur organisation doivent s'adapter à ces particularités.

L'addictologie modélise le processus morbide à partir des mécanismes de dépendance. Si l'addictologie n'est certes pas toute entière contenue dans la psychiatrie, les pathologies addictives sont d'authentiques troubles psychopathologiques dans lesquels s'intriquent les phénomènes de dépendance, avec la souffrance psychique qu'ils génèrent, et souvent des troubles psychiatriques avérés, primaires ou secondaires. Leur prise en charge nécessite un cadre de soins au long cours, évolutif, avec de multiples intervenants. La place du psychiatre est centrale tant par son apport théorique et clinique que par sa capacité à se positionner à côté d'autres acteurs dans un travail en réseau. On voit donc que les particularités de prise en charge de ces trois pratiques demeurent inscrites dans la psychiatrie générale, raison pour laquelle nous proposons de les désigner par les termes suivants : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie de la personne âgée et psychiatrie de l'addiction.

D.II. Analyse des spécificités

En dépit de leurs particularités propres, ces trois pratiques peuvent cependant toutes être caractérisées selon trois axes : tout d'abord le contexte, l'environnement, le cadre et le lieu de vie du patient ; ensuite les expressions cliniques ; enfin les approches thérapeutiques.

D.II.1. Le contexte, l'environnement, le cadre et lieu de vie

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'enfant ne peut être soigné isolément : il existe dans une famille ou son substitut. En outre, l'enfant demande rarement des soins de lui-même. Non seulement le consentement parental doit être obtenu mais en outre les parents sont étroitement impliqués dans les soins. L'environnement familial, l'histoire longitudinale, transgénérationnelle sont à prendre en compte.

L'inscription de l'enfant et de l'adolescent dans son milieu habituel, représenté par l'école et son milieu de vie, sont tout à la fois le lieu de l'expression de la souffrance et un lieu à prendre en considération bien davantage qu'en psychiatrie générale.

La psychiatrie de la personne âgée est également caractérisée par la nécessaire prise en compte de l'environnement. La stabilité de ce dernier, l'isolement affectif et social fréquent avec tous ses retentissements, l'impact de la perte d'autonomie, le poids de la vie en collectivité, sont autant de facteurs qui doivent être soigneusement évalués dans la prise en charge.

La place de la famille, des « aidants », leur âge et leur disponibilité sont à considérer. Parallèlement au degré des altérations cognitives et aux symptômes psychiatriques, tous ces éléments contribuent aux décisions thérapeutiques, notamment en cas de maintien au domicile.

La vie en collectivité génère des comportements plus ou moins bien tolérés, qui seraient considérés comme pathologiques dans un autre cadre. Le travail du psychiatre consiste à identifier le trouble des conduites, à en analyser le sens relationnel ou le rapport avec une pathologie, à apporter des réponses auprès du patient et de l'équipe. Cette pratique demande des connaissances spécifiques à cette tranche d'âge, une maîtrise des dispositifs à mobiliser et une capacité d'échange avec les professionnels associés à la prise en charge.

La psychiatrie de l'addiction entraîne des conséquences spécifiques sur l'environnement du patient. La personne souffrant d'addiction évolue souvent dans un contexte qui alimente sa pathologie. Les conduites de l'environnement social influent en retour sur son état. La désinsertion sociale est à la fois un facteur et une conséquence de certains comportements addictifs.

D.II.2. Les expressions cliniques

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le symptôme doit être éclairé par une bonne connaissance du développement en fonction de l'âge indispensable pour en évaluer l'intensité et le retentissement ainsi que la construction psycho-affective, cognitive et fonctionnelle. L'anamnèse reprend tout à la fois les événements somatiques, psychiques, environnementaux propres à l'enfant et à sa famille.

Les analyses cliniques, les bilans mis en œuvre afin de parvenir au diagnostic, utilisent des approches, des tests et des échelles différenciés et adaptés à l'enfant et l'adolescent (dessins, jeux, etc.). La recherche du diagnostic s'intègre dans une réflexion psychopathologique globale, de même que l'élaboration des diagnostics différentiels ou la mise en évidence de l'intrication de pathologies développementales, psychiatriques et somatiques.

Les pathologies sont différentes de celles de la maturité.

La psychiatrie de la personne âgée expose une clinique propre à cet âge en rapport avec les remaniements liés à des transformations physiques et mentales du vieillissement normal et pathologique, l'émergence des maladies neuro dégénératives associant altérations cognitives et manifestations psychiatriques, le vieillissement des sujets psychotiques et enfin les éventuelles pathologies psychiques, organiques et iatrogènes intriquées à ces remaniements. Ces différentes expressions cliniques nécessitent des connaissances particulières.

Une approche pertinente du symptôme et la prise en compte du contexte, notamment de l'état somatique, sont ici essentielles. L'évaluation clinique suppose la connaissance des effets du vieillissement, de la possible disjonction entre les capacités corporelles, sensorielles et cognitives ainsi que des modifications des capacités d'adaptation liées à l'âge (par exemple reconnaître comme défensive la restriction des investissements et ne pas l'interpréter systématiquement comme dépressive).

La reconnaissance des signes cliniques et de leurs conséquences sur l'ensemble de la personne (c'est-à-dire sur la qualité de vie, l'autonomie et les relations avec les proches), l'élaboration d'un diagnostic sans négliger les diagnostics différentiels, exigent une capacité d'appréhender la place du symptôme dans le fonctionnement de la personne âgée qui repose sur des compétences spécifiques. Il en va de même quant à la capacité de recourir à des bilans complémentaires (cognitifs, biologiques, d'imagerie médicale) permettant d'éclairer la compréhension et l'évaluation des processus en cause.

En psychiatrie de l'addiction, la clinique se manifeste essentiellement par des conduites de dépendance à l'égard des produits et/ou par des comportements addictifs. L'addiction inscrit le symptôme dans un modèle complexe, multifactoriel dans lequel des approches biologiques, somatiques, sociales et psychopathologiques tentent de s'articuler.

L'évaluation de l'état psychique et somatique ainsi que de l'environnement constitue un préalable à l'élaboration du diagnostic et à la mise en place des soins.

La psychiatrie apporte ici un éclairage psychopathologique complémentaire qui peut être considéré soit comme global soit limité aux comorbidités selon qu'elle intègre ou non le modèle de compréhension des addictions.

La question des diagnostics différentiels est tributaire de ces différentes conceptions.

D.II.3. L'approche thérapeutique, l'organisation du soin, le réseau

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent relève d'un dispositif protéiforme. Le travail thérapeutique est pluridisciplinaire et multidimensionnel. Les dimensions pédagogique, éducative et rééducative interviennent concomitamment à la dimension thérapeutique dans une pratique de soins intégrative.

Ces soins sont essentiellement dispensés par les services de pédopsychiatrie. Inscrits chacun dans leur territoire, ils proposent une porte d'entrée constituée par les Centres Médico-Psychologiques (CMP). Autour du CMP, chaque service organise un réseau de soins dans lequel la place des partenaires est bien identifiée.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent recourt peu à l'hospitalisation, la grande majorité des enfants et adolescents sont soignés en ambulatoire.

Une grande partie de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent repose également sur le secteur médico-social (CAMSP, CMPP, ITEP, etc.). Elle est aussi très présente dans le secteur sanitaire somatique (pédiatrie, service de maternité).

Les réseaux de soins sont différents selon l'âge, du bébé à l'adolescent.

En psychiatrie de la personne âgée, l'approche thérapeutique emprunte à la psychiatrie en tenant compte de ce qui est imputable au vieillissement, à un éventuel processus dégénératif et à la psychopathologie. L'articulation avec la neurologie et la gériatrie est donc indispensable, d'autant plus qu'il faut veiller au risque de déséquilibre rapide induit par les traitements. Une attention particulière est portée à la stabilité de l'environnement et à la prudence face aux hospitalisations.

Les soins s'appuient sur un réseau constitué par l'environnement du patient : les familles appelées « aidants » (souvent le conjoint ou l'enfant lui-même déjà âgé), les structures d'accueil spécifiques (des maisons de retraite aux EHPAD), le tissu social. C'est généralement ce réseau qui fait appel au dispositif de soins de psychiatrie de la personne âgée, et ce dernier reste en contact avec l'environnement du patient.

En psychiatrie de l'addiction, le psychiatre est souvent sollicité pour prendre en charge les comorbidités. Cette conception pose toutefois plusieurs questions.

Ainsi, dans le sevrage, la dimension somatique nécessite de travailler avec les médecins généralistes et/ou les gastro-entérologues mais le travail thérapeutique antérieur au sevrage repose sur des approches diverses. Pour le médecin somaticien, l'entretien motivationnel est actuellement la base de l'engagement progressif pour parvenir à l'arrêt (ou la suspension) de l'addiction. En revanche, pour le psychiatre intervenant dans le domaine de l'addiction, il s'agit davantage de faire entrer et d'accompagner le patient dans un processus de changement dont le sevrage ne constitue qu'une dimension d'un travail psychique plus large intégrant le fonctionnement global de la personne et de ses symptômes ou pathologies associées.

La psychiatrie fait face à un très grand nombre de patients qui présentent des conduites d'addiction, primaires ou secondaires, intriquées à leur pathologie. La capacité de bien situer la dimension addictive dans le cadre d'une pathologie plus globale est ici essentielle. C'est le rôle de tout psychiatre mais plus précisément celui du psychiatre addictologue.

Les addictologues somaticiens (médecins généralistes ou gastro-entérologues) et les psychiatres addictologues n'ont pas la même approche de l'addiction mais la synergie de leurs interventions élargit les possibilités thérapeutiques. L'organisation des soins reflète cette différence d'approche. A l'heure actuelle, les réseaux de soins des addictions sont centrés sur la prise de produit ce qui rend leur utilisation difficile par les patients souffrant de pathologies complexes associant addiction et troubles psychiatriques. La connaissance de ces réseaux afin de poser des indications adaptées selon les cas fait partie des compétences à acquérir pour le psychiatre.

