

La LETTRE du

Numéro 22 - Décembre 2022



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

AG Pau 2022

Enquête fermeture
de lits

Certification périodique

Burn out
des soignants

Sommaire

Motions syndicales votées en Assemblée Générale	04
Malgré des déclarations d'intention, la crise de la pédopsychiatrie continue en 2022	07
Fermeture des lits et mesures « flash »... la psychiatrie publique aussi...	08
La certification périodique de sept professions de santé à l'Ordre, applicable au 1 ^{er} janvier 2023	11
Une évolution possible de la psychiatrie	17
Le burn out des soignants au prisme de la post-pandémie	19
Appel à cotisation SPH 2022	27
Bulletin d'adhésion SPH	28

Troubles de la **TROUBLANTE CLINIQUE** personnalité

Dijon

28 > 30 SEPTEMBRE 2023

41^{ES} JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

SPH - Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Président : Dr Marie-José Cortes

CH Le Vinatier - Pôle Ouest - 95 bd Pinel - BP 30039 - 69678 Bron cedex

Tél. : 04 37 91 52 21 - Courriel : secretariatsip2@gmail.com

N° ISSN : 2427-6588

Editeur et régie publicitaire

Réseau Pro Santé - M. Tabtab, Directeur

14, Rue Commines - 75003 Paris - Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : contact@reseauprosante.com - web : www.reseauprosante.fr

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.

MOTIONS SYNDICALES VOTÉES EN ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Pau, 28 Septembre 2022

Actualités statutaires

Visibilité intersyndicale en vue des prochaines élections professionnelles

Nous faisons valoir qu'il est nécessaire d'améliorer la compréhension des organigrammes de ces organisations intersyndicales complexes, pour en améliorer l'affichage et développer le sentiment d'appartenance à notre intersyndicale Action Praticien Hôpital (APH). APH va œuvrer pour rendre possible l'adhésion directe à APH.

Les revendications du SPH au sein d'APH

1. Le SPH exige une véritable médicalisation de la gouvernance hospitalière permettant que la Commission Médicale d'Établissement (CME) soit co-décisionnaire au sein des hôpitaux, en s'appuyant notamment sur toutes les sous-commissions de la CME : COPS, formation... , principale revendication dans le cadre d'APH.
2. Reprise pour tous les Praticiens Hospitaliers (PH) nommés avant octobre 2020 de 4 années d'ancienneté.
3. La reconnaissance d'une période de nuit en permanence sur place équivalente à trois demi-journées travaillées, tout en rappelant que le SPH demande depuis plusieurs années l'horarisation de la comptabilisation du temps de travail des PH psychiatres.
4. Le SPH exige le triplement de l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison (IASL) avec sa proratisation au temps consacré effectivement à l'activité clinique de secteur.
5. Position du SPH quant à la différence de la comptabilisation du temps de travail inégalitaire entre les PH : Persiste, quels que soient les modes de décompte du tps de travail, l'invisibilité du travail effectué entre 39 et 48 heures. Le SPH demande l'indemnisation systématique en heures supplémentaires forfaitaires.
6. La mise en œuvre des textes concernant la certification périodique des professions de santé à ordre fera l'objet d'une vigilance particulière de la part du SPH.
7. Le SPH demande une valorisation des budgets de formation pour les Praticiens Hospitaliers à 2,1 % de la masse salariale des Praticiens Hospitaliers. Cette valorisation doit prendre en compte la spécificité des Outre-Mers. Le SPH sera vigilant quant à la composition et au fonctionnement de toutes les commissions de formation au sein des pôles et des établissements.
8. Le SPH demande l'harmonisation pour tous les Outre-Mers du bénéfice de l'indexation spéciale de 40 % de rémunération supplémentaire par rapport à la métropole.
9. Le SPH soutient avec force les collègues Praticiens À Diplôme Hors Union Européenne (PADHUE) pour faire valoir leurs droits à continuer à exercer dans nos Hôpitaux après janvier 2023.

Motion adoptée, 1 abstention pour le point 2

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Au sein d'une loi de psychiatrie et santé mentale, nous demandons une réelle reconnaissance de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et une réévaluation de ses moyens à la hauteur des enjeux sociétaux que l'avenir de la jeunesse représente.

Moyens

Nous demandons des moyens suffisants envisagés à l'échelle du territoire, associant plusieurs secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,

pour des parcours de soins gradués, intégrés et pluridisciplinaires dans le cadre du PTSM. Chaque territoire devrait être doté des dispositifs nécessaires, lieux de consultation, équipes

mobile, hôpitaux de jour d'évaluation, hospitalisation temps plein... Les urgences, les lits de crise, les parcours de soins spécifiques (tels que périnatalité, TCA, etc.).

Réforme de la tarification

Nous demandons :

- ◆ La représentation de la pédopsychiatrie publique dans toutes les commissions régionales chargées d'émettre un avis sur les allocations de ressources en psychiatrie.
- ◆ La poursuite de la réflexion sur la « tarification à la File active » et les activités spécifiques de la pédopsychiatrie.

Réforme de la maquette de l'internat

Nous accueillons favorablement la place accordée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans la nouvelle maquette. Nous rappelons la nécessité d'une diversification des lieux de stage et d'une augmentation du nombre d'universitaires de pédopsychiatrie pour former les praticiens de demain.

Réforme des autorisations

Nous soutenons ce texte qui fixera officiellement l'exercice de la pédopsychiatrie pour les populations jusqu'à 18 ans. Pour cela il faut que des moyens de prendre en charge les 16-18 ans soient alloués aux services de pédopsychiatrie.

Motion adoptée à l'unanimité

Malades mentaux auteurs d'infractions pénales : quelles responsabilités ?

Le SPH rappelle que les malades souffrant de pathologie psychiatrique qui ont commis une infraction pénale dans un moment de décompensation et ont présenté un état dangereux relèvent prioritairement de soins spécialisés. Le SPH exige l'attribution des moyens aux équipes de secteur permettant un accès précoce aux soins psychiatriques, et une intensification des dispositifs de prise en charge chez des sujets présentant de multiples facteurs de vulnérabilité afin de réduire les risques de passage à l'acte violent ou transgressif. Le SPH demande une concertation sur l'état réel de l'exercice public de la psychiatrie et des besoins afin de remplir ses missions hospitalières publiques dans des conditions éthiques et sécuritaires.

Le SPH souligne la multiplicité des facteurs (sociaux et environnementaux) qui concourent à ces situations dangereuses. L'action des psychiatres hospitaliers doit s'inscrire dans une volonté politique autre que sécuritaire.

La psychiatrie est soumise à des injonctions contradictoires entre commande de régulation de l'ordre social, de prévention des états dangereux et reproche de privation abusive de liberté

ou de laxisme jusqu'à rechercher la responsabilité du psychiatre lorsque son patient commet un acte médico-légal.

Le SPH affirme le caractère irremplaçable et incontournable de l'expertise psychiatrique dans l'évaluation de l'état dangereux et de la responsabilité pénale chez les patients susceptibles de présenter un trouble psychique majeur lors de la commission d'une infraction pénale. En cas de pluralité d'expertises, l'avis majoritaire des différents collègues d'experts devrait être retenu. La pratique de l'expertise psychiatrique a joué un rôle fondateur dans l'individuation de la psychiatrie comme discipline médicale et doit être valorisée. Son enseignement doit être soutenu.

Le SPH réaffirme la nécessité de prendre suffisamment en compte l'état psychique et le discernement des personnes souffrant de troubles mentaux pour des sujets mineurs ou majeurs au moment de la commission d'une infraction pénale. Le code pénal français, à l'instar d'autres traditions juridiques dont les plus anciennes remontent à l'antiquité, a retenu l'irresponsabilité pénale des sujets ayant commis une infraction sous l'emprise d'un trouble mental.

Le SPH constate l'instrumentalisation de la souffrance compréhensible et légitime des victimes et de leurs proches pour procéder à des réformes législatives remettant en cause le principe millénaire de l'irresponsabilité pénale des malades ayant agi sous l'emprise d'un trouble psychique.

Alors que le cadre législatif permettait déjà la discrimination des situations particulières impliquant la prise de substances toxiques, la nouvelle loi du 22 janvier 2022 modifiant l'article 122-1 du code pénal méconnaît les acquis de la clinique psychiatrique et psychocriminologique en introduisant dans le droit des notions inadéquates sur les liens entre les conduites addictives, les troubles psychiques et la commission d'une infraction. Ces formulations inadéquates induisent un climat délétère qui infiltre les raisonnements et l'ambiance sociétale, et nous constatons des peines ne prenant pas en compte l'altération du discernement ou la prenant en compte dans un sens d'une majoration de la peine.

Motion adoptée à l'unanimité

La fonction de contenance dans les soins en psychiatrie

Réunis en Assemblée Générale à Pau, les psychiatres des hôpitaux réaffirment, comme les malades et leur environnement le font de leurs côtés, leur volonté de limiter autant que possible le recours à des soins sans consentement, tout en exigeant, quand ceux-ci sont nécessaires, les moyens de leur bon déroulement.

Ils rappellent l'importance du service public de psychiatrie de secteur, seul capable d'offrir un accueil sans condition, spécialisé et de proximité aux personnes souffrant de troubles psychiatriques pour limiter autant que possible le recours à des soins sans consentement. Partout où cet accueil est déployé et où des soins non

programmés sont disponibles, la fréquence des situations d'urgence psychiatrique diminue et le recours aux services d'urgence pour raison psychiatrique se raréfie.

Ils observent que lorsque le tissu social est fragilisé, voire dégradé, l'appareil de santé même

organisé en réseau est dépassé et ne parvient plus à répondre aux situations de détresse dans lesquelles l'agitation et la violence viennent témoigner d'états de désorganisation psychique aggravés par des solitudes extrêmes. Le traitement de ces décompensations repose alors sur un dispositif psychiatrique sachant combiner traitement hospitalier et mesures d'accompagnement et de réinsertion à la sortie. Le secteur psychiatrique trouve là toute son utilité et montre souvent une efficacité d'autant plus grande que les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux sont eux aussi mobilisés.

D'une manière générale, quand les troubles psychiatriques sont sévères, les situations délicates auxquelles ils donnent lieu évoluent d'autant mieux que les équipes psychiatriques :

- ◆ Connaissent le malade, ce qui suppose qu'il est adressé aux équipes qui le

soignent ou sont appelées à le soigner (et pas dispatché au hasard des lits vides).

- ◆ Sont composées de soignants qui se connaissent et se font confiance, la cohésion d'une équipe faisant sa force (au contraire de la faiblesse produite par la valse des remplaçants).
- ◆ Regroupent des professionnels dont la majorité d'une part est expérimentée, et d'autre part a reçu une formation initiale et continue en psychiatrie.

Ils affirment l'intérêt des formations de sensibilisation des soignants, psychologues et médecins à la relation avec les malades et patients. La qualité de la rencontre et de l'ambiance est à même de faire évoluer des situations initialement marquées par le refus de soins vers un consentement. De même, la formation aux techniques de désescalade, qui peuvent être

précieuses dans la prévention de la constitution de situations de violence, est à généraliser.

Ils attendent des pouvoirs publics que ceux-ci s'engagent dans un effort prolongé de renforcement de la formation et des effectifs des personnels. C'est à ce prix qu'une partie des drames donnant lieu à emballement médiatique pourrait être évitée.

La réduction des recours à l'isolement en chambre fermée et à la contention mécanique doit résulter d'une mobilisation générale ayant pour objectif une amélioration globale des soins et traitements psychiatriques qui se traduira, entre autres, par un développement de la fonction de contenance des soins en psychiatrie. Le besoin d'une politique volontariste des pouvoirs publics en psychiatrie est ici de nouveau réaffirmé.

Motion adoptée, 1 abstention, 1 voix contre

MALGRÉ DES DÉCLARATIONS D'INTENTION, LA CRISE DE LA PÉDOPSYCHIATRIE CONTINUE EN 2022

La démographie poursuit sa progression en France avec un million d'habitants de plus qu'il y a 5 ans et un rythme de naissances soutenu ; la chute des naissances après le premier confinement a été compensée avec 1,83 enfant par femme en 2021 soit 738000 naissances. Nous voyons dans les zones suburbaines se construire de nouvelles écoles, collèges et lycées... Mais pas de construction d'équipements de base comme les CMP pour la prise en charge des troubles mentaux des enfants et adolescents.

Le rapport du Sénat sur la psychiatrie de mineurs de 2017 dressait déjà le « constat d'une grande difficulté de la discipline, traversant une double crise démographique et universitaire ne lui permettant pas de répondre à ses besoins en évolution ».

Cette situation a été de nouveau reconnue lors des Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie en 2021 : « 400 postes » ont alors été promis pour réduire les délais d'attente, soit 1 poste par secteur ! Quant aux mesures de rattrapage qui se concrétisent dans des appels à projet, elles sont également notoirement insuffisantes pour combler le retard pris.

La crise démographique des pédopsychiatres se cristallise dans le manque d'universitaires pour former les jeunes praticiens (certaines régions en sont dépourvues) et dans un manque d'incitations à exercer cette discipline.

Les professionnels de la pédopsychiatrie sont de plus en plus sollicités et leur champ d'action élargi : bébés, adolescents, traumatismes, etc. La prévalence des troubles mentaux chez les mineurs augmente (surexposition aux écrans, TSA, dépression chez les adolescents). Les

séquelles psychiques de la pandémie de COVID 19 se font toujours sentir : les admissions aux urgences pédiatriques de jeunes suicidants ou déprimés ont doublé depuis 2020.

Les délais d'attente pour un rendez-vous sont insupportables pour ces jeunes en plein développement et leurs familles. L'empêchement à remplir les missions premières : accueillir, soigner et si possible prévenir, est la cause d'un épuisement des professionnels et d'une crise des vocations. Il est de plus en plus difficile de recruter des personnels soignants pour la santé mentale des mineurs.

L'année 2022 a été marquée par la mise en place de la réforme du financement de la psychiatrie dont les effets seront sensibles dans les années à venir et qui inquiète les professionnels car la tarification à la file active semble être, quoi qu'on en dise, un premier pas vers une tarification à l'activité alors que les soins en pédopsychiatrie demandent du temps.

La réforme des autorisations risque de complexifier la création de structures nouvelles.

Au sein d'une loi de psychiatrie et santé mentale, nous demandons une réelle reconnaissance de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et une réévaluation de ses moyens à la hauteur des enjeux sociétaux que l'avenir de la jeunesse représente.

Moyens

Nous demandons des moyens suffisants envisagés à l'échelle du territoire, associant plusieurs secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, pour des parcours de soins gradués, intégrés et pluridisciplinaires dans le cadre du PTSM.

Chaque territoire devrait être doté des dispositifs nécessaires, lieux de consultation, équipes mobile, hôpitaux de jour d'évaluation, hospitalisation temps plein... Les urgences, les lits de crise, les parcours de soins spécifiques (tels que périnatalité, TCA, etc.).

Réforme de la tarification

Nous demandons :

- ◆ La représentation de la pédopsychiatrie publique dans toutes les commissions régionales chargées d'émettre un avis sur les allocations de ressources en psychiatrie.
- ◆ La poursuite de la réflexion sur la « tarification à la File active » et les activités spécifiques de la pédopsychiatrie.

Réforme de la maquette de l'internat

Nous accueillons favorablement la place accordée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans la nouvelle maquette.

Nous rappelons la nécessité d'une diversification des lieux de stage et d'une augmentation du nombre d'universitaires de pédopsychiatrie pour former les praticiens de demain.

Réforme des autorisations

Nous soutenons ce texte qui fixera officiellement l'exercice de la pédopsychiatrie pour les populations jusqu'à 18 ans. Pour cela il faut que des moyens de prendre en charge les 16-18 ans soient alloués aux services de pédopsychiatrie.

FERMETURE DES LITS ET MESURES « FLASH »... LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE AUSSI...

Dr Stéphane HENRIETTE, Secrétaire Général du SPH
Dr Marie José CORTES, Présidente du SPH

Dans les suites du mouvement de mobilisation nationale et de grève des psychiatres d'exercice public du 28 juin 2022, alors que les conditions de travail et de soins se dégradent continuellement, le SPH a sollicité les psychiatres d'exercice public à deux reprises cet été.

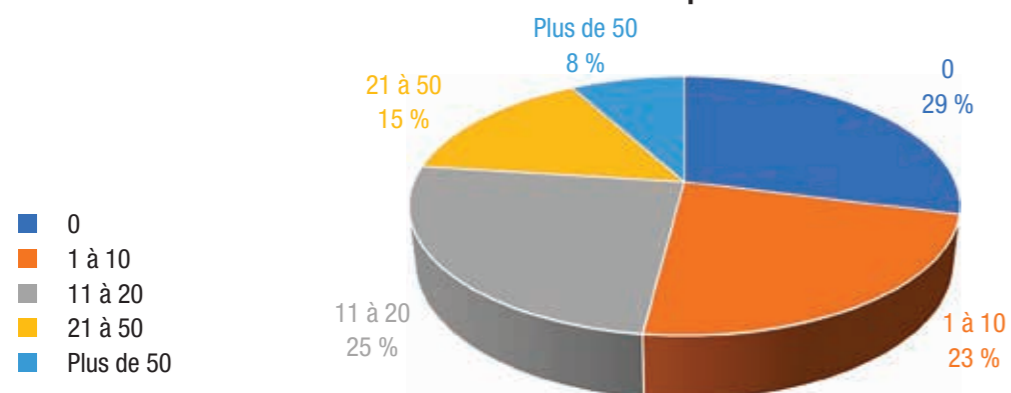
À l'aide de questionnaires rapides, il nous fallait recenser les fermetures de lits et de structures extra-hospitalières non souhaitées, mesurer l'impact en termes d'accès aux soins et de continuité de ceux-ci ainsi que l'effectivité des mesures dites flash et leur éventuelle efficacité.

Les réponses ont été nombreuses et proviennent de l'ensemble des régions de France et d'un très grand nombre d'établissements accueillant des lits de psychiatrie publique.

Les résultats n'ont fait que confirmer nos craintes et l'ampleur de la dégradation de la situation de la psychiatrie publique en France.

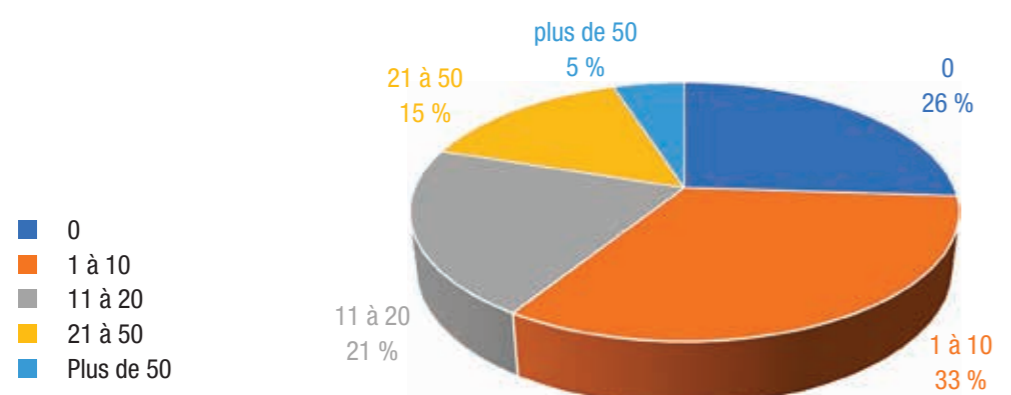
Depuis le début de la crise sanitaire (mars 2020), 70 % des établissements ont fermé des lits.

Nombre de lits de psychiatrie fermés par établissement depuis mars 2020



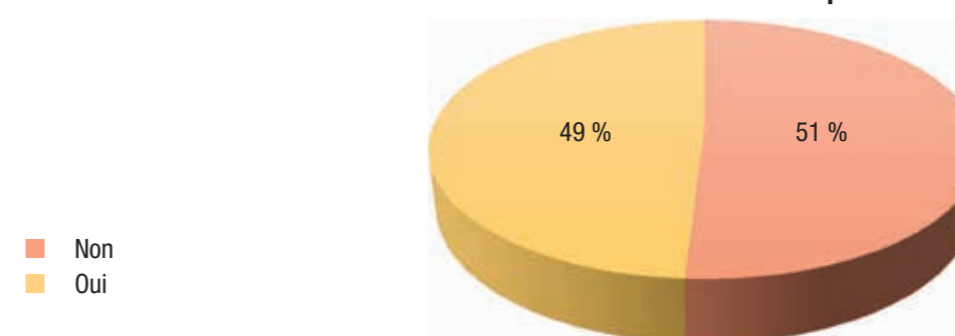
Cet été, plus de trois quarts des établissements ont été concernés par des fermetures de lits non souhaitées. Pour un certain nombre d'entre eux, c'est plus d'une cinquantaine de lits qui ont été fermés.

Nombre de lits de psychiatrie fermés par établissement cet été



Dans un établissement sur deux, des structures extra-hospitalières ont également dû fermer pour permettre un redéploiement - souvent insuffisant - de ressources sur l'intra-hospitalier, altérant le travail de secteur et la continuité des soins aux patients.

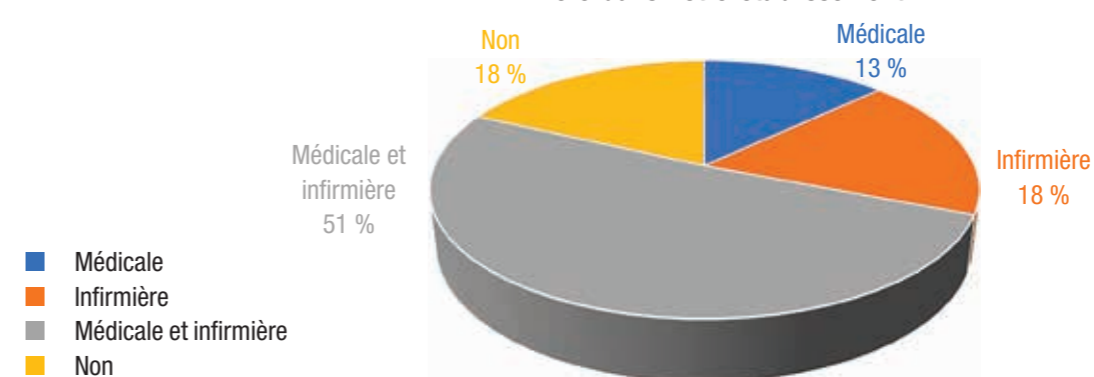
Fermeture de structures extra-hospitalières cet été



Les causes en sont hélas assez simples : pénurie médicale et pénurie infirmière, conjuguée dans un établissement sur 2, médicale ou infirmière dans un établissement sur 3.

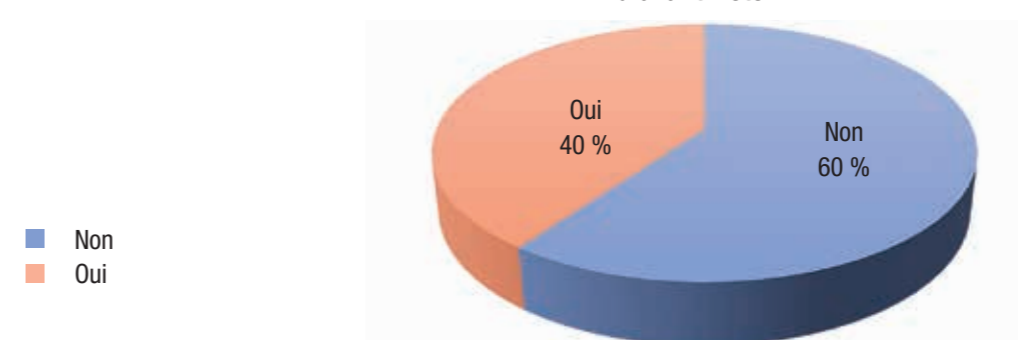
Seul un établissement sur 6 semble ne pas être concerné par cette pénurie.

Existe-t-il une pénurie médicale et/ou infirmière dans votre établissement ?



Dans les suites des fermetures de lits, plus d'un hôpital sur deux n'a pas été en mesure de retrouver sa capacité d'accueil antérieure.

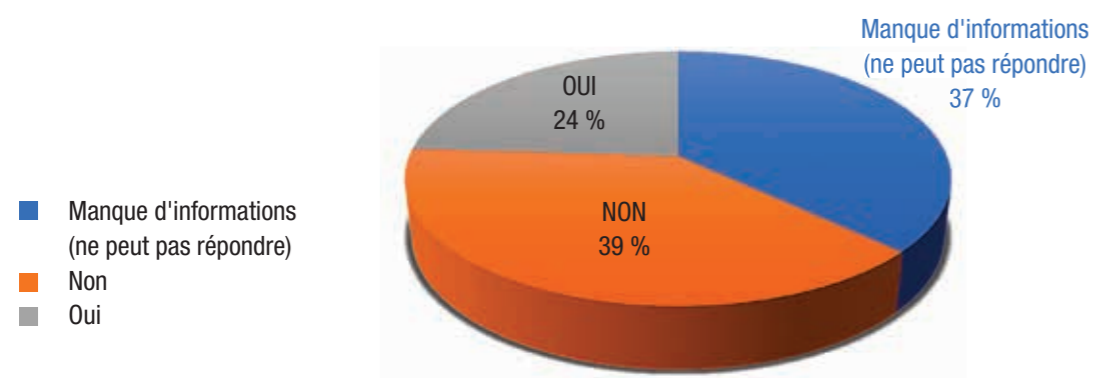
L'hôpital a-t-il récupéré sa capacité en lits d'avant l'été ?



Concernant les mesures dites flash et leur lisibilité pour le personnel médical exerçant en psychiatrie publique :

- ◆ Plus d'un répondant sur trois (37 %) indique qu'il n'est pas en mesure de répondre aux questions concernant ces mesures par manque d'information sur son établissement.
- ◆ Parmi les personnels médicaux correctement informés, il semblerait que dans seulement 2 établissements sur 5, les mesures décidées soient effectives.

Les "mesures flash" ont-elles été effectives dans votre établissement ?



Quant à leur efficacité, elles sont apparues « partiellement efficaces » pour la moitié des praticiens et « inefficaces » pour 45 % des répondants. Seuls 5 % des praticiens ont trouvé que ces mesures permettaient de répondre de façon « efficace » aux difficultés de l'hôpital public.