D.III. Les compétences supplémentaires à acquérir

L'analyse des spécificités des modes de pratiques permet de mettre en évidence les compétences supplémentaires à acquérir par rapport au tronc commun décrit dans le premier chapitre.

Certaines de ces compétences concernent l'ensemble de ces modes de pratique.

Outre le fait que le psychiatre doit accepter de s'engager dans une pratique plus spécialisée, la dimension corporelle, physiologique du patient tient ici une place différente, notamment du fait de l'importance du développement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence, du vieillissement en psychiatrie de la personne âgée et des effets somatiques des addictions en psychiatrie de l'addiction.

Ces modes de pratique ont également en commun de s'inscrire dans des réseaux de soins dans le cadre desquels le psychiatre a une place variable selon les cas et non pas centrale comme c'est le cas en psychiatrie générale. Il doit être capable de s'ajuster non seulement aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge mais aussi aux théories et aux représentations sur lesquelles se fondent les autres professionnels.

Enfin, ces modes de pratiques se caractérisent tous par le fait que l'environnement relationnel du patient est déterminant pour l'efficacité de la prise en charge. Si la prise en compte de l'environnement est indispensable en psychiatrie générale, il est ici associé aux soins de manière beaucoup plus étroite. Le psychiatre doit donc avoir la compétence d'intégrer l'environnement dans les soins.

En conclusion de ce chapitre, il faut souligner l'importance d'une solide formation préalable en psychiatrie générale, ces compétences complémentaires n'ayant de valeur que si elles s'appuient sur les compétences décrites dans le tronc commun.

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de même qu'en psychiatrie de la personne âgée, l'intérêt de la formation générale est évident puisqu'elle permet de dialectiser le parent et l'enfant, la personne âgée et l'adulte. En psychiatrie de l'addiction, la formation de psychiatrie générale permet de soutenir sur le patient un regard clinique plus global qui élargit les possibilités thérapeutiques proposées au patient.

Ce sont aussi les compétences du tronc commun de la psychiatrie générale qui permettent le passage entre les modes de pratiques tout au long de sa carrière. Les compétences complémentaires qui n'auraient pas été acquises par un DESC au cours de la formation initiale peuvent en effet s'acquérir plus tard en travaillant au contact de psychiatres les ayant déjà acquises en organisant les conditions de travail de manière à permettre cette transmission.

E. Perspectives du métier de psychiatre

Ce référentiel métier ne peut s'achever sans au moins tenter d'ouvrir quelques perspectives d'évolution du métier de psychiatre selon deux directions : d'une part les tendances lourdes de l'évolution du système de soins telles qu'elles sont actuellement perceptibles ; d'autre part les apports de la recherche et leurs conséquences sur les prises en charge.

E.I. Perspectives en fonction des évolutions du système de soins

En dépit d'une démographie professionnelle comparable à celles des pays de l'Union Européenne considérés comme les mieux pourvus, le système de soins psychiatrique souffre actuellement d'une surcharge très importante, à l'instar du système de soins dans son ensemble. Les délais d'attente pour obtenir une consultation auprès d'un psychiatre peuvent atteindre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, et les besoins de soins augmentent manifestement encore.

Pour y faire face de nombreux secteurs ont élaboré et mis en place la notion d' « accueil psychiatrique ». Il s'agit d'un ou plusieurs entretiens réalisés par d'autres professionnels que les psychiatres, généralement des infirmiers, parfois des psychologues, et qui peuvent donc être programmés de manière relativement rapide après la demande de soins. Ces entretiens n'ont pas de visée diagnostique mais ils permettent de percevoir les principales caractéristiques de la demande de soin et d'évaluer son degré d'urgence. Les professionnels réalisant cet accueil en réfèrent ensuite au psychiatre qui, en fonction du degré d'urgence, ajuste le délai du rendez-vous accordé au patient.

On voit ainsi se développer, sous la pression de la nécessité, une clinique « médiatisée » permettant au psychiatre d'ajuster son délai de réponse.

Parallèlement, les médecins généralistes, désormais spécialistes des soins de premier recours, sont de plus en plus sollicités. Il existe là aussi une difficulté particulière à la psychiatrie dans la mesure où la philosophie même du secteur supposait que la psychiatrie développe son propre dispositif de premier recours : ce sont les CMP. De même, les psychiatres libéraux ont historiquement toujours fonctionné comme des professionnels de premier recours et, pour la plupart, n'envisagent pas de renoncer à cette fonction.

Ces constats indiquent la nécessité de clarifier la notion de collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de psychiatrie de secteur, plus particulièrement d'approfondir les questions touchant à la collaboration entre psychiatres et infirmiers afin de mieux préciser les limites entre le rôle infirmier et le rôle médical. Si personne ne conteste au psychiatre la responsabilité du diagnostic, il ne faudrait pas non plus que, du fait des limites de la démographie professionnelle, le rôle de ce dernier se limite progressivement à poser des diagnostics et des indications de soins dont la réalisation serait confiée à d'autres professionnels dont les interventions seraient encadrées par des protocoles de soins. De même les collaborations entre psychiatres, qu'ils soient psychiatres de secteur ou libéraux, équipes de secteur et médecins généralistes nécessitent d'être mieux réfléchies. La Fédération Française de Psychiatrie-Collège National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP) envisage de s'atteler à ce travail dans les suites de ce référentiel du métier de psychiatre.

Par ailleurs, les recommandations de bonne pratique produites par la Haute Autorité de Santé sont reçues de manière inégale par la communauté professionnelle. Elles déçoivent souvent par l'absence de prise en compte de la complexité du métier et l'illusion sous-jacente de parvenir à une standardisation des soins en psychiatrie en fonction du diagnostic. Comme cela a été exposé dans le chapitre consacré au tronc commun des

compétences, la psychiatrie se caractérise par le fait que le diagnostic, bien qu'indispensable, ne suffit pas à déterminer la prise en charge comme c'est généralement le cas partout ailleurs en médecine. La Haute Autorité de Santé semble avoir pris conscience de ces difficultés propres à la psychiatrie puisqu'elle a récemment installé un comité de suivi des recommandations en psychiatrie, regroupant l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, dans le but de parvenir à des recommandations plus conformes aux pratiques réelles de la psychiatrie. Il est cependant trop tôt pour en mesurer les effets puisque ce comité de suivi ne commencera effectivement à travailler qu'à partir du printemps 2014.

E.II. Perspectives selon les apports de la recherche

Une discipline sans recherche est une discipline en voie de disparition. La psychiatrie est une discipline clinique : la recherche ne peut se limiter à la recherche fondamentale mais doit impliquer les fonctionnements psychopathologiques et leur contexte (déclenchement, vulnérabilité) que les praticiens sont à même d'appréhender et de traiter.

Or, essentiellement pour des raisons de financement, la recherche porte actuellement surtout sur la psychopharmacologie. Elle n'a donc de conséquences pratiques que sur les traitements médicamenteux. Les professionnels souhaiteraient davantage se consacrer à des recherches reposant sur d'autres méthodes : la recherche herméneutique (comprendre le sens du problème d'un patient, mettre en évidence le processus qui l'a produit), recherche monographique (tentative de compréhension des mécanismes à l'œuvre dans une psychothérapie) ou la recherche empirique (approche structurée d'une question avec une méthode, des hypothèses, des données, des instruments permettant d'apporter des réponses et débouchant éventuellement sur une publication). La recherche clinique ne doit pas se limiter aux recherches sur l'animal mais prendre en compte la dimension individuelle humaine. Cette dimension individuelle n'élimine pas les communautés interindividuelles de réaction et de fonctionnement se situant du normal au pathologique (approche dimensionnelle). En outre, le travail psychothérapique alimente la recherche mais la question qui se pose est de le socialiser. Les recherches doivent être multidimensionnelles et interdisciplinaires mais cela confronte à des contraintes : la recherche multidimensionnelle nécessite des méthodes statistiques ajustées, la recherche multidisciplinaire requiert des connaissances dans le champ associé.

Au-delà des médicaments, les champs dans lesquels des recherches semblent actuellement nécessaires sont l'évaluation des pratiques au long cours et les psychothérapies, notamment l'évaluation des psychothérapies complexes, des psychothérapies brèves ainsi que des interventions psychothérapeutiques.

En collaboration avec l'INSERM, La Fédération Française de Psychiatrie mène depuis plusieurs années une recherche sur ce sujet sous la forme d'un réseau de recherches sur les pratiques psychothérapeutiques.

Il existe actuellement un nombre considérable de connaissances scientifiques sur tous ces sujets qui démontrent leur efficacité. La difficulté est de s'en saisir tout en étant capable de soutenir une réflexion critique sur les nouvelles publications. Cela supposerait une formation des psychiatres à la recherche, que ce soit dans le cadre de la formation initiale en conduisant effectivement une recherche ou ultérieurement dans le cadre du Développement Professionnel Continu. Une telle formation devrait inclure une formation à la lecture d'articles scientifiques.

On ne peut certes proposer une obligation de recherche à tous les psychiatres mais il faudrait favoriser l'accès à la recherche pour ceux qui le souhaitent. Le plus important est sans doute de sortir d'une attitude visant à idéaliser la recherche. Il faut chercher à en faire quelque chose de quotidien, à partir de cette question : qu'est-ce qui peut me permettre de mieux soigner mes patients et comment le valider et le transmettre ?