Dans ce contexte de difficulté extrême à assurer un parcours de soins sans délai et sans rupture à nos patients, les quatre syndicats représentatifs des psychiatres d'exercice public ont sollicité une rencontre auprès du Ministre de la Santé et de la Prévention... aucune proposition de rendez-vous ne leur a été faite à ce jour...

LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE DE SEPT PROFESSIONS DE SANTÉ À ORDRE, APPLICABLE AU 1^{ER} JANVIER 2023

Pascal FAVRÉ • Novembre 2022



Une certification atteste officiellement

- ◆ Qu'une personne est en mesure d'exercer une ou plusieurs activités professionnelles précises ;
- ◆ Avec un niveau de responsabilité et d'autonomie donné.
- ◆ Elle garantit que le titulaire possède les compétences nécessaires à la réalisation de ces activités.



L'Ordonnance du 19 juillet 2021

- ◆ Prise sur le fondement de la loi du 24 juillet 2019 dite « Ma Santé 2022 ».
- ◆ Fixe le cadre de la certification périodique de sept professions de santé dotées d'un ordre professionnel.
- ◆ Initialement prévue pour les médecins, cette procédure est étendue à d'autres professionnels salariés ou libéraux.

En pratique, les professionnels en exercice au 1^{er} janvier 2023

- ◆ Disposent d'un délai de neuf ans pour établir avoir réalisé les actions requises au titre de l'obligation de certification professionnelle périodique ;
- ◆ Pour leur première période de certification qui commence à compter de cette date.



Le contexte

Des dispositifs de certification périodique existent dans de nombreux pays, et se multiplient dans la zone OCDE, à l'exception de la France qui avait mis en place des dispositifs spécifiques plus limités (Développement Professionnel Continu - DPC avec obligation triennale de formation continue).

Le code de la santé publique (titre II- préliminaire de la 4^{ème} partie) est complété d'un nouveau chapitre précisant les principales caractéristiques de la certification périodique.

Il crée un **Conseil national de la certification périodique** chargé de définir la stratégie, la promotion, le déploiement ainsi que les orientations scientifiques de la certification périodique.

Il précise que **des référentiels de certification** définissent, par profession, les actions à accomplir au titre de la certification. Après avis du conseil national professionnel compétent, le ministre chargé de la santé arrête le référentiel de certification périodique de chaque profession ou spécialité.



Les points essentiels à retenir sur la certification périodique

Sont concernés par cette obligation : **les médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.**

Cette procédure garantit :

- ◆ Le maintien des compétences ;
- ◆ La qualité des pratiques professionnelles,
- ◆ L'actualisation et le niveau des connaissances.

La réalisation d'un **programme précis** (actualisation des connaissances, renforcement de la qualité des pratiques, amélioration de la relation patient, prise en compte de la santé personnelle du patient) est exigée au cours d'une **période de six ans**.

Les actions de certification sont **librement choisies par le professionnel de santé** parmi une liste, en lien avec l'employeur pour les salariés.

Une exonération totale ou partielle possible

Selon des conditions strictes définies par décret, **le professionnel qui n'exerce pas son activité directement auprès de patient** peut être exonéré de cette obligation.

Création d'un conseil national de la certification périodique

Le conseil national de la certification périodique est chargé de définir la stratégie, le déploiement et la promotion de la certification périodique.

Il fixe les orientations scientifiques de la certification périodique et émet des avis rendus publics.

Il veille à ce que les acteurs intervenant soient indépendants de tout lien d'intérêt et que les actions prises en compte répondent aux critères d'objectivité et aux règles déontologiques.

Le CNCP est mis en place par décret du 11 mai 2022 sous la présidence du Pr Lionel Collet.

L'Ordre est garant de la bonne application du dispositif

L'ordonnance donne compétence aux Ordres professionnels de s'assurer du respect, par les professionnels de santé, de leur obligation.

Le non-respect de celle-ci est une faute pouvant entraîner des sanctions disciplinaires.

Un décret en Conseil d'État déterminera les modalités de financement du dispositif, les sanctions administratives et financières applicables en cas de manquement.



Concrètement ce qu'il faut savoir pour s'y préparer

Le code de la santé publique modifié définit en premier lieu les objectifs de la certification périodique, le champ des actions qui participent à celle-ci, la périodicité de l'obligation de certification :

- ◆ Tous les six ans pour les infirmiers débutants leur exercice après le 1^{er} Janvier 2023.

Par dérogation, les membres des professions concernées, en exercice au 1^{er} janvier 2023, disposent d'un délai de neuf ans pour attester avoir réalisé les actions DPC triennales requises au titre de l'obligation de certification professionnelle périodique pour leur première période de certification qui commence à compter de cette date.

Ne pas satisfaire à cette obligation constituera une faute avec sanctions à la clef

L'ordonnance confie aux ordres professionnels compétents le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de certification périodique.

Le fait pour un professionnel de santé mentionné à l'article L. 4022-3 de ne pas satisfaire à cette obligation constitue une faute susceptible d'entraîner une sanction disciplinaire prévue à la quatrième partie du code de la santé publique.

Ce contrôle du respect de l'obligation de certification s'exercera donc dans le cadre de la procédure disciplinaire. Dans l'absolu, la liste des sanctions qui peuvent être prononcées par les juridictions ordinaires va de l'avertissement au blâme, jusqu'à l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession.

L'ordonnance précise que les modalités d'application de cet article L. 4022-9 feront l'objet d'un décret en Conseil d'État.

Une autorité administrative pour la gestion des comptes individuels de certification des professionnels de santé

Dès janvier 2023, chaque professionnel devra disposer d'un **compte individuel (portfolio) qui retrace les actions de certification périodique suivies.**



Ces comptes seront gérés par une autorité administrative (Ordonnance du 19 juillet 2021), mission confiée à **l'Agence Numérique en Santé**.

Celle-ci devra notamment développer un système d'information « certification », essentiel tant pour la conduite de la démarche que pour le suivi des parcours individuels de certification par les professionnels eux-mêmes.

Chaque compte sera contrôlé par l'ordre professionnel à l'issue de la période de certification.

Certification périodique : le ministère confie à l'ANS la conception d'une plateforme numérique à destination des professionnels de santé. Publié le 01 septembre 2022

Les premières fonctionnalités seront disponibles début 2023.

La certification périodique :

- ◆ Définie par la loi de juillet 2019 sur l'organisation et la transformation du système de santé et l'ordonnance du 19 juillet 2021 ;
- ◆ Oblige les professionnels de santé dotés d'un ordre : chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, pédicures-podologues, pharmaciens et sage-femmes à suivre et réaliser des actions de certification pour renforcer :
 - ▶ Leurs savoir-faire et connaissances ;
 - ▶ La relation avec leurs patients ;
 - ▶ Et le suivi de leur propre santé personnelle.

Chacun disposera d'un accès à son **compte individuel**, grâce au **Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le Système de Santé (RPPS)** : ce compte individuel contiendra notamment le bilan personnalisé des actions menées et à entreprendre.

Des informations générales sur le dispositif, les référentiels d'actions à réaliser par profession et spécialité seront également consultables.

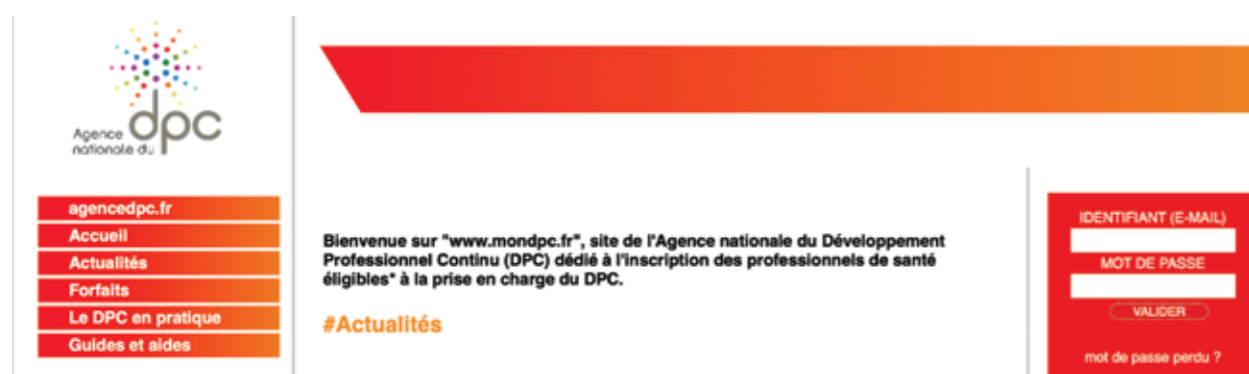
Le contenu détaillé ainsi que les modalités d'accès et d'utilisation de ces comptes individuels, préalablement soumis à la consultation des parties prenantes, seront définis d'ici l'automne 2022 par un décret en conseil d'État.

L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)



www.mondpc.fr :

- ◆ Site de l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) ;
- ◆ Dédié à l'inscription des professionnels de santé éligibles à la prise en charge du DPC.



Les règles de prise en charge d'une formation par l'Agence nationale du DPC

L'Agence nationale du DPC participe à la prise en charge des professionnels de santé libéraux conventionnés et salariés des centres de santé conventionnés en activité : biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sage-femmes).

Créer un compte et accéder à Mon DPC, le document de traçabilité

L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu met à disposition de tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice un espace sur www.agencedpc.fr, professionnels de santé (<https://www.agencedpc.fr/professionnel/>).

À terme, cet espace accueillera l'ensemble des fonctionnalités ouvertes aux professionnels de santé. À ce jour, vous trouverez sur cet espace :

- ◆ Votre profil et les fonctionnalités de création et de gestion de votre compte (identifiant, mot de passe, informations personnelles et professionnelles, préférences, etc.).
- ◆ **Mon DPC**, le document de traçabilité (déclaration des actions, dépôt des attestations, édition de synthèse, transfert automatique aux ordres, etc.).

Vous êtes éligible à la prise en charge de l'Agence nationale du DPC

Les inscriptions aux actions de DPC se poursuivent sur www.mondpc.fr :

Utilisez les mêmes identifiant et mot de passe pour accéder aux deux sites.

Pour en savoir plus sur les règles de prise en charge, prenez connaissance de notre fiche pratique.

Et accédez aux forfaits sur : <https://www.mondpc.fr/mondpc/forfaitsdpc/18>.

Rechercher une action de DPC sur le site www.mondpc.fr

Rechercher une action de DPC

Un guide méthodologique est proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à l'Ordre

Un référentiel national de certification périodique est élaboré par chacun des conseils nationaux professionnels (CNP).

Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, qui peut saisir pour avis la Haute Autorité de santé lors de leur élaboration.

Un guide et sa synthèse « Proposition de méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à l'ordre » ont été élaborés dans le cadre d'un travail avec les représentants des CNP des sept professions concernées et France Assos Santé.

Ils ont été produits après une phase d'analyse de systèmes étrangers de recertification/évaluation, d'un état des lieux des méthodes et outils disponibles en France.

Les textes officiels

- ◆ L'arrêté du 10 décembre 2021 portant désignation du président du conseil national de la certification périodique.
- ◆ L'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.
- ◆ L'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
- ◆ Décret du 11 mai 2022 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil national de la certification périodique.
- ◆ Le rapport IGAS de juillet 2021 : « État des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la 'recertification' des professionnels de santé à l'ordre ».
- ◆ Le rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (mai 2018).



Hommage à Pierre PENNEC

« Pierre PENNEC, ancien du SPH, président fondateur de l'APPA nous a quitté il y a 2 jours, à 93 ans.

PIERRE c'est un personnage, une stature, une présence.

Grand, une voix forte, un vrai Breton.

Il avait des qualités exceptionnelles, son intelligence, sa créativité, son empathie, sa fidélité, ses convictions fortes.

Il y a plus de 40 ans, il a été chargé par notre syndicat, tout particulièrement Jean AYME, de la mission de donner accès aux hospitaliers à des garanties de protection sociale absentes de leur nouveau statut.

PIERRE était également un psychiatre très engagé dans tout ce qui concernait la modernisation des soins aux patients les plus sévèrement atteints et à leur réhabilitation.

On se souvient de la croisière qu'il avait organisée sur le bateau du Père Jaouen avec des patients de son service.

On ne peut que saluer la générosité, l'altruisme de ce visionnaire à l'esprit pétillant, toujours enclin au bon mot.

Il a porté l'APPA avec intelligence, disponibilité et nous a transmis la charge de poursuivre sa mission.

J'ai Samedi lui rendre hommage au moment de ses funérailles en notre nom à tous ».

Texte prononcé par Jean-Pierre PROVOOST, président de l'APPA, lors de l'AG du SPH à Pau le 28 septembre 2022



Pierre Pennec avec le père Jaouen lors de la croisière thérapeutique de malades de La Roche-sur-Yon, 1978.

UNE ÉVOLUTION POSSIBLE DE LA PSYCHIATRIE

Dr Gérard ROSSINELLI

Psychiatre honoraire des hôpitaux

Président fondateur de l'ANPEJ (Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires)

et de la CNEPCA (Compagnie nationale des experts psychiatres près les cours d'appel)

Quelles évolutions possibles de la psychiatrie dans un contexte difficile, l'accumulation de problématiques, drame, catastrophe dans tous les domaines de la vie sociale, économique et politique ?