L'adhésion au SPH

Cher(e) collègue,

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

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

Le SPH, c'est aussi :

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

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

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

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

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

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

J.C. Pénochet, Président
I. Montet, Secrétaire générale
M. Bétrémieux, Trésorier

Cotisations 2015

| | Cotisation SPH | Cotisation Société de l'Information Psychiatrique | Abonnement à la revue de l'Information Psychiatrique* | Total | Cotisation complète |
|--|--------------------------------|---|---|-------|--------------------------------|
| Assistants Praticiens attachés - PAC Chefs de clinique Honoraires (retraités) | <input type="checkbox"/> 23 € | <input type="checkbox"/> 23 € | <input type="checkbox"/> 51 € | | <input type="checkbox"/> 97 € |
| PH temps plein et contractuel - Echelon 1 et 2 ou contractuel | <input type="checkbox"/> 41 € | | | | <input type="checkbox"/> 136 € |
| - Echelon 3 à 6 | <input type="checkbox"/> 180 € | | | | <input type="checkbox"/> 275 € |
| - Echelon 7 à 13 | <input type="checkbox"/> 222 € | <input type="checkbox"/> 44 € | <input type="checkbox"/> 51 € | | <input type="checkbox"/> 317 € |
| Salarié PSPH convention 51- 66 | <input type="checkbox"/> 168 € | | | | <input type="checkbox"/> 263 € |
| PH en position de cessation progressive d'activité | <input type="checkbox"/> 128 € | | | | <input type="checkbox"/> 223 € |
| PH temps partiel Echelon 1 et 2 | <input type="checkbox"/> 24 € | <input type="checkbox"/> 24 € | | | <input type="checkbox"/> 99 € |
| Echelon 3 à 6 | <input type="checkbox"/> 85 € | <input type="checkbox"/> 44 € | <input type="checkbox"/> 51 € | | <input type="checkbox"/> 180 € |
| Echelon 7 à 13 | <input type="checkbox"/> 130 € | <input type="checkbox"/> 44 € | | | <input type="checkbox"/> 225 € |
| Salarié PSPH convention 51 - 66 | <input type="checkbox"/> 78 € | <input type="checkbox"/> 44 € | | | <input type="checkbox"/> 173 € |
| Internes | <input type="checkbox"/> 15 € | <input type="checkbox"/> 10 € | <input type="checkbox"/> 51 € | | <input type="checkbox"/> 76 € |

* Ce tarif d'abonnement à la revue de l'Information Psychiatrique est strictement réservé aux membres du SPH ou de la SIP.

Chèque à libeller à l'ordre du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et à adresser avec le dossier complet de demande d'adhésion à :

Docteur JC. Pénochet - Polyclinique de Psychiatrie - CHU La Colombière
34295 Montpellier Cedex 5
Tel 06 10 50 05 50 (Secrétariat) Fax 04 67 33 66 70 - Courriel : sphweb@free.fr

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

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

Mr Mme Mlle

NOM

PRENOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE / /

Fonction professionnelle actuelle

- | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PH temps plein | <input type="checkbox"/> PH temps partiel | <input type="checkbox"/> Praticien contractuel | <input type="checkbox"/> PAC |
| <input type="checkbox"/> Praticien attaché | <input type="checkbox"/> Assistant | <input type="checkbox"/> Chef de clinique | <input type="checkbox"/> Interne |
| <input type="checkbox"/> Chef de service | <input type="checkbox"/> Honoraire (retraité) | | |
| <input type="checkbox"/> PSPH : Intitulé de l'établissement de nomination par arrêté | | | |

Année de prise de fonction / / Echelon Année de thèse / /

Adresse de l'établissement de rattachement

Type d'établissement (CHS, CH, CHU, CHI, EPSM,...)

Intitulé de l'établissement

| Secteur de rattachement | Code secteur |
|-------------------------|------------------------|
| N° | Rue |
| CP | Localité |
| Tél. | Fax Adresse email |

Adresse du lieu d'exercice (si différente de l'établissement de rattachement)

| N° | Rue |
|------|------------------------|
| CP | Localité |
| Tél. | Fax Adresse email |

Adresse personnelle (facultative)

| N° | Rue |
|------|------------------------|
| CP | Localité |
| Tél. | Fax Adresse email |

A quelles adresses postale ou électronique souhaitez-vous recevoir la correspondance syndicale ?

- Personnelle Professionnelle



ORGANIGRAMME DU SPH

2013-2015

Présidents d'Honneur

Jean AYME
Nicole HORASSIUS
Pierre FARAGGI

Membres d'Honneur

Michel AUDISIO
Martin BACIOCCHI

BUREAU NATIONAL

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| Président | Jean-Claude PENOCHET | CHU La Colombière - 34295 MONTPELLIER Tél. : 04 67 33 99 02 jc.penochet@wanadoo.fr |
| Secrétaire Général | Isabelle MONTET | CHI - 60617 CLERMONT DE L'OISE Tél. : 03 44 77 51 43 montet.isabelle@wanadoo.fr |
| Trésorier | Marc BETREMIEUX | CH - 62119 HENIN BEAUMONT cedex Tél. : 03 21 08 15 25 |
| Vice- Président Chargée des affaires scientifiques et de la psychiatrie infanto-juvénile | Nicole GARRET | Centre Nantais de Parentalité - 44000 NANTES Tél. : 02 40 08 79 65 |
| Secrétariats | | A QUI S'ADRESSER concernant : |
| Déontologie, soins sans consentement | Yves HEMERY | CH des Pays de Morlaix - 20205 MORLAIX Tél. : 02 98 62 61 32 |
| Organisation des soins en psychiatrie | Alain POURRAT | CH Le Vinatier - 69677 BRON cedexalain.pourrat@ch-le-vinatier.fr |
| DPC, Evaluations médico-économiques | Hélène BRUN-ROUSSEAU | CH - 33410 CADILLAC Tél. : 05 57 30 64 44 helene.brun-rousseau@ch-cadillac.fr |
| Organisation des soins en psychiatrie, relations avec les conférences de PCME | Jean-Pierre SALVARELLI | CH Le Vinatier - 69677 BRON cedex Tél. : 04 37 91 50 10 jean-pierre.salvarelli@ch-le-vinatier.fr |
| Praticiens Temps partiel | Catherine SAMUELIAN-MASSAT | CHU Ste Marguerite - 13274 MARSEILLE Tél. : 04 91 38 70 90 catherine.massat@mail.ap-hm.fr |
| Praticiens Temps partiel | Béatrice SEGALAS | CH Erasme - 92160 ANTONY Tél. : 01 46 74 32 12 bsegalasmd@aol.com |
| Statut des praticiens hospitaliers, de la retraite et de la protection sociale | Denis DESANGES | CHU La Colombière- 34295 MONTPELLIER Tél. : 04 67 33 98 45 denisdesanges@voila.fr |
| Psychiatrie en milieu pénitentiaire | Michel DAVID | CHS Fondation Bon Sauveur 50360 PICAUVILLE Tél. : 02 33 21 84 66 m.david@fbs-picauville.com |
| Psychiatrie à l'hôpital général, financement de la psychiatrie | Jean PAQUIS | CH Montauban 82013 MONTAUBAN Tél. : 05 63 92 87 10 j.paquis@ch-montauban.fr |
| Praticiens en ESPIC | Bernard ODIER | Association de Santé Mentale du 13 ^e arrondissement 75013 PARIS Tél. : 01 40 77 44 53 odierbernard@wanadoo.fr |
| Rédacteur en Chef de l'Information Psychiatrique | Thierry TREMINE | |

CONSEILLERS NATIONAUX

| | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|
| Statut du praticien | Monique D'AMORE | monique.damore@orange.fr |
| Relations avec les nouveaux praticiens et psychiatres en formation | Jean-Marc CHABANNES | jean-marc.chabannes@ap-hm.fr |
| Représentant du SPH au Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie | Gérard SHADILI | ggpsy@free.fr |
| Psychiatrie infanto-juvénile | Bertrand WELNIARZ | b.welniarz@epsve.fr |
| Affaires scientifiques | Gisèle APTER DANON | gisdanap@aol.com |
| Communication syndicale | Anne-Sophie PERNEL | ansopernel@hotmail.fr |
| Communication syndicale | Stéphanie SAMSON | stephaniesamson49@hotmail.com |
| Affaires scientifique | Jean OUREIB | jean.oureib@gmail.com |
| Psychiatrie infanto-juvénile et financement de la psychiatrie | Philippe HOUANG | philippe.houang@wanadoo.fr |
| | Mounia ROZAIRE | mounia.houssaim@hotmail.fr |
| Psychiatres en DOM et TOM | Georges ONDE | georges.onde@wanadoo.fr |
| Expertises et psychiatrie légale | Gérard ROSSINELLI | gerard.rossinelli@wanadoo.fr |

CONSEILLERS REGIONAUX SECRETAIRES DEPARTEMENTAUX (Ile-de-France) SECRETAIRES D'ETABLISSEMENT 2013-2016

| Région ou Département pour Ile-de-France | Fonction | Nom - Prénom | Adresse | E-Mail |
|---|---|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Alsace | Conseiller Régional Titulaire | Weibel Hubert | CH DU HASENRAIN 68051 MULHOUSE | weibelh@ch-mulhouse.fr |
| Alsace | Conseiller Régional Titulaire | Perrier Edmond | CH ALSACE NORD 67170 BRUMATH | edmond.perrier@ch-epsan.fr |
| Alsace | Conseiller Régional Suppléant | Gervais Eric | CH ALSACE NORD 67170 BRUMATH | eric.gervais@ch-epsan.fr |
| Alsace | Secrétaire Etab. | Muller Francoise | CH 68051 MULHOUSE | mullerf@ch-mulhouse.fr |
| Alsace | Secrétaire Etab. | Triffaut Vivien | CH ALSACE NORD 67170 BRUMATH | vivien.triffaux@ch-epsan.fr |
| Alsace | Secrétaire Etab. | Paccalin Chantal | CH 68000 COLMAR | chantal.paccalin@ch-colmar.fr |
| Alsace | Secrétaire Etab. | Huffschmitt Luc | CH 67152 ERSTEIN | l.huffschmitt@ch-erstein.fr |
| Aquitaine | Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab. | Ayoun Patrick | CH CHARLES PERRENS 33076 BORDEAUX | payoun@ch-perrens.fr |
| Aquitaine | Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab. | Ginies Emmanuelle | CH 33505 LIBOURNE | emmanuelle.ginies@ch-libourne.fr |
| Aquitaine | Conseiller Régional Suppléant | Le Bihan Patrick | CH 33410 CADILLAC | patrick.lebihan@ch-cadillac.fr |
| Aquitaine | Conseiller Régional Suppléant Secrétaire Etab. | Moreau Anne | CH 33410 CADILLAC | anne.moreau@ch-cadillac.fr |
| Aquitaine | Secrétaire Etab. | Lariviere Jean Marie | CH 24000 PERIGUEUX | jm.lariviere@ch-perigueux.fr |
| Aquitaine | Secrétaire Etab. | Marque Bruno | CH 40012 MONT DE MARSAN | bruno.marque@ch-mt-marsan.fr |

| | | | | |
|------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Aquitaine | Secrétaire Etab. | Brochard Alain | CH DES PYRENEES 64039 PAU | alain.brochard@chpyr.fr |
| Auvergne | Conseiller Régional Titulaire | Boussiron Didier | CH STE MARIE 63000 CLERMONT FERRAND | didier.boussiron@wanadoo.fr |
| Auvergne | Secrétaire Etab. | Moga Mihaela | CH STE MARIE 63000 CLERMONT FERRAND | mmoga@voila.fr |
| Basse Normandie | Conseiller Régional Titulaire | Penverne Didier | CH BON SAUVEUR 14012 CAEN | didier.penverne@yahoo.fr |
| Basse Normandie | Conseiller Régional Suppléant | Casrouge Beatrice | CHS BON SAUVEUR 50360 PICAUVILLE | beatrice.casrouge@wanadoo.fr |
| Basse Normandie | Secrétaire Etab. | Mermberg Pierre- Francois | CH 61305 L'AIGLE | mermberg.pf@cpo.net |
| Bourgogne | Conseiller Régional Titulaire | Besse Pierre | CH LA CHARTREUSE 21033 DIJON | pierre.besse@chu-dijon.fr |
| Bourgogne | Conseiller Régional Suppléant | Bafaro Sonia | CH 71018 MACON | |
| Bretagne | Conseiller Régional Titulaire | Babault Sylvie | CH GOURMELEN 29107 QUIMPER | sbabault@ch-gourmelen-quimper.fr |
| Bretagne | Conseiller Régional Titulaire | Lestrez Laurent | CH CHARCOT 56954 CAUDAN | laurent.lestrez@ch-charcot56.fr |
| Bretagne | Conseiller Régional Suppléant | Robin Didier | CH 56896 ST AVE | didier.robin@epsm-morbihan.fr |
| Bretagne | Conseiller Régional Suppléant | Mohy Yves | CH 22110 PLOUGUERNEVEL | y.mohy@ahbretagne.com |
| Centre | Conseiller Régional | Alexandre Catherine | CH GEORGE SAND 18 024 BOURGES | catherine.alexandre@ch-george-sand.fr |
| Champagne Ardenne | Conseiller Régional Titulaire | Loeffel Philippe | CH DE LA MARNE 51022 CHALON EN CHAMPAGNE | p.loeffel@epsdm-marne.fr |
| Champagne Ardenne | Secrétaire Etab. | Collin Hugues | CH BEL AIR 08013 CHARLEVILLE MEZIERES | hcollin@ch-belair.fr |
| Champagne Ardenne | Secrétaire Etab. | Maczyta Eric | CH 10500 BRIENNE LE CHATEAU | ericmaczyta@sfr.fr |
| Champagne Ardenne | Secrétaire Etab. | Milanese Jean-Paul | CENTRE MEDICAL MAINE DE BIRAN 52904 CHAUMONT | jp.milanese@ebhm.fr |
| Champagne Ardenne | Secrétaire Etab. | Fruntes Valeriy | CHU 51092 REIMS | vfruntes@chu-reims.fr |
| Corse | Conseiller Régional Titulaire | Raptelet Jocelyne | CH 20604 BASTIA | jocelyne.raptelet@wanadoo.fr |
| Corse | Conseiller Régional Suppléant | Creixell Mercedes | CH DE CASTELLUCCIO 20176 AJACCIO | mercedes.creixell@ch-castelluccio.fr |
| Franche Comté | Conseiller Régional Titulaire | Bossi Arnaud | CH ST REMY 70160 ST REMY | arnobossi@yahoo.fr |
| Guadeloupe | Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab. | Tadimi Allal | CH DE MONTERAN 97120 ST CLAUDE | alla278@yahoo.fr |
| Guadeloupe | Secrétaire Etab. | Georges Duwat Ghislaine | CHU 95159 POINTE A PITRE | ghislaine.duwat@yahoo.fr |
| Guyane | Conseiller Régional Titulaire | Even Jean-Daniel | CH 97306 CAYENNE | jdeven@wanadoo.fr |
| Guyane | Conseiller Régional Suppléant | Desvilles Michel | CH 97306 CAYENNE | michel.desvilles@ch-cayenne.fr |

| | | | | |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------|--|-----------------------------------|
| Guyane | Secrétaire Etab. | Djossou Marie-Laure | CH 97306 CAYENNE | marie-laure.djossou@ch-cayenne.fr |
| Haute Normandie | Conseiller Régional Titulaire | Jouy Marc | CH JAMET 76600 LE HAVRE | marc.jouy@ch-havre.fr |
| Haute Normandie | Conseiller Régional Suppléant | Legrand Pierre | CH DU ROUVRAY 76301 SOTEVILLE LES ROUEN | pierre.legrand@ch-lerouvray.fr |

Ile-de-France

| | | | | |
|----------------------------|---|------------------------------|---|--|
| Paris (75) | Secrétaire Dép. Titulaire | Gognau Jean-Pierre | EPS PERRAY VAUCLUSE 91360 EPINAY SUR ORGE | gognau.jeanpierre@gmail.com |
| Paris (75) | Secrétaire Dép. Titulaire | Roos-Weil Fabienne | CH MAISON BLANCHE 93330 NEUILLY SUR MARNE | fabrwl@wanadoo.fr |
| Paris (75) | Secrétaire Dép. Suppléant | Essaafi Tawfik | CH ESQUIROL 94413 ST MAURICE | tawfik@noos.fr |
| Paris (75) | Secrétaire Dép. Suppléant | Khidichian Frédéric | HOPITAUX DE SAINT MAURICE 94410 ST MAURICE | f.khidichian@hopitaux-st-maurice.fr |
| Seine Et Marne (77) | Secrétaire Dép. Titulaire | Pichard Valeri | CH 77400 LAGNY SUR MARNE | VPICHARD@ch-lagny77.fr |
| Seine Et Marne (77) | Secrétaire Dép. Suppléant | Stef Catherine | CH 77100 MEAUX | c-stef@ch-meaux.fr |
| Yvelines (78) | Secrétaire Dép. Titulaire | Cortes Marie-José | CH QUESNAY 78200 MANTES LA JOLIE | cortes-marie-jose@neuf.fr |
| Yvelines (78) | Secrétaire Dép.. Suppléant | Vialle Christian | INSTITUT T. ROUSSEL 78360 MONTESSON | c.vialle@th-roussel.fr |
| Essonne (91) | Secrétaire Dép. Titulaire | De Brito Charles | CH B. DURAND 91152 ETAMPES | cdebrizo@eps-etampes.fr |
| Essonne (91) | Secrétaire Dép. Suppléant | Ghanem Teim | CH ORSAY 91440 BURES SUR YVETTE | t.ghanem@ch-orsay.fr |
| Hauts De Seine (92) | Secrétaire Dép. Titulaire | Segalas Beatrice | EPS ERASME 92160 ANTONY | bsegalasm@gmail.com |
| Hauts De Seine (92) | Secrétaire Dép. Suppléant | Hanon Cécile | EPS ERASME 92160 ANTONY | chanon@free.fr |
| Seine St Denis (93) | Secrétaire Dép. Titulaire | Boillet Didier | CH VILLE EVRARD 93332 NEUILLY SUR MARNE | didier.boillet@wanadoo.fr |
| Seine St Denis (93) | Secrétaire Dép. Suppléant | Danon Nathalie | CH VILLE EVRARD 93332 NEUILLY SUR MARNE | mdcphe@orange.fr |
| Val De Marne (94) | Secrétaire Dép. Titulaire Secrétaire Etab. | Jean-Francois Paul | CH PAUL GUIRAUD 94806 VILLEJUIF | jopadan@aol.com |
| Val-De-Marne (94) | Secrétaire Dép. Suppléant | Juhel Ann | HOPITAUX DE ST MAURICE 94410 | annjuhel@wanadoo.fr |
| Val-De-Marne (94) | Secrétaire Etab. | Bantman Patrick | HOPITAUX DE ST MAURICE 94410 | p.bantman@hopitaux-st-maurice.fr |
| Val-De-Marne (94) | Secrétaire Etab. | Wintreberty Dominique | CH LES MURETS 94520 LA QUEUE EN BRIE | dominique.wintreberty@ch-les-murets.fr |
| Val D'oise (95) | Secrétaire Dép. Titulaire | Benladghem Larbi | CH 95503 GONESSE | larbi_benladghem@yahoo.fr |
| Val D'oise (95) | Secrétaire Dép. Suppléant | Labergere Olivier | CH 95503 GONESSE | olivier.labergere@ch-gonesse.fr |