Les problèmes reconnus prioritaires concernent la défense, l'agriculture, la cybersécurité, la transition écologique.

Malgré la dégradation de la situation, le champ de la psychiatrie demeure seulement en arrière-plan et on peut s'attendre à quelques améliorations statutaires ponctuelles des personnels soignants, une vague application des accords Ségur, mais plus sûrement un statu quo justifié par la situation globale environnante.

La psychiatrie ne suscite pas les mêmes intérêts que les urgences, la réanimation, le MCO mais indifférence ou rejet.

La chute démographique des psychiatres se poursuit

Le manque d'attractivité, une mauvaise image, les contraintes multiples, l'information des médias induisent un désintérêt sélectif des jeunes médecins.

Le recrutement se tarit, et par exemple plusieurs départements sont dépourvus de pédo-psychiatres ou ceux-ci ne sont pas accessibles.

Dans le secteur public la vacance des postes apparaît conséquente.

Le secteur médico-social est aussi touché.

La situation semble plus complexe pour la psychiatrie libérale concernée à la fois par la baisse démographique, mais aussi par l'importance de la dimension environnementale socio-économique.

La nature ayant horreur du vide, les soins en psychiatrie voient l'émergence d'offres de médecine alternative, de soins offerts parfois

par des thérapeutes auto-désignés, voire dans un cadre sectaire, et parfois la substitution du rôle du psychiatre par d'autres professionnels de santé, notamment psychologues cliniciens. Alors que paradoxalement les négociations conventionnelles ont amené des améliorations des tarifs conventionnels et leur élargissement.

L'abandon de l'État

Psychiatrie publique et privée ont connu un essor considérable depuis les années 60, découlant de la politique de secteur impulsée au départ par la circulaire ministérielle de mars 1960.

Après les horreurs de la seconde guerre mondiale, les famines dans les hôpitaux psychiatriques, une psychiatrie désaliénante, respectueuse des patients et de leur citoyenneté, rejetant ségrégation et stigmatisation, prônant socialisation, développement de la prévention et de la continuité des soins, orientation vers une psychiatrie communautaire s'élaborait dans le cadre du ministère de la santé, associant psychiatres et administration.

Depuis le 19^{ème} siècle, le développement des établissements psychiatriques et la loi du

30 juin 1838, l'état porte la psychiatrie publique, cherchant par ailleurs à associer par le financement les départements et collectivités sans réel succès, la psychiatrie n'étant pas électoralement intéressante.

Cela s'est manifesté par la suppression de nombreux lits d'hospitalisation psychiatrique, le départ de milliers de patients et leur espoir de resocialisation mais malheureusement les alternatives extrahospitalières sont apparues cependant limitées et ne parvenant pas à répondre aux besoins élémentaires de nombre de patients dont certains auteurs ont pu dire les voir souffrir « d'externements arbitraires ».

L'État, l'administration, ont soutenu et amplifié ces orientations, espérant de manière concomitante diminuer le coût financier des soins psychiatriques par la limitation de l'hospitalisation.

Depuis des années les moyens affectés à la psychiatrie publique ont stagné, voire régressé alors que la pratique de secteur connaissait un réel succès et connu une croissance constante voulant répondre à la demande des personnes et familles redevables.

Depuis quelques années le manque de lits d'hospitalisation en psychiatrie se fait ressentir, des séjours d'hospitalisation des patients raccourcis pour libérer de la place avec de graves incidences négatives et l'émergence de risques médico-légaux.

L'hémorragie de la démographie médicale psychiatrique a renforcé ces dysfonctionnements, les structures de soins et d'accueil sont apparues débordées, l'accès aux soins de plus en plus difficile avec incidemment diminution de la qualité des soins.

Le désarroi soignant

Malgré de nombreux mouvements de protestation, les besoins en personnel soignant n'ont jamais pu être pourvus.

Les conditions de travail du personnel soignant sont marquées par la pesanteur bureaucratique, la lourdeur hiérarchique et administrative, la déresponsabilisation qui s'accompagne de péjoration, d'absence de reconnaissance et fige, démobilitise, décourage le comportement soignant.

Qualitativement la formation du personnel soignant, toutes professions confondues est marquée d'une absence de formation réellement qualifiante.

Les soignants en psychiatrie ont été historiquement victimes des propositions du statut commun des anciens médecins psychiatre fonctionnaires avec les médecins de centres hospitaliers généraux, la disparition de l'infirmier

de secteur psychiatrique en faveur de l'infirmier diplômé d'État, la valorisation de l'enseignement universitaire aux dépens de la formation professionnelle antérieure et du tutorat, induisant le vécu collectif de soignants diplômés non qualifiés, renforçant leurs difficultés professionnelles.

Évolution et perspectives

L'état qui soutenait au départ la psychiatrie de secteur est devenu un élément freinateur majeur.

Par la limitation des moyens financiers et le manque d'effectifs, considérant la maladie mentale comme relevant de la notion de pathologie chronique, donc de financement limité, l'État a opéré un virage à 180° dans le champ de la psychiatrie.

Une évaluation inadéquate de la situation par les représentants des organisations syndicales

et professionnelles ne mettant pas en exergue la spécificité de la psychiatrie, cherchant à tout prix à intégrer le champ de la médecine hospitalière somatique a facilité cette orientation, orientation renforcée par les querelles intestines des professionnels de la psychiatrie et les réelles difficultés de la psychiatrie intégrative.

La psychiatrie, « médecine de l'âme » s'appuie sur le rôle direct personnel des soignants, leur implication avec empathie et responsabilisation,

et dans l'intersubjectivité, utilisant les données évolutives techniques et thérapeutiques.

De surcroît, le milieu professionnel psychiatrique est resté replié sur lui-même, se contentant d'un face-à-face avec les représentants du ministère de la santé, de la direction des caisses de sécurité sociale sans véritable recherche de soutien et d'alliance vis-à-vis des départements, des associations, des partis, organisations syndicales, élus départementaux et locaux.

Une réorientation s'impose

Pendant des années il y aura une carence démographique de psychiatre et de personnel soignant.

La maladie mentale demeure et il serait logique de s'orienter vers une psychiatrie réellement communautaire avec une recherche de partenariat complémentarité avec les professionnels de santé, notamment les médecins libéraux, le secteur social dans le respect des compétences réciproques, avec la quête d'implication de ces professionnels dans l'approche des soins et du CARE des patients souffrant de troubles mentaux.

En rappelant que dans leur spécialité les psychiatres sont seuls qualifiés pour les diagnostics et traitements des troubles mentaux, alors que des récentes circulaires ministérielles les excluent pratiquement pour les dépistages de la petite enfance.

Les CPTS peuvent offrir un cadre de rapprochement qui ne doit pas se limiter à de nécessaires échanges téléphoniques ou transferts de patients mais à travers une implication conjointe et des éléments de soutien, de formation apportée aux autres professionnels non spécialisés.

La quête d'altérité, le respect des compétences et complémentarités de chacun, la cohérence des parcours de soins induit d'autres pratiques de soins psychiatriques non contradictoires avec les lieux spécialisés de la psychiatrie de différents niveaux.

Pour relancer la dynamique psychiatrique, il convient de prioriser en urgence la revalorisation du rôle des soignants, le respect, la responsabilisation, la reconnaissance des compétences, la fin du carcan administratif, de l'absurdité des contraintes inhérentes.

La libération de la parole et de l'esprit d'équipe s'impose.

La réévaluation et restructuration des pratiques professionnelles, la formation initiale et la formation continue des soignants, le retour aux fondamentaux et la transmission du savoir pratique ne peuvent être contournés.

Peuvent être espérées des analyses, perspectives et plateformes communes associant psychiatrie libérale et publique, professionnels du soin en psychiatrie, les associations de patients et leurs familles soutenant les réformes nécessaires dans le champ des soins en psychiatrie non dilués dans le concept de santé mentale.

Mais la fragmentation de l'exercice médical de la psychiatrie, des multiples syndicats et organisations professionnelles nuisent à la crédibilité et l'efficacité de la discipline.

Il serait bon de s'unir, proposer analyses et perspectives communes dans un cadre à définir.

La division condamne toute perspective évolutive adaptée et nécessaire.

LE BURN OUT DES SOIGNANTS AU PRISME DE LA POST-PANDÉMIE

Marie PEZE

En ces temps de pandémie de coronavirus, c'est bien en puisant dans leur formation, leurs compétences, leur dévouement, que les soignants se sont mis au service des patients et de la société. C'est par l'injonction à « sauver des vies » qu'ils se sont engagés dans ce chaos inédit.

L'engagement individuel et collectif des médecins, des soignants, est exercé quotidiennement sans grande mise en visibilité autre que ce qu'ils coûtent à la SS, à la solidarité nationale. Car désormais on ne voit plus que ce que le travail coûte et non ce qu'il rapporte.

Là, dans l'urgence, les tableaux Excel ont sauté, la grammaire chiffrée qui régit le monde du travail a disparu, provisoirement. Cette pandémie a engendré une transformation profonde de l'hôpital, elle s'est faite avec la participation active et la transformation profonde des soignants de ville et de l'hôpital. Tous se sont saisis de la nouvelle réalité, du manque d'informations et de moyens, de la rapidité d'expansion, de la sévérité des atteintes, de la nouveauté et la difficulté du travail, des angoisses personnelles ou des peurs. De nouveaux circuits de communication, d'échanges, de collaboration sont apparus.

Il faudra souligner longtemps l'ingéniosité et le professionnalisme de tous. Toutes ces transformations ont permis aux soignants de se mettre en accord avec leur éthique professionnelle au travers d'un engagement sans faille, qui leur a permis de résister à l'épuisement. Car ce qui protège toujours de l'épuisement, c'est la possibilité de faire du travail de qualité, de donner du sens à ce qu'on fait et que ce sens soit reconnu.

Nous avons vu surgir votre héroïsation, véhiculée par les discours patriotiques, les soutiens politiques et médiatiques, les applaudissements populaires. Cette héroïsation invalidait de fait toute possibilité personnelle de refuser cet engagement malgré les risques encourus au front du COVID, dont nous connaissons encore mal le chiffre des victimes, dans vos rangs.

Que penser de la très médiatique, très sonore, très visible reconnaissance du travail des soignants ? En partie sincère, bien sûr de la part de ceux qui, confinés, applaudissaient de chez eux, à 20 heures, ceux qui les soignent mais, n'en doutons pas, pour d'autres, bien plus stratégiques. Cette survalorisation des soignants s'inscrivait, il me semble, en exact contrepoint de l'incroyable cécité et surdité aux revendications de ces mêmes soignants, qui depuis des années dénoncent la dégradation de leurs conditions d'exercice du soin, de leurs conditions de travail, en libéral comme à l'hôpital.

Ceux que l'on encense encore aujourd'hui, évoquaient depuis longtemps le manque de moyens, le manque d'effectifs, les flux tendus, les statuts précaires et l'épuisement devant des soins dégradés. L'intensification du travail, la perte de l'autonomie, la surveillance chiffrée. Certains soignants se sont d'ailleurs suicidés dans le déni persistant aux suicides d'origine professionnelle, sur fond d'habituels dédouanements des organisateurs du travail : « oh, c'est un drame intime... il avait des difficultés conjugales, elle déprimait, ... il était fragile ».

Les étiquetés « fragiles » ont été présents tous les jours au front du COVID, y ont risqué leurs vies pour sauver la nôtre et le seront demain encore.

L'injonction « au travail à tout prix pour sauver des vies » s'est d'ailleurs déployée dans un environnement professionnel tout aussi dégradé qu'avant, par le manque de masques, d'EPI, de matériels de ventilation, de kits et réactifs pour les tests diagnostic, de produits de sédation, de temps, de compétences, de perspectives sur la durée de l'investissement, la surcharge de l'hôpital, l'insuffisant recours au privé. Mais les retrouvailles avec le travail collectif, l'autonomie de décision dans les soins, la mise au rebus temporaire du chiffre constant de l'activité, le retour à l'inventivité, au sens du soin ont comme par miracle rendu leur énergie aux soignants épuisés confirmant ce que disent les cliniciens du travail : le terreau du burn out chez les soignants n'est pas tant la charge de travail que la perte de sens du soin et la souffrance éthique de mal faire son travail.

Je reviens donc au burn out, le votre bien sûr, celui de vos patients, pour poser quelques fondamentaux :

- Sa définition ;
- Ses causes ;
- Sa prise en charge.

Je veux d'abord souligner la place essentielle que nos médecins généralistes jouent dans la prise en charge des patients en burn out. Sans le suivi attentif du médecin généraliste, sa connaissance spécifique des antécédents des patients, sans la confiance que le patient lui accorde, nombre de salariés seraient poussés au passage à l'acte suicidaire tant ils se sentent enfermés dans une situation d'impasse.

La prise en charge du burn out est complexe car elle se situe aux confins des disciplines nécessaires à la compréhension du monde du travail :

- ◆ Si on ne comprend pas les méthodes du new management, et si on ne connaît pas leurs effets pathogènes, comment se dégager du sentiment d'avoir été faible, pas à la hauteur tandis que les autres tiennent ?
- ◆ Si on ne connaît pas ses droits, et ses devoirs, que faire d'autre qu'attendre le dernier moment, trop tard, pour aller voir un avocat ?
- ◆ Si on ne sait pas qu'un DRH qui n'agit pas en cas de harcèlement est désormais passible d'un an de prison avec sursis, comment oser aller solliciter son aide ?