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|---|--|
| Languedoc Roussillon | Conseiller Régional Titulaire | Nègre Michelle | CHU LA COLOMBIERE 34295 MONTPELLIER | m-negre@chu-montpellier.fr |
| Languedoc Roussillon | Conseiller Régional Titulaire | Lacambre Mathieu | CHU LAPEYRONIE 34295 MONTPELLIER | m-lacambre@chu-montpellier.fr |
| Languedoc Roussillon | Conseiller Régional Suppléant | Passerieux Dorothee | CHU LA COLOMBIERE 34295 MONTPELLIER | d-passerieux@chu-montpellier.fr |
| Languedoc Roussillon | Conseiller Régional Suppléant Secrétaire Etab. | Sulaiman Ahmad | CH CAMILLE CLAUDEL 34525 BEZIERS | agsulaiman@gmail.com |
| Languedoc Roussillon | Secrétaire Etab. | Nassif Raphael | CH F. TOSQUELLES 48120 ST ALBAN | r.nassif@chft.fr |
| Languedoc Roussillon | Secrétaire Etab. | Fayaud René-Louis | CH 66300 THUIR | rl.fayaud@ch-thuir.fr |
| Languedoc Roussillon | Secrétaire Etab. | Perrot Jean-Louis | CHU 30006 NIMES | jean.louis.perrot@chu-nimes.fr |
| Limousin | Conseiller Régional Titulaire | Saint-Bauzel Jean-Francois | CH 19100 BRIVE | Jean-francois.saint-bauzel@ch-brive.fr |
| Limousin | Conseiller Régional Suppléant | Poupy Monique | CHS ESQUIROL 87100 LIMOGES | bousselas@wanadoo.fr |
| Lorraine | Conseiller Régional Titulaire | Laruelle Francois | CH RAVENEL 88507 MIRECOURT | flaruelle@ch-ravenel.fr |
| Lorraine | Secrétaire Etab. | Michel Decker | CH 57073 JURY LES METZ | michel.decker@ch-jury.fr |
| Martinique | Conseiller Régional Titulaire | Delille Manieres Bruno | CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE | martinicsph@wanadoo.fr |
| Martinique | Conseiller Régional Suppléant | Dellas Bernard | CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE | bernard.dellas@orange.fr |
| Martinique | Secrétaire Etab. | Potie Francois | CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE | potie.francois@wanadoo.fr |
| Martinique | Secrétaire Etab. | Gillet Christel | CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE | christel.gillet@laposte.net |
| Martinique | Secrétaire Etab. | Slama Rémy | CH DE COLSON 97261 FORT DE FRANCE | remyslama97@yahoo.fr |
| Martinique | Secrétaire Etab. | Ursulet Gilbert | CHU 97261 FORT DE FRANCE | gursulet@sasi.fr |
| Midi-Pyrénées | Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab. | Paquis Jean | CH 82013 MONTAUBAN | jean.paquis@orange.fr |
| Midi-Pyrénées | Conseiller Régional Titulaire | Teissier Emmanuelle | CHU 31000 TOULOUSE | teissier.e@chu-toulouse.fr |
| Midi-Pyrénées | Conseiller Régional Suppléant Secrétaire Etab. | Vignes Michel | CHU 31000 TOULOUSE | vignes.michel@chu-toulouse.fr |
| Midi-Pyrénées | Conseiller Régional Suppléant | Berthoumieux Sophie | CHU 31000 TOULOUSE | cabal-berthoumieu.s@chu-toulouse.fr |
| Midi-Pyrénées | Secrétaire Etab. | Calvet Lefevre Jocelyne | CH MARCHAND 31000 TOULOUSE | jocelyne.calvet@free.fr |
| Midi-Pyrénées | Secrétaire Etab. | Jalby Joelle | CH 09200 ST GIRONS | j.jalby@ch-ariege-couserans.fr |
| Midi-Pyrénées | Secrétaire Etab. | Vilamot Bernard | CH 81013 ALBI | bernard.vilamot@orange.fr |
| Nord-Pas-De-Calais | Conseiller Régional Titulaire | Salomé Eric | EPSM DES FLANDRE 59270 BAILLEUL | eric.salome@epsm-des-flandres.com |
| Nord-Pas-De-Calais | Conseiller Régional Titulaire | Lavoisy Bertrand | CH LILLE METROPOLE 59427 ARMENTIERES | blavoisy@epsm-lille-metropole.fr |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|--|---|
| Nord-Pas-De-Calais | Secrétaire Etab. | Trespalacios Hugo | EPSM VAL DE LYS ARTOIS 62350 ST VENANT | htrespalacios@epsm-stvenant.fr |
| Nord-Pas-De-Calais | Secrétaire Etab. | Hum Pierre | EPSM AGGLO LILLOISE 59350 ST ANDRE | hum.pierre@neuf.fr |
| Pays De La Loire | Conseiller Régional Titulaire | Burgos Vincent | CH DAUMEZON 44342 BOUGUENAIS | vincent.burgos@ch-gdaumezon.fr |
| Pays De La Loire | Conseiller Régional Titulaire | Désormeaux Ambroise | CTRE ANGEVIN 49130 STE GEMMES / LOIRE | Ambroise.desormeaux@ch-cesame-angers.fr |
| Pays De La Loire | Conseiller Régional Suppléant | Delaunay Vincent | HOPITAL ST JACQUES 44000 NANTES | Vincent.delaunay@chu-nantes.fr |
| Pays De La Loire | Secrétaire Etab. | Lafay Pierre | CH DAUMEZON 44342 BOUGUENAIS cedex | pierre.lafay@ch-gdaumezon.fr |
| Picardie | Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab. | Legrand Eric | CH PINEL 80044 AMIENS | elegrand@ch-pinel.fr |
| Picardie | Conseiller Régional Suppléant | Tournaire-Bacchini Bruno | CH 60607 CLERMONT DE L'OISE | btournairebacchini@yahoo.fr |
| Picardie | Secrétaire Etab. | Caraby Isabelle | CH 60607 CLERMONT DE L'OISE | day.jphi@free.fr |
| Picardie | Secrétaire Etab. | Percq Maud | EPSM 02320 PREMONTRE | maud_percq@epsm-d-aisne.fr |
| Picardie | Secrétaire Etab. | Delgrange Didier | CH 80142 ABBEVILLE | delgrange.didier@ch-abbeville.fr |
| Poitou Charentes | Conseiller Régional Titulaire | Chavagnat Jean-Jacques | CH H. LABORIT 86021 POITIERS CEDEX | jean-jacques.chavagnat@ch-poitiers.fr |
| Poitou Charentes | Conseiller Régional Suppléant | Mery Bernard | CH H. LABORIT 86021 POITIERS CEDEX | bernard.mery@ch-poitiers.fr |
| Poitou Charentes | Secrétaire Etab. | Levy Chavagnat Diane | CH H. LABORIT 86021 POITIERS CEDEX | diane.levy@ch-poitiers.fr |
| Poitou Charentes | Secrétaire Etab. | Aubert Catherine | CH C. CLAUDEL 16400 LA COURONNE | catherine.aubert@wanadoo.fr |
| Provence Alpes Cote D'azur | Conseiller Régional Titulaire Secrétaire Etab. | Tiget Florence | CHS MONTPELLERIN 13616 AIX EN PROVENCE | florencetiget@orange.fr |
| Provence Alpes Cote D'azur | Secrétaire Etab. | Coen Marianne | CH E. TOULOUSE 13917 MARSEILLE CEDEX 15 | marianne.coen@yahoo.fr |
| Provence Alpes Cote D'azur | Secrétaire Etab. | Chokron Bensoussan Regine | CH 83630 FREJUS | reginebensoussan@wanadoo.fr |
| Provence Alpes Cote D'azur | Secrétaire Etab. | Aldebert Marc | CH 04000 DIGNE LES BAINS | marcaldeb@yahoo.fr |
| Réunion | Conseiller Régional Titulaire | Tron Patrick | CH 97866 ST PAUL | p.tron@epsmr.org |
| Réunion | Conseiller Régional Suppléant | Cravero Jean-Philippe | CH 97866 ST PAUL | jp.cravero@wanadoo.fr |
| Réunion | Secrétaire Etab. | Machet Elena | CH 97866 ST PAUL | e.machet@epsmr.org |
| Réunion | Secrétaire Etab. | Christen Ludovic | CH 97448 ST PIERRE | ludovic.christen@chr-reunion.fr |
| Réunion | Secrétaire Etab. | Buron Lionel | CH MAYOTTE | |

| | | | | |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| Rhône-Alpes | Conseiller Régional Titulaire | Godet Pierre-Francois | CH 69450 ST CYR AU MONT D'OR | pfgodet@ch-st-cyr69.fr |
| Rhône-Alpes | Conseiller Régional Titulaire | Griguer Jean-Louis | CH DE VALMONT 26760 MONTELEGER | jean-louis.griguer@orange.fr |
| Rhône-Alpes | Conseiller Régional Suppléant | Bellier Patrick | CH DE VALMONT 26760 MONTELEGER | patrickbellier@laposte.net |
| Rhône-Alpes | Conseiller Régional Suppléant | Cezanne Bert Guillaume | CH LE VINATIER 69677 BRON | guillaume.cezanne-bert@ch-le-vinatier.fr |

Choisir de travailler dans le secteur Privé Non Lucratif, c'est...

- participer à l'accessibilité aux soins pour tous,
- dans des établissements et services en pointe de l'innovation,
- sur la base de relations contractuelles souples et personnalisées permettant une véritable compatibilité entre vie professionnelle et vie privée.

Accessible sur le portail de la FEHAP www.fehap.fr, la Rubrique emploi c'est...

... un espace candidats, pour déposer votre CV dans la CVthèque en ligne, consulter les offres d'emploi proposées par les adhérents de la FEHAP, créer vos alertes emploi en fonction de votre parcours et de vos attentes

... un espace recruteur pour consulter les CV, déposer vos offres d'emploi, créer vos alertes et recruter les profils correspondants à vos postes à pourvoir (services réservés aux adhérents FEHAP munis d'un identifiant et d'un mot de passe)

... Des offres validées 2 fois par jour pour un véritable matching entre recruteurs et candidats

Au total, plus de 800 offres d'emplois à pourvoir dans les structures FEHAP et 1 000 CV en ligne !



La FEHAP rassemble 1600 organismes gestionnaires et près de 4000 établissements et services privés non lucratifs, dans les champs sanitaire, social et médico-social.



La FEHAP est partenaire de RéseauProSanté, le réseau social des professionnels de santé.

FEHAP, 179 rue de Lourmel, 75015 PARIS - Tél. : 01 53 98 95 00 / Fax : 01 53 98 95 02
www.fehap.fr

suivez-nous sur le web et les réseaux sociaux

Le Centre Hospitalier Théophile Roussel

1, rue Philippe MITHOUARD - 78360 MONTESSON

Etablissement Public de Santé, Spécialisé en psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile



RECRUTE PSYCHIATRES (H/F)

POUR :

Les pôles de psychiatrie infanto-juvénile
Les pôles de psychiatrie générale

Pour tout renseignement vous pouvez contacter le Docteur DAGENS au :

Tél. : 01 30 86 38 70 - Mail : v.dagens@th-roussel.fr

Les Candidatures sont à adresser à la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Théophile Roussel - 1 rue Philippe Mithouard - BP 71 - 78363 MONTESSON Cedex ou par mail : drh.recrutement@th-roussel.fr



Association l'Élan Retrouvé

Etablissements spécialisés en santé mentale (adultes, enfants et adolescents) participant au service public hospitalier. Recherche pour son hôpital de jour en pédopsychiatrie, situé dans le 20^e arrondissement de Paris.

1 MEDECIN PSYCHIATRE CHEF DE SERVICE

Temps partiel (0,60 à 0,80 ETP) en psychiatrie infanto-juvénile - C.D.I - C.C.N. 51

poste à pourvoir dès que possible

Possibilité de détachement pour un praticien hospitalier.

Renseignements sur le poste : M. GERAUD - Directeur Général - M. le Dr HABIB - Médecin Directeur au 01 49 70 88 88

Merci d'adresser votre lettre de candidature et CV à M. GERAUD, Directeur Général de l'association l'Élan Retrouvé - 23, rue de la Rochefoucauld - 75009 PARIS
E-mail : candidatures@elan-retrouve.asso.fr



L'UGECAM Ile-de-France, est un important acteur régional de santé publique qui gère 16 établissements sanitaires et médico-sociaux. Le pôle Enfance médico-social composé de 5 établissements qui accueillent des enfants et des adolescents présentant des troubles psychologiques, recherche pour ses services :

MEDECIN PSYCHIATRE ET PEDOPSYCHIATRE (H/F) - TYPE DE CONTRAT : CDI (temps partiel)

Pour l'ITEP Mosaiques :

- CDI – 28 heures (Saint-Thibault des Vignes).
- CDI – 15 heures (Bois-le-Roi – proche Melun).
- CDI – 8 heures (Sessad de Melun).
- CDI – 8 heures (Sessad de Coulommiers).

Pour l'ITEP le Coteau situé à Vitry-sur-Seine :

- CDI – 30 heures réparties sur 3 services (Sessad et Cafs à Vitry-sur-Seine et Choisy-le-Roi).

Dans le cadre de l'ouverture de l'IME Sofège fin octobre 2014 et accueillant des jeunes (12-20 ans) souffrant de troubles envahissants du développement ou constituant un syndrome autistique :

- CDI – 16 heures (Boulogne-Billancourt).

Pour le CAMSP situé à Choisy-le-Roi :

- CDI – 15 heures.

Entouré(e) d'une équipe dynamique, vous êtes garant du projet thérapeutique, vous animez les réunions de synthèse et de l'équipe pluridisciplinaire, vous recevez les enfants et les familles.

Merci d'adresser votre candidature à l'attention de Mme CHARPENTIER Gestionnaire RH au 21 rue Verte - 94400 Vitry-sur-Seine ou par mail : recrutepoleitep@ugecamidfr

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan-les-Mureaux (Yvelines - 30 minutes de Paris)

RECHERCHE UN PÉDOPSYCHIATRE POUR SON SECTEUR DE PSYCHIATRIE

Le secteur 78 I 07 avec les secteurs 78 G 03 et 78 G 10 constitue le pôle de psychiatrie. Il couvre la zone géographique de Meulan, les Mureaux, Aubergenville, Verneuil-sur-Seine.

Il comporte :

- 1 unité intersectorielle de crise pour adolescents.
- 1 hôpital de jour de 15 places.
- 3 C.M.P.
- 1 C.A.T.T.P.

Renseignements :

Docteur Anne MORELLIN

Praticien Chef du Pôle de Psychiatrie - Tél. : 01 30 91 84 99

Lettre de candidature & CV à adresser : Monsieur Le Directeur - Centre Hospitalier de Meulan-les-Mureaux - 1 rue du Fort - 78250 MEULAN EN YVELINES



Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan - Les Mureaux

1 rue du Fort - 78250 Meulan-en-Yvelines
Tél. 01 30 91 85 00
www.chim.fr



Le Centre Hospitalier François TOSQUELLES de Saint-Alban en Lozère (région Languedoc-Roussillon, situé à proximité de l'A75, à 10 minutes des stations de ski de fonds, à 2 heures de Montpellier, 2h30 de Nîmes et 1h30 de Clermont Ferrand) est à la recherche

d'un médecin (h/f) pédo-psychiatre ou généraliste



Le praticien recruté sera de plein exercice ou en cours d'inscription à l'ordre des médecins. (Poste statutaire ou contractuel)

Il s'agit pour les praticiens statutaires d'un poste à caractère prioritaire assorti d'un engagement de servir de 5 ans avec avancement d'échelon accéléré.

Vous avez la possibilité de découvrir l'établissement sur [le site www.chft.fr](http://www.chft.fr)

Lieu d'implantation :

CMPE et HJ Mende | CMPE Florac

Les missions du poste sont les suivantes :

• Prévention, diagnostic, thérapeutique et orientation pour une population de 0 à 12 ans.

• Travail de partenariat avec la Pédiatrie et le CAMPS du Centre Hospitalier de Mende, la PMI, la PJJ, les institutions médico-sociales, l'ASE, les institutions scolaires...

Les activités spécifiques :

• Soins individuels ou de groupe avec supports : traces, terre, comptines, contes, jeux de rôle, bains thérapeutiques, piscines...

• Supervision psychanalytiques ou systémique selon les unités.

N'hésitez pas à nous contacter au 04 66 42 55 55 poste 54 22 ou 55 89 ou aux adresses suivantes

(Direction des Ressources Humaines) pour tout renseignement complémentaire :

nadine.castanet@chft.fr - annesophie.gras@chft.fr



Le Centre Hospitalier François TOSQUELLES de Saint-Alban en Lozère (région Languedoc-Roussillon, situé à proximité de l'A75, à 10 minutes des stations de ski de fonds, à 2 heures de Montpellier, 2h30 de Nîmes et 1h30 de Clermont Ferrand) est à la recherche

d'un médecin (h/f) psychiatre ou généraliste

Le praticien recruté sera de plein exercice ou en cours d'inscription à l'ordre des médecins. (Poste statutaire ou contractuel)

Il s'agit pour les praticiens statutaires d'un poste à caractère prioritaire assorti d'un engagement de servir de 5 ans avec avancement d'échelon accéléré.

Vous avez la possibilité de découvrir l'établissement sur [le site www.chft.fr](http://www.chft.fr)

Lieu d'implantation :

• En lien avec le projet d'Etablissement en cours de rédaction, site de Saint Alban ou site de Mende.

Les missions du poste sont les suivantes :

• Prévention, diagnostic, thérapeutique et orientation en psychiatrie générale.

• Travail de partenariat avec les Etablissements Sanitaires et Médico-sociaux du territoire lozérien.

N'hésitez pas à nous contacter au 04 66 42 55 55

poste 54 22 ou 55 89 ou aux adresses suivantes

(Direction des Ressources Humaines)

pour tout renseignement complémentaire :

nadine.castanet@chft.fr - annesophie.gras@chft.fr



L'USSAP – ASSOCIATION AUDOISE SOCIALE ET MEDICALE, recrute pour son Service de Psychiatrie infanto-juvénile dans l'Aude :

MEDECIN PEDOPSYCHIATRE

L'intersecteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile assure les missions de prévention, de diagnostic et de soins des troubles psycho-affectifs de l'enfant et de l'adolescent de 0 à 16 ans.

Il est composé d'une unité départementale d'accueil et de soins pour adolescents de 10 lits à Carcassonne, de 3 hôpitaux de jour et de 3 centres médico-psychologiques.

Équipe médicale de 5 ETP.



Statut : CDI à temps complet - CCN 51 (FEHAP) ou Praticien Hospitalier.

Profil : Pédopsychiatre ou Psychiatre avec expérience auprès des enfants et/ou souhaitant se spécialiser.