- ◆ Que l'employeur a l'obligation de préserver la santé physique et mentale du salarié en termes de résultats (L 4121, dans le droit privé, article 11 sur la protection fonctionnelle dans le droit public).
 - ◆ Qu'il existe une psychopathologie du travail encore sous-estimée par nombre de psy qui renvoie à des violences organisationnelles collectives, systémiques et non à la fragilité individuelle.
 - ◆ Que notre système médico-administratif, avec les outils existants, permet de bien en assurer sa prise en charge pour peu qu'on en connaisse les ficelles.
- Le tout dans une surenchère médiatico-politique qui transforme le syndrome d'origine en concept poubelle.

Les savoirs pluridisciplinaires et croisés nécessaires à sa prise en charge ne peuvent être tenus par un clinicien seul. Praticien lui-même en butte à l'intensification de son travail, à la charge administrative et procédurale, au contrôle de son travail, le généraliste fait avec ses outils : l'écoute, limitée par le temps, l'arrêt maladie, limitée dans le temps, les médicaments, limités dans leurs effets.

Cette conférence a donc pour seule vocation d'informer les praticiens sur les outils existants, éprouvés, efficaces. De lui donner des réponses pragmatiques, de le sortir aussi de son isolement.

À partir des années 80, le burnout est décrit et étudié dans d'autres sphères que les métiers du soin et s'est peu à peu étendu à toutes les catégories professionnelles, soulevant par-là de nombreuses interrogations quant à la validité de ce concept dans un champ élargi.



Qu'est-ce que le burn out ?

Nourri de recherches en psychologie sociale, à partir des années 70, initialement dans le milieu soignant, puis dans d'autres sphères, ce concept souffre d'un manque de consensus dans sa définition. Le terme de burnout est largement répandu dans le langage courant sous des acceptions les plus diverses, ce qui entretient une certaine confusion. Il peine à s'individualiser d'autres entités pouvant entretenir un lien avec le travail, comme la dépression avec laquelle il partage de nombreuses caractéristiques (1). Mais dans le cas du burnout, nous le verrons, le lien avec le travail est essentiel.

Dans la CIM-11, le burn-out est défini comme suit :

- ◆ Le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré.
- ◆ Trois dimensions le caractérisent : un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement, un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail, une perte d'efficacité professionnelle.
- ◆ Le terme de burn-out ou d'épuisement professionnel désigne spécifiquement des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie.

Quelques repères chronologiques

Les travaux les plus importants ont été réalisés par Freudenberg puis Maslach, à la suite d'observations dans les métiers du soin. Ils ont donné lieu à un modèle tridimensionnel et séquentiel¹, résultant d'un stress cumulatif en lien avec l'activité et à un outil d'évaluation encore le plus couramment utilisé de nos jours dans les enquêtes épidémiologiques : le MBI (Maslach Burnout Inventory).

¹ Triade classique : Épuisement émotionnel, Cynisme vis-à-vis du travail, Diminution de l'accomplissement personnel au travail.

Burn-out : Émergence d'un concept

- ◆ En 1974, Herbert Freudenberg fait la 1^{ère} tentative de description de l'affection : le *Burn-Out Syndrome* (« B.O.S. ») dans lequel se trouve le personnel soignant des *Free Clinics*, très investi professionnellement et émotionnellement avec des patients toxicomanes.
- ◆ Le syndrome d'épuisement professionnel se déploie dans un contexte où le travail est un engagement dans la défense de causes collectives. Ce sont de jeunes idéalistes qu'il nous décrit en 1974.
- ◆ Pour Freudenberg, le syndrome d'épuisement professionnel provient de l'écart entre un idéal de changement et la réalité de l'environnement de travail.

Burn-out : des définitions

- ◆ En 1993, **Christina Maslach**, chercheuse en psychologie sociale, s'intéresse aux stratégies utilisées par les médecins : « L'inquiétude distante » renvoie chez un médecin à l'attitude idéale combinant compassion et détachement émotionnel.
- ◆ Dans les années 2000, pour **Christine Färber**, les individus ne sont plus atteints par la forme classique du syndrome d'épuisement professionnel : « le syndrome d'épuisement professionnel qui prévaut aujourd'hui est marqué par le fait que les individus ont une multitude d'organisations, des pressions externes croissantes, des exigences grandissantes de la part des autres, une limitation des possibilités de s'engager et des salaires qui ne compensent que partiellement les efforts fournis ».

... des définitions protéiformes

- ◆ Aucun patient ne présente un tableau clinique de Burn-out pur. On peut donc associer le BO à la dépression, au syndrome de fatigue chronique, à l'alexithymie, aux maladies cardiovasculaires, musculo-squelettiques, dermatologiques, allergiques, diabétiques...
- ◆ S'il fut au début un syndrome de soignants, on peut de nos jours étendre le risque de BO à l'ensemble des individus au travail, quelle que soit leur activité. Ce n'est plus un « syndrome de métier ». Cette épidémie de BURN OUT survient bien sûr dans un contexte économique et organisationnel spécifique. Le salarié français est 4^{ème} en productivité horaire et 1^{er} en consommation de psychotropes.

Que s'est-il passé du côté du travail ?

Le travail est une rencontre entre qui nous sommes et ce qu'on nous donne à faire.

Si l'on peut si logiquement invoquer la personnalité de celui qui est en souffrance au travail pour exonérer les conditions de travail, c'est que nous engageons beaucoup de nous-mêmes dans notre métier. Il serait illusoire de penser que nous laissons notre histoire personnelle accrochée à un cintre, dans les vestiaires de notre lieu de travail pour travailler mécaniquement. La plupart d'entre nous espèrent avoir l'occasion, grâce au travail, d'accéder à une

reconnaissance de leur valeur personnelle, de leur singularité, bref de leur identité.

Si le salarié s'investit trop au travail, on pourra donc émettre l'hypothèse qu'il a un besoin éperdu de reconnaissance non obtenue dans l'enfance, qu'il s'est surinvesti. Le lien difficile de certains salariés à l'autorité peut toujours être travaillé sous l'angle de la relation à la figure paternelle. On parle même de dépendance affective au travail !

◆ Peut-on dire à l'ouvrière qui souffre des 27 bouchons qu'elle visse par minute, que son CEdipe y est pour quelque chose ou que son hyperactivité est structurelle ?

◆ Peut-on dire au patient en burn out qui s'effondre à son poste, « mais, pourquoi n'êtes-vous pas parti plus tôt au lieu de supporter cette souffrance ? », alors que démissionner lui ferait perdre ses droits sociaux ?

◆ Les femmes apportent-elles leur consentement pulsionnel à être payées 25 % de moins que les hommes, tout en assurant encore la prise en charge invisible de la deuxième journée ?

Une frénésie s'est emparée du monde du travail. L'augmentation de la cadence des tâches à accomplir est présente partout, dans tous les secteurs professionnels, à des niveaux d'intensification qui pulvérisent les seuils neurophysiologiques et biomécaniques. Celui qui s'en sort dans les organisations actuelles du travail n'est pas, comme autrefois, le plus fort, ni le plus intelligent, mais le plus RAPIDE.

Voilà qui modifie singulièrement le sens donné au travail, qui modifie profondément les lieux de pouvoir dans l'entreprise. La fonction financière et les systèmes d'information deviennent incontournables et le directeur administratif et financier devient le personnage central avec sa cohorte de contrôleurs de gestion, d'analystes financiers et les outils techniques qui sont les leurs.

Pour atteindre les objectifs financiers fixés, une nouvelle bureaucratie managériale impose ses outils de traduction du travail réel en données chiffrées avec la puissance de calcul gigantesque que permettent les nouvelles technologies informatiques. C'est la transformation du travail réel en grammaire chiffrée.

Nous avons atteint une phase de taylorisation de toutes les activités grâce aux nouvelles technologies informatiques (NTI).

Et voilà comment le travail humain, avec sa sensorialité, ses muscles, ses efforts cognitifs, son endurance, son honneur, son âme, disparaît au profit d'une grammaire financière : reporting, contrôle du travail, du rythme, du temps, de la cadence, des flux, tendus si possible, plus de stock, 0 délai, 0 mouvement inutile, 0 surproduction... une usine rêvée, virtuelle, sans corps.

Et, bien sûr, les données deviennent universelles, les organisations matricielles. Les patients traités par le chirurgien deviennent un nombre d'actes, le temps passé par acte, la performance de l'opérateur par rapport aux autres. Le travail du chercheur devient le nombre d'articles écrits par an. Vous entrez dans un magasin et, sans

Le travail aux prises avec une double invisibilité

◆ **Gérald Ford, épisodique président des USA, édicte en Septembre 1974, la loi ERISA qui impose aux gestionnaires des fonds de pension la séparation d'avec l'activité de l'entreprise. L'épargne de la retraite est alors massivement réorientée vers le marché financier pour assurer le financement futur de la rente de masse, et vers les fonds de pension les plus solides.**

◆ **La fabrique des géants se développe, qui va faire passer du capitalisme industriel centré sur le travail au capitalisme financier centré sur la rente.**

◆ **Déconnexion entre la rente pour la retraite et le travail.**

Quelles conséquences sur le travail ?

La production de valeurs n'est plus issue du travail mais des nouvelles méthodes de gestion.

L'activité réelle s'évalue à partir des outils des contrôleurs de gestion.

La grammaire financière devient omniprésente : chiffres, algorithmes, contrôle de gestion...



le savoir, vous êtes enregistré par une cellule photoélectrique qui déclenche l'obligation pour chaque vendeuse de vous vendre un panier de tant d'euros. La vendeuse est suivie en temps réel par la responsable du magasin qui peut sur son logiciel savoir qui vend quoi, tandis qu'un PDG suit les ventes de chacune de ses boutiques en temps réel.

C'est le pilotage de l'économie par l'aval, par la demande du consommateur : le salarié est en prise directe avec la demande du consommateur, de l'utilisateur, du client, du patient et doit y répondre.

Les managers ne managent plus le travail mais les objectifs à atteindre. Le manager d'objectif n'est plus un manager de métier qui vient en soutien aux difficultés du salarié sur le terrain. Il ne connaît du travail que la partie émergée de l'iceberg, ce qui se voit, les objectifs et la productivité du salarié. Le salarié confronté au réel des tâches à accomplir est renvoyé à sa solitude. Surtout lorsque la puissante division scientifique des tâches sépare les salariés les uns des autres, rivés à leurs écrans, avec des temps de pause alternés, puis sans pause, donc sans temps collectif, donc seuls au milieu des autres.

Des organisations du travail matricielles

Chez nous, à l'hôpital, on ne prodigue plus des soins, on les « produit » grâce à la tarification à l'acte, la T2A. Pour augmenter l'activité, maîtriser les dépenses, on met en place, comme dans les entreprises, des outils de gestion analytiques. On gère les entrées et les sorties des patients pour que cela rapporte, on oriente les pratiques des soignants vers des soins ciblés rentables. C'est la mode de la chirurgie ambulatoire, puis des pôles, puis du Lean management², puis de la sous-traitance. Recettes miracles pour des économies qui se transforment en gouffres financiers...



Et l'hôpital tient, les entreprises tiennent, les ateliers, les magasins, les bureaux parce que des femmes et des hommes y travaillent. Ils rusent avec les normes, les procédures, les règlements, les décrets pour que le travail ait encore de l'allure, de l'honneur, une qualité. Pour qu'il soit encore du travail humain, dont ils puissent être fiers.

Mais tout ce que les femmes et les hommes ajoutent à la tâche prescrite pour bien faire leur travail est devenu invisible pour l'organisation du travail. Si, autrefois, le salarié détenait ses savoir-faire, il est désormais dépossédé de l'organisation de son travail, du but de celui-ci, de la vision du produit fini, de la délibération en équipe, de l'utilité de ce qu'il fabrique, de la qualité de son travail : il ne lui reste rien.

Les nouvelles organisations du travail sont pour beaucoup dans l'aggravation de la santé de celles et ceux qui travaillent. Voici les caractéristiques, tous métiers confondus, de ces nouvelles manières de travailler. On comprendra sans peine en quoi elles sont source de souffrances psychologiques et physiques :

La charge de travail (accroissement, intensité, complexité). Il y a plus de travail à faire, plus rapidement, avec moins de pauses et de temps de répit, avec des tâches plus complexes à exécuter à cause des procédures de reporting introduites pour contrôler et mesurer le travail.

◆ L'individualisation (objectifs individualisés, entretiens d'évaluation, reporting). Alors que le travail est une affaire collective, que la tâche dépend de celui qui travaille avant et après moi, nous sommes évalués de façon individuelle, ce qui met en visibilité l'intelligence collective et nous isole face à la hiérarchie. Sans oublier que nous sommes évalués sur des critères construits dans des bureaux de méthodes, bien loin du travail véritable de terrain.

◆ Le pilotage par l'aval (confrontation directe à la demande des clients, des usagers). Partout, y compris à l'hôpital, vous l'avez vu, c'est au travailleur au bout de la chaîne de gérer les difficultés rencontrées avec les produits du travail sur lequel il n'a pas la main, sans appui, de faire avec l'insatisfaction et la colère du consommateur.