Lettre de motivation + CV à transmettre à : USSAP Direction Générale

24 Place du 22 septembre - BP 111 11304 LIMOUX CEDEX - direction@asm11.fr - Téléphone : 04 68 74 64 05

L'APSH34 RECRUTE POUR L'ITEP DE CAMPESTRE

Situé à Lodève (34) un pédopsychiatre dès septembre 2014 dans le cadre d'un cdi à temps partiel (0.85 etp)

Territoire : Territoire Cœur Hérault - Itep de Campestre (Lodève)

Pédopsychiatre (H/F)

Nature du contrat : CDI à temps partiel (0.85 ETP)

Missions :

- Prodiger les soins psychiatriques appropriés en accord avec le projet d'établissement et le projet personnalisé.
- Coordonner et superviser les actions de soins somatiques.
- Participer à la dimension institutionnelle du soin.
- Etablir les certificats médicaux nécessaires à la prise en charge administrative des usagers.

Profil :

- Connaître les théories psychanalytiques, comportementalistes, neurobiologiques, cognitives...
- Connaître le secteur Médico-social et son fonctionnement.
- Connaître les procédures d'urgence médicale.
- Connaître les différents traitements psychotropes, leurs effets...

Condition d'accès à l'emploi :

Cet emploi est accessible avec le diplôme d'Etat de Docteur en médecine complété par le diplôme d'études spécialisées en psychiatrie. L'inscription à l'Ordre des médecins est obligatoire. L'emploi requiert une grande disponibilité.

Rémunération :

En référence à la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966.

Candidatures à adresser à :

Madame la Directrice des Ressources Humaines de l'APSH 34
284, Avenue du Professeur Jean-Louis Viala
34193 MONTPELLIER cedex 5

Courriel : service-administratif-rh@apsh34.org



Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan recrute



UN PSYCHIATRE ET UN PEDOPSYCHIATRE POUR SON PÔLE DE PSYCHIATRIE

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

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

Le pôle de psychiatrie :

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

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

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

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

Poste de psychiatre :

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

Poste de pédopsychiatre :

- Une équipe de 5 praticiens.
- Option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Orientation psychodynamique souhaitable.
- Consultations thérapeutiques au CMP de Mont-de-Marsan.
- Responsabilité médicale du CATTB Maison d'Oze.
- Poste à temps plein, à pourvoir à compter de septembre 2014.



Personnes à contacter :

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



CLINIQUE PSYCHIATRIQUE CÔTE BASQUE RECHERCHE

UN MEDECIN PSYCHIATRE

pour renforcer son équipe et développer ses programmes de soins

- Etablissement de 60 lits, dans un ensemble immobilier performant et de caractère
- Service d'hospitalisation de jour
- Activité de psychiatrie générale
- Installation possible en cabinet dans un groupe médical en ville

Pour toute information, veuillez prendre contact avec :

Mme Claire FLORENTIN - Directrice - 05 59 55 09 96 ou cliniquedamade@wanadoo.fr
 14 chemin d'Amade - Bayonne - www.cliniquedamade.fr



L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRETAGNE
COTES D'ARMOR (E.S.P.I.C)

Gérant le Centre Hospitalier de Plouguernevel

RECHERCHE PEDO PSYCHIATRE

Poste à temps plein à pourvoir immédiatement

Etablissement sous convention C.C.N.51 rénovée

Possibilité P.H. détaché Fonction Publique

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

Candidature et C.V. à adresser à :

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



Le Centre Hospitalier Départemental Georges Daumézon

Acteur majeur du dispositif de santé mentale dans le Loiret (45), responsable de 7 secteurs de psychiatrie générale et de 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ainsi qu'une unité de soins pour adolescents (temps plein et temps partiel).



RECRUTE 2 PÉDOPSYCHIATRES AU SEIN DU PÔLE CONTINUITÉ DES SOINS

Le Pôle Continuité des soins comprend 2 services de psychiatrie infanto juvénile, une unité d'hospitalisation à temps plein pour adolescent et un service de psychiatrie générale.

- 1^{er} secteur de psychiatrie infanto juvénile : ce service comprend un hôpital de jour situé à St Jean de Bray, 4 CMP et une unité de prévention et de soins précoce. L'affectation sera à déterminer avec le chef de pôle en concertation avec le chef de service, en fonction des besoins. Modalités particulières d'exercice : Consultations, thérapie de groupe, animation de réunions cliniques et institutionnelles, relations avec les partenaires du réseau.
- 2^{ème} secteur de psychiatrie infanto juvénile : Le Praticien aura la responsabilité d'un C.M.P-C.A.T.T.P qui se situe au centre ville de Pithiviers : secteur géographique semi-rural à 45 km d'Orléans et moins d'une heure de Paris. L'équipe pluri-professionnelle qui y est affectée est expérimentée, active et motivée. Le Praticien pourra, outre le CMP-CATTP de Pithiviers, participer aux réunions du service 102 (CMP d'Orléans).
- Les candidatures sont à adresser à Monsieur le Directeur - CHD Georges Daumézon - 1, route de Chanteau - BP 62016 - 45402 FLEURY LES AUBRAIS - ou direction@ch-daumézon45.fr
- Pour tout renseignement d'ordre administratif : M. ETRONNIER, Directeur Adjoint chargé des Affaires Médicales - Tél. : 02 38 60 79 00 - retronnier@ch-daumézon45.fr
- Les praticiens intéressés peuvent contacter - Mme le Docteur VERDIER - Chef de pôle - Tél. : 02 38 54 23 53 - cverdier@ch-daumézon45.fr
- M. le Docteur AYZOUKI - Pdt de la CME - Tél. : 02 38 60 71 17 - mayzouki@ch-daumézon45.fr

Clinique de Saumery

41350 Huisseau sur Cossin - Loir et Cher - France



Site exceptionnel à quatre km de Chambord et quinze de Blois (SNCF Paris Austerlitz), la clinique de Saumery dispose d'un fort potentiel de développement (CPOM 2012-2016) centré sur l'adolescence.

RECRUTE PSYCHIATRE SALARIE(E)

Activité diversifiée

Hospitalisation temps plein

- 42 lits non sectorisés de psychiatrie adulte.
- 15 lits de pédopsychiatrie.

Alternative à l'hospitalisation

- 10 places d'hospitalisation de jour et/ou de nuit.
- 10 places d'hôpital de jour pour adolescents (en ville, à Blois).
- Appartement associatif de 3 places.
- Travail en réseau et coopération territoriale.

Contacts

00 33 (0)2 54 51 28 28

- Dr Antoine FONTAINE - Président de CME - afontaine@saumery.fr
- M. Amaro DE VILLANOVA - Directeur - a.de.villanova@saumery.fr

Mission de service Public

- Formation d'internes DES de psychiatrie.

Projet Médical

- Psychiatrie générale.
- Soins intégration scolaire pour adolescents.
- Psychothérapie analytique des psychoses et des états-limites.
- Projet de soins individualisé.
- Psychothérapie institutionnelle.
- Pôle recherche et enseignement.
- Formation permanente du personnel (Association Culturelle).

Gestion autonome et indépendante

(SARL Clinique Médicale du Centre)

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

Poste à pourvoir dans une équipe d'exercice collégial. Salaire selon échelon, expérience et investissement.

Travail à temps complet ou à temps partiel. Logement de fonction, garderie pour enfants à proximité.



La Direction Générale de la Fondation OVE recrute pour son établissement médico-social « Centre Médico-Psycho-Pédagogique Eure/Nord-Est »,

Un médecin directeur (H/F) en CDI pour 0,80 ETP (soit 28 heures par semaine).

Poste à pourvoir dès le 1^{er} septembre 2014.

Agréé pour réaliser 6700 actes par année, le CMPP Eure/Nord-Est est installé actuellement sur la commune de Gaillon-Les Andelys, en faisant fonctionner simultanément deux antennes, à Gisors et à Vernon. Cet établissement a pour vocation de répondre, en termes de diagnostic et de soins, aux besoins d'enfants et adolescents (0 à 20 ans) présentant des troubles psychiques, des troubles du développement du langage et des apprentissages, des troubles envahissant du développement dont l'autisme.

Le CMPP est ouvert en prévision 5 jours par semaine (à compter du 2 septembre 2014), le mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi. L'activité professionnelle est organisée dans le cadre de la CCN 66.

Mission :

Le médecin intervient sous la responsabilité du directeur administratif et pédagogique, lequel représente la Fondation OVE quant au fonctionnement général et à la mise en œuvre du projet d'établissement, ainsi que sous celle du médecin-directeur, s'agissant des prestations de diagnostic, de soins et d'accompagnement, prescrites et réalisées auprès des usagers du CMPP. Le médecin est particulièrement attendu pour la qualité de son expertise concernant des enfants et des adolescents présentant des troubles cognitifs et/ou développementaux pouvant être intriqués avec des difficultés psychiques et relationnelles. Il (elle) participe aux réunions de bilan et de synthèse et contribue à la compétence pluridisciplinaire de l'équipe professionnelle, y compris auprès de son (sa) collègue médecin pédopsychiatre.

Profil :

H-F médecin spécialiste en pédiatrie et neuropédiatrie ou médecin spécialiste en pédopsychiatrie.

Adresser CV + lettre de motivation à Richard Bourque

Fondation OVE, 19 rue Marius Grosso, 69120 Vaulx-en-Velin, ou par mail : richard.bourque@fondation-ove.fr

Renseignements : 06 87 75 90 86

L'IDEFI de SEINE MARITIME

Institut Départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion. Situé en proche banlieue de Rouen.

RECRUTE POUR SON INSTITUT MEDICO EDUCATIF

UN PSYCHIATRE À MI-TEMPS

contractuel ou praticien hospitalier

Public : 220 usagers de 7 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle avec troubles associés.

Mission : est garant du projet de soin des usagers, assure une prise en charge thérapeutique, est partenaire des services extérieurs spécialisés, participe à l'équipe thérapeutique.