◆ Le management (gestion des performances). Les nouveaux managers managent les objectifs à atteindre mais pas le travail pour atteindre les objectifs. Ils ne sont plus en appui devant les difficultés de terrain.

◆ L'abandon de certains critères de qualité, banalisés par la hiérarchie, dans la mesure où le salarié réalise une économie de moyens tout en préservant les exigences considérées comme centrales par les directions. Pour aller toujours plus vite, on peut demander au travailleur d'être moins précis, moins rigoureux sur telle ou telle tâche jugée inutile, mais essentielle pour la conscience professionnelle du salarié qui se retrouve en conflit éthique avec son travail.

◆ Les procédures pour une « qualité totale ». Loin des règles de métier définies par les travailleurs afin de bien faire leur travail, se multiplient d'envahissants critères de qualité totale, à respecter au pied de la lettre pour être certifiés, qui alourdissent le travail par une grande quantité de procédures, éloignant du travail réel. Une infirmière ainsi ne consacre plus que 10 % de son temps au soin.

◆ L'informatisation. Les nouvelles technologies informatiques nous placent tous dans une exécution instantanée du travail, et même dans certains métiers, à la nano-seconde, et sont en grande partie la source des pathologies de surcharge dont le burn-out fait partie. Ces outils numériques nous imposent un rythme inatteignable pour le corps et le psychisme humain.

◆ Les réorganisations permanentes. Les réorganisations sont devenues pluriannuelles et génèrent dans le travail un chaos organisé qui empêche le travailleur de mémoriser ses savoir-faire et surtout aggrave son anxiété.

◆ La production en mode dégradé. Partout, dans tous les secteurs professionnels, les travailleurs peuvent dire qu'ils font un travail de moins bonne qualité, trop vite, sans les effectifs, les moyens. C'est ce qu'on appelle le mode dégradé. Le travail en mode dégradé était exceptionnel autrefois, comme dans les hôpitaux le week-end parce qu'il y a moins de personnel et qu'on ne fait plus tout. Il est désormais l'état du travail quotidien en France.

² Le Lean management est une technique de gestion concentrée sur la réduction des pertes générées à l'intérieur d'une organisation, pour une production et un rendement plus important : réduire la durée des cycles de production, diminuer les stocks, augmenter la productivité, optimiser la qualité.

Premier dégât, une porosité complète entre vie privée et vie professionnelle

Celui qui s'engage, qui s'implique dans son travail, qui est pris par le rythme de travail, est obligé de mobiliser des quantités de ressources qui impliquent son temps hors travail. Si autrefois, les salariés n'étaient pas maître du temps passé dans l'entreprise, ils l'étaient du temps « hors travail », le soir, les week-ends, les congés, la retraite.

Où et quand est-on vraiment hors travail ?

Les cadres, et pas que, entre téléphone cellulaire, mails, ordinateur portable, ont parfois bien du mal à savoir s'ils « travaillent » ou ne travaillent pas, y compris dans un avion ou un TGV. Ou dans la sphère privée puisqu'il est de plus en plus fréquent qu'il y ait un coin bureau

à la maison. La privation de l'espace devenu liquide, partout et nulle part, sans localisation, sans bureau attribué, entraîne une addiction forcée qui ne vous quitte plus. Les temps dits « morts » sont remplis par des activités pour ne pas perdre de temps : temps de trajet, contretemps, salle d'attente (Aubert, 2018).

Deuxième dégât, une évaluation permanente et individualisée des performances

L'évaluation n'a plus seulement lieu au cours de l'entretien annuel. Devenue permanente par le suivi informatisé de l'activité, le suivi individualisé de chaque opérateur, de ses gestes et de ses modes opératoires, peut devenir persécutoire

La connexion permanente est aussi une joignabilité permanente où l'autre peut surgir à chaque instant et nous laisser sans justification possible pour ne pas lui répondre tout de suite. Cette exigence de réactivité instantanée se double

d'un contrôle constant, d'une subordination plus massive que celle de la relation de travail, subordination numérique sans limite. Le contrôle du travail n'est plus spatial uniquement mais aussi temporel (Aubert, 2018).

Troisième dégât, l'envahissement et donc les pathologies de surcharge

L'expression « Tenir » fait allusion à tout ce qui est convoqué pour parvenir à travailler de cette manière, c'est-à-dire mobiliser au maximum, toute la journée, sa musculature, sa posture, son taux de cortisol, son système cardio-vasculaire...

cognitives à traiter une masse phénoménale d'informations. Les emails, les appels, les textos, les notifications et toutes les sollicitations et demandes qu'elles charrient ont fait exploser notre « charge mentale », au travail comme dans la vie privée. En moyenne, un cadre est interrompu toutes les 6 minutes, 30 % de la journée d'un salarié se passe à gérer des mails.

Tous les salariés nous disent rentrer chez eux avec le sentiment de ne pas être à jour, donc de ne pas avoir su finir leur travail : bien travailler, terminer les tâches demandées... Ils reprennent le lendemain avec leurs troubles cognitifs, mais aussi avec un sentiment de culpabilité que nous tentons de subvertir en perception de la faute prescrite puisque l'organisation du travail leur demande des objectifs inatteignables.

Quatrième et dernier dégât, un travail en mode dégradé

La conséquence de l'accélération de nos vies n'est pas que psychologique ou somatique, mais aussi éthique. À quoi servent les valeurs de long terme (fidélité, engagement, loyauté) dans un monde liquide qui ne permet plus d'éprouver un sentiment de continuité de soi (Sennett, 2006) ? Où l'on ira de CDD en CDD, d'une entreprise à une autre ? Il faut tout effleurer sans s'attarder, avec le sentiment de faire du travail médiocre. Les échanges priment sur les activités réflexives. Au travail comme en amour, les relations se veulent intenses et révocables à tout moment (Poutain, Robbins, 2001). Dans ce monde-là, tous les interdits sont des freins, toutes les régulations des obstacles, toutes les lois des encadrements insupportables.

La frontière entre permis et défendu s'estompe, à la source de la crise du symbolique que nous traversons (Aubert, 2018). L'accélération de soi produit du trop-plein et du trop-vide, débouchant sur de nouvelles formes de décompensations qui ressemblent à des coups d'accordéon puissants (Aubert, 2018). Au-delà des incidents sur le corps, il y a des incidents sur le comportement des salariés. L'état d'urgence permanent, la multiplication des tâches, des interruptions aussi, mettent les salariés le dos au mur, les rendent agressifs, irritables... y compris dans la sphère privée. Il s'agit d'ailleurs d'un motif de consultation. Les femmes en particulier viennent consulter quand elles ne supportent plus leurs enfants ou

commencent à les maltraiter. Elles sont épuisées et ne supportent plus d'être réveillées la nuit quand les enfants font parfois des cauchemars. La violence s'infiltré partout :

- ◆ Violence entre le salarié et l'usager (l'infirmière vis-à-vis de son patient, le vendeur vis-à-vis de son client, mais aussi les usagers qui ne font part d'aucune reconnaissance et peuvent se montrer violents) ;
- ◆ Violence des salariés entre eux ;
- ◆ Violence de la radicalisation des comportements managériaux maltraitants qui se répercutent en chaîne jusqu'aux subordonnés.

Quand on demande à des travailleurs de faire plus vite, avec moins de moyens et d'effectifs, ils ne peuvent pas bien travailler. Alors le travail, au lieu d'être une occasion de se découvrir soi-même, est une occasion de se découvrir comme

lâche, de faire un travail de mauvaise qualité, qui renvoie une image de soi détériorée. Quand on demande au salarié de travailler mal, sur des instruments, des installations dans lesquelles il n'a plus confiance, commence alors un travail de

sape de la construction identitaire promise par le beau travail ; loin d'élargir ses capacités, ses règles de métier, on les érode. Si on bâcle son travail, c'est l'usager, l'encadrement, le directeur, l'entreprise ou l'institution qui en pâtissent.

La Prise en charge

Des signaux spécifiques précoces qu'il faut rechercher systématiquement chez tous les patients :

- ▶ Une fatigue indéracinable, un repos qui ne repose plus ;
- ▶ Une perte du plaisir à aller travailler ;
- ▶ Le recours aux « produits » pour tenir.

Tous les cliniciens ne sont pas formés à la compréhension de ces tableaux cliniques même si le burn out a envahi la sphère publique, comme le harcèlement à une époque. Certains pensent que derrière la mode du burn out se cache la dépression sous ses formes multiples, signe de fragilité d'une structure psychique, d'une personnalité et que le travail n'a rien à y voir. D'autres, sensibles à ce qui se passe au travail, verront des burn out partout.

La sécurité sociale, la caisse primaire d'assurance maladie, par le biais du CRRMP, ne voient des burn out qu'à contrecœur puisque le tableau n'existe pas et les atteintes doivent être sévères et le lien au travail fortement établi pour que l'épuisement professionnel soit reconnu.

Les seuls tableaux psychiques en lien avec le travail reconnus, hors tableau, par le groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) sont les suivants : la dépression, l'anxiété généralisée, l'état de stress post-traumatique.

Le médecin référent suit son patient depuis longtemps, connaît les antécédents médicaux, physiques et psychiques et saura déterminer si son intense épuisement est en lien avec un épisode dépressif, une maladie physique non diagnostiquée ou bien est consécutif au travail. Il est souvent le seul capable de lui faire entendre les arguments de sagesse et de protection de sa santé.

Dès le moment où vous soupçonnez la possibilité d'un lien entre l'état de santé de votre patient et sa vie professionnelle, vous devez

vous mettre en contact avec son médecin du travail (lien vers le guide du médecin du travail), sous réserve de l'accord de votre patient. Le médecin du travail connaît bien l'entreprise, peut y entrer contrairement à vous, adapter le poste ou envisager l'inaptitude définitive si toutes les solutions de retour au poste sont caduques.

Ces patients sont souvent investis dans leur travail, pas surinvestis. La conscience professionnelle va t'elle devenir une pathologie ?

Ils auront donc du mal à accepter un arrêt de travail. Pourtant, celui-ci est essentiel. Cet arrêt de travail ne doit donc pas être un temps mort mais la période privilégiée de mise en route d'une prise en charge pluridisciplinaire permettant au patient de se soigner, de comprendre et d'élaborer des solutions.

Ces solutions pourront être élaborées dans le cadre d'une coopération entre les différents acteurs (médecin du travail, généraliste, psychiatre, psychologue...), coopération essentielle pour une prise en charge optimale de votre patient. Ces situations cliniques chronophages et complexes nécessitent souvent des regards croisés. Adresser le patient aux services de pathologies professionnelles ou aux consultations spécialisées de souffrance au travail (liens) peut être nécessaire pour le suivi médico-administratif.

ATTENTION

- ◆ Le médecin ne doit jamais noter de lien direct avec le travail sur l'arrêt-maladie. Sa déontologie l'oblige à se limiter aux constatations sur l'état du patient tel qu'il le constate dans son cabinet. Il ne va pas dans l'entreprise !
- ◆ Il peut donc évoquer un état dépressif réactionnel sans écrire à quoi ce syndrome est réactionnel.
- ◆ Si le patient vient consulter après une crise de nerf sur le lieu du travail, une crise de larmes, une crise de tétanie, une

altercation avec un supérieur hiérarchique ou un collègue, bref, un événement ponctuel et brutal, il entre alors dans le cadre de la définition de l'accident du travail et le médecin traitant peut faire un certificat initial pour État de Stress Aigu.

Si votre patient vous demande un certificat médical, vous devez être conscient que le certificat établi risque d'être utilisé en justice et savoir que l'avocat de l'employeur en sera destinataire. Par conséquent, il est important de ne jamais citer de noms de tiers et de ne jamais évoquer la notion de harcèlement moral qui n'est plus simplement un concept psychologique mais un délit inscrit dans le code pénal. Seul un magistrat peut qualifier une situation de harcèlement moral.

Le certificat doit être rédigé comme un certificat de "coups et blessures" mentionnant qu'il est "remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit". Vous trouverez des modèles ici. <https://www.souffrance-et-travail.com/infos-utiles/>

Toutefois, la loi Kouchner qui permet désormais à votre patient de récupérer l'ensemble de ses dossiers médicaux, dont celui que vous possédez, peut vous dispenser d'établir ce certificat. L'arrêt maladie doit être un temps de coordination des acteurs de soins.

- ◆ Cet arrêt maladie est un temps nécessaire pour que le patient se repose, qu'il prenne le temps de comprendre ce qui lui arrive et, avec ses médecins, de réfléchir à l'avenir.
- ◆ Le médecin traitant va mettre en place un traitement médicamenteux et un suivi psychothérapeutique. Etre arrêté, médicamenté et suivi atteste de la gravité de l'état du patient vis à vis du médecin conseil de la sécurité sociale et éventuellement, si le salarié entame une action juridique, vis-à-vis de la justice.

◆ Le médecin du travail doit voir le patient pendant son arrêt, uniquement à sa demande, dans le cadre de visites de pré-reprise, pour l'aider à mieux comprendre la dégradation de la situation de travail. Ce travail de compréhension est fondamental car il va permettre au patient de prendre du surplomb, de la distance par rapport à son vécu.