Candidature à :

Monsieur le Directeur Général - IDEFHI

CS 10004 - 76 380 CANTELEU

Téléphone : 02 35 52 43 95

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

DIRECTEUR MÉDICAL PEDOPSYCHIATRE, PSYCHIATRE ou PEDIATRE

Pour le CMPP de LONGWY et de LONGUYON - de 0,30 à 0,50 ETP

Pour le CMPP de JARNY - de 0,30 à 0,50 ETP

CDI - CCN 31/10/1951

(Postes à pourvoir immédiatement)

Merci d'envoyer lettre de motivation et CV à :

Mme VANHEE Cyrille - Directrice Administrative et Pédagogique des CMPP de Meurthe-et-Moselle

CMPP NANCY - 73, rue Isabey - CS 95204 - 54052 NANCY CEDEX - 03.83.27.31.70

cmpp.nancy@wanadoo.fr - vanhee.cmplongwy@gmail.com

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



CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ SARREGUEMINES

Recherche psychiatre, praticien contractuel à temps plein (10 demi-journées)

Rémunération : 4^{ème} échelon + 10%
(4 794,52€ brut + gardes et astreintes éventuelles)
Contrat de 6 mois renouvelable.

Le poste est à pourvoir de suite

Personne à contacter :
Monsieur Pascal SCHMIT - Directeur Adjoint aux Affaires Générales Médicales et Financières - Centre Hospitalier Spécialisé 1 rue Calmette - BP 80027 - 57212 SARREGUEMINES CEDEX
Tél : 03 87 27 98 12 - Mail : pascalschmit@chs-sarreguemines.fr

LE CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT À TOULOUSE

Etablissement spécialisé en psychiatrie

RECRUTE DES ASSISTANTS SPECIALISTES DES HOPITAUX



Cinq postes d'Assistant Spécialisé en Psychiatrie Adulte, et un poste d'Assistant Spécialisé en Psychiatrie Infanto-Juvénile, sont à pourvoir au 1er Novembre 2014.
Des renseignements peuvent être obtenus auprès de Monsieur le Docteur HAOUI, Président de la CME. - Tél. : 05 61 43 78 56 - radoine.haoui@ch-marchant.fr

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

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

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

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

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

Secteur Infanto-Juvénile : Monsieur le Docteur Jean-Jacques JOUSSELLIN - Tél. : 05 61 43 78 72 - jean-jacques.jousselin@ch-marchant.fr

LA CLINIQUE D'EMBATS, seule clinique psychiatrique privée du département du Gers, ainsi que du Lot et Garonne est idéalement située à 5 km d'AUCH sur les coteaux, dans un parc boisé de 5 ha.

Crée en 1973 avec la mise en place de 46 lits, l'établissement a obtenu une autorisation de l'ARS en 2010 d'une augmentation de capacité à 61 lits d'hospitalisation complète afin de répondre aux besoins d'hospitalisation sur le territoire.

RECRUTEMENT

D'UN MEDECIN PSYCHIATRE EXERCANT A TITRE LIBERAL

Vous rejoindrez une équipe de deux psychiatres assistés d'une équipe de cinq médecins généralistes de la ville assurant la permanence des soins.

La clinique gère une activité de psychiatrie générale. Les patients tant en hospitalisation qu'en consultation sont adressés par les nombreux médecins généralistes et spécialistes du Gers et des départements limitrophes. L'établissement pratique les soins classiques et les ECT, un anesthésiste venant à la vacation.

Les Médecins psychiatres exercent à titre libéral en cabinet, au sein de l'établissement. Ils assurent la permanence des soins, surveillances et suivi des patients hospitalisés et participent en outre aux différents comités de l'établissement (CME, COPIL, EPP, PMSI).
Honoraire annuels bruts s'élèvent à environ 160 KE.

Pour toute information, vous pouvez contacter Monsieur Henri Jung : 05 59 59 37 04 - 06 99 96 54 11 - hijung@orange.fr

Candidatures à adresser à : JM PHILIP Directeur - Route de Barran - 32000 Auch - Tél. : 05 62 61 11 33 - Mail : jmphilipcliniquedembats.fr





Les APSYADES (210 personnes), association Loi 1901 reconnue d'utilité publique, oeuvrant dans le secteur de la psychiatrie (10 consultations médico-psychologiques, 1 centre de postcure) et de l'addictologie (1 SSRA, 7 antennes CSAPA), recrute :

○ UN MÉDECIN CHEF DE SERVICE DU DÉPARTEMENT ADDICTOLOGIE

CDI Temps plein - Rémunération CCN 51 - Poste basé à Bouguenais (44)

Mission : sous l'autorité du Directeur Général, en lien fonctionnel avec le cadre coordonnateur CSAPA et le cadre de santé du SSRA, vous contribuez à la conception et à la mise en œuvre des orientations stratégiques du département, en référence au projet associatif. Vous êtes garant du projet médical et des parcours de soins ; vous présidez les instances et groupes de travail internes ; vous animez l'équipe des personnels médicaux. Personne ressource, vous intervenez dans le suivi clinique des patients présentant des situations complexes. Avec l'appui de chargés de mission, vous assurez le développement des actions transversales formation/recherche/prévention. Membre de l'équipe de direction, vous participez à la représentation institutionnelle ainsi qu'aux comités transversaux de l'association.

Profil : Docteur en médecine, spécialisé en psychiatrie. Expérience souhaitée de responsabilité institutionnelle en établissement sanitaire et médico-social. Connaissance en addictologie appréciée.

Merci d'adresser votre candidature complète : CV actualisé, lettre de motivation, photocopies diplômes et certificats de travail au cabinet TECHNE-Conseil - 22, rue Auguste Beuneux - BP 10804 - 53008 Laval cedex ou par mail techne@techne-conseil.fr



A Briançon - Serre-Chevalier - 05 - HAUTES-ALPES

LA FONDATION EDITH SELTZER



Recrute un psychiatre en CDI, à temps plein

Chef de service des unités de psychiatrie pour 46 lits de suites et réadaptation au sein du centre médical Chant'Ours (225 lits) participant au service public hospitalier. Certification V 2010 en février 2010.

Salaire selon la convention collective FEHAP de 1951, à partir de 77 000 € brut annuel avant reprise d'ancienneté. Pas de garde, ni d'astreinte.

Renseignements :

Site : www.fondationseltzer.fr - ou Dr François BACH - directeur au 04 92 25 31 53

Envoi CV par email à : direction@fondationseltzer.fr - ou par courrier à : Fondation Edith SELTZER - 05107 BRIANCON

Possibilité de logement sur site



Réseau fribourgeois de santé mentale
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit

UN ENVIRONNEMENT MOTIVANT ET NOVATEUR VOUS ATTEND !

Le Réseau Fribourgeois de Santé Mentale (RFSM) regroupe les services psychiatriques publics ambulatoires et hospitaliers du canton et assure la qualité de la prise en charge de 7 000 patients traités annuellement au sein de 3 secteurs (enfants et adolescents, adultes, personnes âgées).

Pour notre secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents, nous mettons au concours, pour une entrée de suite ou à convenir.

postes de médecins assistant-e-s

Dr Birgit Radtke - Médecin-directrice du secteur de psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

+41 26 305 30 51 - radtkeb@r fsm.ch

se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Votre dossier de candidature, accompagné des documents usuels, est à adresser au Réseau Fribourgeois de Santé Mentale - Département des Ressources Humaines - c/o Centre de soins hospitaliers - CH-1633 Marsens

ou par e-mail : r fsm_rh@r fsm.ch

Nous offrons :

- Un réseau reconnu comme établissement de formation post-graduée de la catégorie B (3 ans pour la formation FMH en psychiatrie infanto-juvénile) et A1 (4 ans pour la formation FMH de psychiatrie adulte).
- Un poste prioritairement axé sur l'ambulatoire, avec possibilité d'avoir une activité hospitalière, mobile ou en pédopsychiatrie de liaison.
- Des supervisions externes d'orientation systémique, cognitivo-comportementale ou psychanalytique.
- Des formations postgraduées internes et externes.

Nos exigences :

- Expérience en pédopsychiatrie, psychiatrie ou pédiatrie souhaitée.
- De langue maternelle française ou allemande avec de très bonnes connaissances de l'autre langue.

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

Nous recherchons pour le département de santé mentale et de psychiatrie :

MEDECIN ADJOINT-E RESPONSABLE D'UNITE (annonce n°6422)
Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires

CHEF-FE DE CLINIQUE AVEC/SANS TITRE DE SPECIALITE (annonce n°6420)

MEDECIN INTERNE (annonce n°6419)
Service de psychiatrie générale



Ces annonces s'adressent indifféremment aux femmes et aux hommes.

Votre dossier de candidature complet (lettre de motivation, curriculum vitae, copies de diplômes et de certificats de travail) devra être déposé via le site internet des hôpitaux universitaires de Genève, rubrique « offres d'emploi » (www.hug-ge.ch).



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES



WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI
PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV



LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT

Rejoignez
la communauté
des psychiatres



Sur
ReseauProsante.fr

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



Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés

Une association solidaire

10 000 médecins hospitaliers ensemble pour leur protection



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

Prévoyance

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

Complémentaire Santé

Bénéficier de remboursements frais de santé performants

Obtenez
un conseil
personnalisé

01 75 44 95 15

Appel non surtaxé

www.appa-asso.org



Les contrats APPA sont distribués par Ressources France - SAS au capital de 45 024 €.
N° RCS PARIS B 414936 740 - APF 66222 - Immatriculation ORIAS : 07002753 - www.orias.fr
Organisme de contrôle pour toute réclamation : ACF - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

PRÉVOYANCE

SANTÉ

RETRAITE