Mais ni les médicaments, ni l'arrêt-maladie ne vont régler les problèmes du retour au travail, de la charge de travail excessive, de la mauvaise ambiance, de l'incompréhension de la hiérarchie, bref de tout ce qui se passe au travail. Et lorsque le patient ira mieux ou bien, et que le médecin ou le psychiatre évoqueront le retour au travail, les angoisses vont resurgir.

Ou bien le patient reprend et les mêmes causes produisant les mêmes effets, il rechute. Il faut comprendre pourquoi on a fait un burn out. Plusieurs approches peuvent être utilisées suivant la formation du psychothérapeute :

◆ L'approche psychologique classique ira sur la mise à jour de la personnalité du salarié et la seule analyse des failles personnelles qui risque de renforcer la culpabilité. C'est une approche qui peut être nécessaire dans un deuxième temps.

◆ L'approche par le stress et les thérapies cognitivo-comportementales est utilisée dans certaines des consultations du réseau souffrance et travail mais toujours adossées à l'analyse du travail réel. Travailler les rythmes de travail du patient,

son investissement au travail, sa charge anxieuse par des exercices spécifiques est une aide précieuse. Mais encore une fois, il faudra réfléchir avant de retourner dans une organisation du travail dont les demandes dépassent ce que le patient peut physiquement et légalement donner.

◆ L'approche par la clinique du travail repose sur l'analyse de la situation de travail. Le clinicien spécialisé aidera le patient à construire une double chronologie : La chronologie de la modification de l'organisation de votre travail et en parallèle, la chronologie de la dégradation de l'état de votre santé.

Les stratégies de retour au travail ou de sortie de l'entreprise

◆ Si l'arrêt maladie, le traitement et la discussion sur le travail permettent d'envisager sereinement le retour du patient à poste, qu'on a procédé de bonne foi aux modifications nécessaires grâce à l'intervention des acteurs de l'entreprise, la parenthèse sombre se referme.

◆ Si le patient a perdu confiance dans son environnement professionnel proche (hié-

rarchie, collègues) et s'il peut muter sur un autre poste, le médecin du travail peut préconiser cette mutation (L 4624-1) qui s'organisera en concertation avec la direction, la DRH.

◆ Ces deux cas de figure ne sont envisageables que si l'entreprise a bien conscience de sa responsabilité vis-à-vis de la santé des salariés.

Si le patient a totalement perdu confiance dans son entreprise, que le retour paraît impensable, que l'idée de quitter l'entreprise le soulage, différents cas de figure se présentent qui nécessitent, en plus des acteurs médicaux, de prendre conseil auprès d'un avocat. Le rôle de l'avocat n'est pas toujours de conduire au procès mais au contraire de l'éviter.

Les risques de demain

Après la bataille, que deviennent ces héros ? La gestion de la pandémie a construit les soignants comme des héros. Ceux-ci se sont engagés corps et âmes dans la bataille pour « sauver des vies », au prix de mutations brutales de leur cadre de travail, et du dépassement de leur fatigue.

Il est à souhaiter que l'exemplaire construction collective que le monde des soignants a mis en œuvre ne se dissolve pas dans le retour frénétique au monde d'avant, celui des tableaux de bord, de la santé réduite aux algorithmes dont on a vu qu'ils étaient sans effet sur le COVID.

Le retour à l'anormal s'il signifie la fin des héros du moment, risque d'être ressenti comme un abandon, un mensonge, voire une trahison. Or celle-ci peut conduire à des effondrements psychiques ou physiques.

Cotisations 2022

Chère collègue, cher collègue,

Nous vous invitons à rejoindre le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, premier syndicat représentatif de l'exercice public en psychiatrie. Le SPH agit pour promouvoir et défendre la place de la **psychiatrie au sein du service public**, la reconnaissance de ses spécificités et la variété des pratiques.

Le SPH soutient la **place du psychiatre à l'hôpital comme en extra-muros**, pour son rôle clinique auprès des patients et au sein des équipes pluri-professionnelles, mais aussi pour sa responsabilité active et reconnue au sein des services et pôles, et de la gouvernance des établissements.

Le SPH informe, soutient et défend ses adhérents pour toutes les **questions statutaires**, toute difficulté liée à leur exercice ou la reconnaissance de leur place et de leurs **droits dans l'exercice de leurs fonctions**, dans un environnement en évolution constante.

Le SPH, c'est aussi :

- ▶ Une réflexion scientifique portée par la **Société de l'Information Psychiatrique** et des Journées annuelles réputées pour leur sérieux et leur ambiance chaleureuse : la première année de leur adhésion au SPH, les adhérents du SPH bénéficient d'une entrée gratuite aux Journées (DIJON septembre 2023 : Troubles de la personnalité, troublante clinique), puis d'un tarif réduit les années suivantes.
- ▶ Une revue reconnue pour la qualité, la variété et la rigueur de ces publications : **l'Information Psychiatrique** : les adhérents SPH bénéficient d'un tarif réduit.
- ▶ Une participation active et reconnue à la **Confédération des Praticiens des Hôpitaux** (CPH), intersyndicale membre d'**Action Praticiens Hôpital** (APH) aux côtés d'Avenir Hospitalier.
- ▶ L'accès à une protection sociale avec l'**APPA**, pionnière pour les contrats complémentaires concernant la prévoyance et les soins.

L'organisation régionale et nationale permet une représentativité forte. Les **conseillers régionaux en région et les secrétaires départementaux** en Île-de-France, comme les membres du bureau national sont disponibles pour répondre à vos questions.

Vous bénéficiez d'un **crédit d'impôt de 66 % du montant de votre cotisation**. Vous pouvez adhérer en utilisant le bulletin joint ou bien **adhérer en ligne** via un paiement sécurisé (avec option gratuite de paiement échelonné).

Syndicalement vôtre,

Dr P-F. GODET
Trésorier du SPH

Montant de la cotisation 2022

Position statutaire	Cotisation	Position statutaire	Cotisation
Interne	96€	PH temps partiel Echelon 1 et 2 ou PH contractuel	144€
Praticien attaché - PAC Chef de clinique - Assistant	121€	PH temps partiel Echelon 3 à 6	205€
PH temps plein Echelon 1 et 2 ou PH contractuel	161€	PH temps partiel Echelon 7 à 13	250€
PH temps plein Echelon 3 à 6	302€	PH temps partiel Salarié ESPIC	198€
PH temps plein Echelon 7 à 13	344€	PH en retraite progressive	249€
PH temps plein Salarié ESPIC	289€	Honoraire (retraité)	139€

Cochez ici si vous ne souhaitez pas vous abonner à l'Information Psychiatrique, et déduisez 71€ du montant de la cotisation.

En cas de règlement par chèque : à l'ordre du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Joindre obligatoirement la fiche individuelle ci-dessous à :

Dr P.-F. GODET Trésorier

SPH Centre Hospitalier Le Vinatier

PC Pôle Ouest- Bâtiment 312 – 95 bd Pinel – BP 30039 69678 BRON cedex

Secrétaire : Aicha RAMDANI - Téléphone : 04.37.91.52.21 - email secrétariat : secretariatsip2@gmail.com

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

24h/24, le SPH vous informe grâce à son compte Twitter sur @SPHtweeter

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

Fiche individuelle de renseignements

M. Mme Mlle

NOM	PRÉNOM
NOM DE JEUNE FILLE	ANNÉE DE NAISSANCE

Adresse électronique (au moins une des deux)

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

Statut professionnel actuel

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

Fonction institutionnelle (le cas échéant)

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

Exercice de la psychiatrie

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

Votre établissement de rattachement

Type (CHS, CH, CHU, etc.)

Nom de l'établissement


N°	Rue		
CS	BP	Code postal	Localité
Tél.			

Adresse postale personnelle

N°	Rue	
BP	Code postal	Localité

Les Annonces de Recrutement





Le Fam Les Ecluses

Cherche

Un Médecin (H/F) : Psychiatre
ayant une expérience clinique dans le domaine de l'Autisme pour 30 adultes atteints de troubles de l'autisme.

CDI à temps partiel :
0,3 ETP (10h30)

Statut : Cadre
Membre de l'équipe de direction, il est le médecin psychiatre référent des 30 personnes accueillies au sein de la structure.

Il est le référent médical du service soin composé de 3 infirmiers, une psychomotricienne et une aide-soignante. Il a pour missions de :

- Coordonner la prise en charge médicale des personnes accueillies en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et les familles.
- Rencontrer les personnes accueillies et/ou les familles afin d'établir un diagnostic et/ou des prescriptions de soins.
- Apporter auprès de l'équipe pluridisciplinaire (éducative, paramédicale, psychologue et pédagogique) un éclairage clinique et un étayage sur les problématiques des personnes accueillies afin de mieux comprendre les comportements problématiques.
- Participer à l'élaboration des projets personnalisés.
- Travailler en réseau avec les différents partenaires (CMP, hôpitaux, médecins traitants, médecins généralistes/spécialistes...).
- Établir les documents médicaux nécessaires pour les résidents (MDPH, protocoles de soins, document d'hospitalisation, etc.).
- Étudier les dossiers d'admission en cas de nouvelles admissions.
- Participer aux réunions hebdomadaires.

Rémunération :
CCN 51 avec reprise d'ancienneté (sous réserve de la présentation des certificats de travail)

Lieu de travail :
13 rue des Ecluses Saint-Martin, Paris 10
Métro Colonel Fabien (ligne 2) ou Gare de l'Est (Métro 4, Métro 5, Ligne P...) ou Gare Magenta (RER E, RER B, Ligne H)

Membre de la Commission d'admission avec l'équipe de direction, le médecin étudie les dossiers reçus. Ses missions se déclinent selon une approche intégrative dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Il participe aux réunions hebdomadaires.

- Diplôme national de médecin spécialiste en psychiatrie.
- Idéalement expérience dans la prise en charge de public avec trouble de l'autisme.

Poste à pourvoir dès que possible. Les candidatures (CV + Lettre de motivation) sont à adresser au Fam Les Ecluses, par mail : fam.lesecluses-recrutement@aurore.asso.fr



RECRUTE UN MÉDECIN PSYCHIATRE (H/F) pour un ITEP SESSAD
en CDI ou sous Convention
Poste à temps partiel (0,50 ETP)
À pourvoir dès que possible

Rémunération négociable, Jours et horaires de travail négociable, hormis le JEUDI de 15h00 à 18h00.

L'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique Jacques Prévert situé à Châtenay-Malabry

MISSIONS

Dans le cadre du projet d'établissement, le médecin psychiatre :

- Veille à la réalisation du projet d'établissement dans sa dimension thérapeutique.
- Assure une fonction de surveillance de la santé psychique des usagers et met en œuvre toute forme de soin et de soutien psychologique qu'il juge adaptés, dans ou hors institution.
- Coordonne et supervise l'équipe médicale, paramédicale et psychologique.
- Participe, au sein de l'équipe de direction, à la conception et au pilotage des divers projets institutionnels.
- Développe des liens fonctionnels avec les secteurs de psychiatrie dont relèvent les jeunes accueillis.

ADRESSER SA CANDIDATURE à l'attention de **Madame HALLU, Directrice**
20, rue de Chateaubriand, 92290 Châtenay-Malabry ou à mhdirection.itep@orange.fr



LES POSTES MÉDICAUX

En rejoignant la Fondation Bon Sauveur d'Albi, vous intégrerez des équipes pluridisciplinaires, au sein de diverses structures d'hospitalisations et de prise en charge ambulatoire accueillant des enfants/adolescents, adultes et personnes âgées.

RÉMUNÉRATION

- **Convention collective FEHAP 51**, astreintes médicales payées selon les dispositions applicables dans la fonction publique hospitalière, possibilité d'exercer une demi-journée d'intérêt général ou de bénéficier de la prime d'engagement de service exclusif telle que celle octroyée dans la fonction publique hospitalière.
- **Une prime d'engagement dans la carrière hospitalière d'un montant de 10000 euros bruts** est versée à l'issue de la période d'essai dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée avec un engagement d'une durée de trois ans au sein de la Fondation.

Cet engagement sera contractualisé par une convention en parallèle de la signature de son CDI. Reprise d'ancienneté dès l'obtention de la thèse et 4 années d'internat.

AVANTAGES

- Prise en charge de la mutuelle par l'employeur, couverture prévoyance importante, avantages sociaux intéressants.
- Politique de formation dynamique, nombreux congrès pris en charge, possibilité d'intégrer l'institut de formation interne pour dispenser des formations.
- 33 jours de congés payés annuels (9 demi-journées de travail hebdomadaires ou 9 journées à la quatorzaine).
- Internat.
- CSE.
- Self d'entreprise.



recrute (F/H)

- ✓ **PSYCHIATRE**
- ✓ **PÉDOPSYCHIATRE**
- ✓ **MÉDECIN ADDICTOLOGUE**
- ✓ **MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Institution privée à but non lucratif, la Fondation est attentive aux personnes souffrant d'atteintes psychiques, de handicap de la communication ou de troubles liés à l'âge. Ainsi, elle se donne pour mission de les accueillir, d'en prendre soin et de les soigner. Aussi elle recherche des collaborateurs lui permettant de répondre à ses missions de service public et de pérenniser l'œuvre et l'esprit de ses Fondateurs.

La Fondation Bon Sauveur d'Albi, implantée à Albi (ville classée au patrimoine de l'humanité) comprend deux secteurs d'activité (sanitaire dans le domaine de la psychiatrie et médico-sociale) regroupant 6 domaines de compétences (psychiatrie adulte et infanto-juvénile, psychiatrie du sujet âgé, addictologie, psychiatrie de recours (UMD, USIP en projet), dépistage et prise en charge du handicap, troubles de la communication). Sa capacité globale est de 338 lits et 388 places. C'est le 1^{er} employeur d'Albi et 2nd du Tam avec 1280 salariés dont 60 médecins et 80 métiers différents.

Pour plus d'informations sur notre Établissement, consultez notre site internet www.bonsauveuralby.fr

MERCI D'ADRESSER VOTRE CANDIDATURE MOTIVÉE À :
Monsieur KRAJKA, Directeur Général ☎ 05 63 48 48 50
Madame DELAMARRE, Directrice des ressources Humaines ☎ 05 63 48 48 67
7 rue Lavazière - 81000 ALBI ✉ drh@bonsauveuralby.fr

Suivez notre actualité sur
<https://www.linkedin.com/company/fondation-bon-sauveur-d-alby/>
<https://www.instagram.com/fondationbonsauveuralby/?hl=fr>

Hôpital cœur de ville

Le Centre Hospitalier de Narbonne,
principal établissement public de santé desservant l'Est du département de l'Aude (à 1h de l'Espagne et de Montpellier et 1h30 de Toulouse).

- Contrat de praticien contractuel au 4^{ème} échelon + 10% (près de 4000 euros net/mois).
- Astreintes de sécurité + déplacements.
- Possibilité de faire une activité d'intérêt général (rémunérée environ 1700 euros/mois en sus du salaire) dans le cadre d'une convention de partenariat que le Centre Hospitalier a entrepris avec deux acteurs institutionnels du secteur médico-social.

Rejoignez l'équipe médicale du pôle de psychiatrie du Centre Hospitalier de Narbonne !
Une équipe de psychiatres et de pédopsychiatres dynamiques...


Établissement de 550 lits et places, installé dans un bassin de population en forte croissance démographique 52 855 habitants pour Narbonne (+ 3,16 % entre 2010 et 2014) et 125 000 habitants pour la communauté d'agglomération.

RECRUTE Médecin psychiatre (P.H, Praticien contractuel ou attaché)

Vous rejoignez une équipe de 5 ETP de psychiatres plus un addictologue et un médecin généraliste du pôle de médecine qui assure la liaison somatique en psychiatrie. Une demande d'agrément pour un poste d'internat est en cours de traitement par le CHU.

CONTACT
Bureau des Affaires Médicales
☎ 04 68 42 60 28
✉ affairesmedicales@ch-narbonne.fr





LE CENTRE HOSPITALIER PIERRE LOO RECHERCHE UN MÉDECIN PSYCHIATRE
(possibilité chefferie de service)

Fait partie du GHT de la Nièvre, dispose de 155 lits d'hospitalisation complète, 75 lits en hôpital de jour, 74 places en MAS, 52 places en IME et 27 en SESSAD. Projet Ségur : construction d'un futur bâtiment d'hospitalisation complète de 60 lits.

Nièvre

Le médecin psychiatre pilote et s'appuie sur une équipe disciplinaire qualifiée, compétente et motivée : psychologues, infirmières, secrétaires, éducateurs, psychomotriciens... Il coordonne et organise l'action des équipes dans le respect des pratiques cliniques et des différentes étapes de progression des patients. Il participe à la permanence des soins (gardes et astreintes).

Avantages : possibilité logement, possibilité temps partiel, possibilité véhicule de service, primes : PET, IASPE

Contact : Envoyer lettre de candidature et CV à Monsieur KEDDIS Abdelilah, Responsable Ressources Humaines, chpl.drh@ght58.fr

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE HAUTE-COMTÉ (CHI-HC)

RECRUTE pour renforcer son équipe médicale : **UN PSYCHIATRE**

Le Pôle de Psychiatrie, attaché au Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté (Hôpital public), à Pontarlier (25), a en charge l'offre de soins psychiatriques pour les personnes adultes du secteur du Haut-Doubs.

DESCRIPTION DU POSTE

- Psychiatre à temps plein/partiel pour compléter une équipe jeune et dynamique de 7 psychiatres et 1 médecin généraliste et nous aider à maintenir notre spécificité ainsi que nos projets récents (équipe mobile prévention-précarité ; unité psychiatrique pour les personnes âgées) et à développer de nouveaux projets (équipe mobile pour le secteur médico-social, réhabilitation et réintégration socioprofessionnelle, pôle recherche etc.).
- Participations aux astreintes.
- Possibilité de mission d'intérêt général dans un foyer de vie.

PROFIL RECHERCHÉ

Diplômes requis

- Diplôme d'État de Docteur en Médecine et DES (Diplôme d'Études Spécialisées 3^{ème} cycle des études de médecine). Dans le cas d'un établissement ou d'un service spécialisé, le DES de la spécialité est requis (ex. psychiatrie, addictologie, neurologie ...).
- Le médecin peut également faire valoir des DU ou DIU complémentaires liés à la spécialité de l'établissement ou du service.
- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

COMPÉTENCES REQUISES

Compétences techniques
Compétences fortes et avérées dans la spécialité médicale du service ; compétences organisationnelles
Compétences liées à l'encadrement et à la formation.

Aptitudes professionnelles
Fortes qualités relationnelles, sens aigu de l'organisation (et de l'humour), esprit d'équipe, capacité à travailler en réseau, qualités d'écoute, autonomie.

Merci d'envoyer votre CV et lettre de motivation à :
DR MARINESCU Andreea
Mail : A.Marinescu@chi-hc.fr
Tél ligne directe pour tous renseignements complémentaires
03 81 38 64 54

GRAND EST

LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE SARREGUEMINES

est un établissement public de santé mentale couvrant des secteurs de psychiatrie adulte et de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile situés en Moselle-Est.

MÉDECIN PSYCHIATRE

pour renforcer les équipes de secteurs dans un Centre Hospitalier Spécialisé aux nombreuses activités de soin (addictologie, UMD, USIP, réhabilitation psycho-sociale...).

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.

ADRESSER CANDIDATURE ET CV À
Monsieur Jonathan HAAS,
Directeur des Affaires Médicales, de la recherche et de l'innovation
Tél. : 03 87 27 33 11 (Secrétariat)
Email : jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr

Groupe Hospitalier LITTORAL ATLANTIQUE Hôpitaux La Rochelle Ré Aunis

LE GH DE LA ROCHELLE

recrute sur son pôle de **psychiatrie** (secteurs adulte et pédopsychiatrie)

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Avec plus de 4000 professionnels représentant plus de 200 métiers au service du patient, les Hôpitaux La Rochelle-Ré-Aunis sont le premier employeur du département. Établissement public de santé de recours sur son territoire, l'établissement accueille les patients dans toutes les disciplines de chirurgie, de médecine, de gynécologie-obstétrique, de psychiatrie et de gériatrie. Il dispose d'une maternité, nommée Pernelle Aufrédy, au sein du Pôle Femme Enfant, et d'un plateau technique de qualité. Une Direction commune a été instaurée entre le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, le Centre Hospitalier de Rochefort, le Centre Hospitalier de Marennes, l'EHPAD Val de Gères de Surgères et le Centre Hospitalier de l'Île d'Oléron. Ils constituent le Groupe Hospitalier Littoral Atlantique.

PRÉSENTATION DU SERVICE

L'équipe médicale actuelle est d'environ 6 ETP par secteur adulte (3 secteurs adultes). Deux postes sont à pourvoir sur les secteurs adultes (secteur 1 et secteur 2). Un poste est à pourvoir sur le secteur de pédopsychiatrie. La permanence des soins est organisée sous forme d'astreinte, à laquelle participe l'ensemble des praticiens du pôle (une trentaine). L'ensemble des secteurs sont agréés pour recevoir des internes qu'ils accueillent de la phase socle à la période de docteur junior. Une ligne de garde d'interne est organisée. Une unité de soins somatiques et odontologiques est présente sur le site de Marius Lacroix.

PROFIL RECHERCHÉ

Psychiatre inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins français. Recrutement sous statut de praticien contractuel (avec perspective rapide de titularisation) ou par voie de mutation.

CONTACTS

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez prendre contact avec :
Docteur Pascale PUZOS, Chef du pôle - pascale.puzos@ght-atlantique17.fr
Monsieur Fabien CHANABAS, Directeur des Affaires Médicales - 05 46 45 50 61
direction-affaires-medicales@ght-atlantique17.fr

LA DIRECTION COMMUNE :

Hôpitaux La Rochelle-Ré-Aunis Rue du Docteur Schweitzer 17019 La Rochelle Cedex Standard : 05 46 45 50 50 www.ch-larochelle.fr	Centre Hospitalier de Rochefort 1 avenue de Béliçon - BP 30 009 17301 Rochefort Cedex Standard : 05 46 88 50 50 www.ch-rochefort.fr	Centre Hospitalier de Marennes 3 bis rue du Docteur Roux 17320 Marennes Standard : 05 46 85 01 38 www.ch-rochefort.fr	EHPAD Résidence "Val de Gères" Surgères 12 avenue du 8 mai 1945 17700 Surgères Standard : 05 46 07 37 30	Centre Hospitalier de l'Île d'Oléron Rue Carriéna CS 50020 17310 Saint-Pierre-d'Oléron Standard : 05 46 76 31 00
---	---	---	--	--

NOUVELLE-AQUITAINE

Le Centre Hospitalier de Rouffach (68 Haut-Rhin) est situé à 15 km de Colmar et à 30 km de Mulhouse. Cet établissement public de santé, certifié V2020 HAS Niveau qualité des soins confirmée, présente une capacité d'accueil de 489 lits et 181 places pour une activité centrée sur la prise en charge de la maladie mentale et le travail en réseau. Il est complété d'un pôle médico-social et d'un pôle pour personnes âgées. Plus de 1 450 agents sont engagés dans une dynamique orientée qualité, et responsabilité sociétale ISO 26000.

LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUFFACH

RECRUTE

UN MÉDECIN PSYCHIATRE (H/F) PÔLE 2/3

Vous exercerez au sein du pôle de psychiatrie adulte 2/3 couvrant les secteurs 2 et 3 du département du Haut-Rhin. Le pôle propose 5 unités d'hospitalisation complètes dont une unité d'hospitalisation en psychiatrie de l'âge avancé. Trois sites de prise en charge extra-hospitalière ont été développés sur Colmar, Munster et Ensisheim. Le pôle comprend également l'hôpital de jour, le centre de ressources et l'équipe mobile dédiés à la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés. L'équipe médicale est composée de 14 psychiatres, 3 médecins généralistes et 3 internes de spécialité. Le projet de pôle vise à développer les dispositifs vers une psychiatrie communautaire orientée parcours de santé du patient, prise en charge dans la cité et travail en réseau et recherche.

Pour plus de renseignements, vous pouvez joindre Dr Stéphane OLIVIER, chef du pôle au **03 89 78 70 13** - Courriel : s.olivier@ch-rouffach.fr

PRÉ-REQUIS

- Être titulaire du Doctorat de médecine, du DES de psychiatrie et si possible du DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour le pôle PEA.
- Être inscrit ou rapidement inscriptible à l'Ordre des médecins de France.
- Une expérience dans la spécialité est souhaitée.
- Vaccination COVID-19 obligatoire à jour.

COMPÉTENCES ATTENDUES

- Animer des synthèses et réunions cliniques. Avoir une aptitude au travail en équipe pluridisciplinaire et le goût du travail en réseau.
- Avoir de bonnes aptitudes relationnelles : empathie, sens de l'écoute, disponibilité.

AVANTAGES

Logement possible sur place - Restaurant d'entreprise - Abonnement SNCF pris en charge à 100 % - Engagement de l'établissement pour une politique forte en formation continue - Crèche/halte-garderie - Comité de gestion des œuvres sociales (CE) et Amicale du personnel - Environnement de travail agréable au pied du vignoble, dans un magnifique parc arboré. Proximité avec Colmar, Mulhouse et Strasbourg ainsi qu'avec l'Allemagne et la Suisse.

Pour plus de renseignements, vous pouvez joindre **Dr Chantal PACCALIN**, Cheffe du pôle au **03 89 78 70 10** - Courriel : c.paccalin@ch-rouffach.fr ou **Frédéric MANNINO**, DRH - Tél. : **03 89 78 70 23** - Courriel : f.mannino@ch-rouffach.fr pour les pôles 2/3 et PEA

Courrier de candidature motivé, accompagné d'un CV et copie des diplômes, sont à adresser à Monsieur le directeur - Centre hospitalier 27 rue du 4^{ème} RSM - BP 29 - 68250 ROUFFACH - drh@ch-rouffach.fr
Veuillez préciser en objet la référence 2022/06 pour le pôle PEA et la référence 2022/95 pour le pôle 2/3 sur votre courrier.

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DÉPARTEMENTAL DE L'AISNE

RECRUTE PRATICIEN SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE

pour le secteur d'Hirson - Pôle Aisne Nord Adultes

TYPE DE POSTE

Poste praticien hospitalier/contractuel/vacataire à temps plein ou à temps partiel inscrit à l'Ordre des médecins.

POSSIBILITÉ

- D'une nomination dans le statut de praticien hospitalier (concours national de praticien hospitalier).
- D'un contrat (statut de praticien contractuel ou vacataire).
- D'une chefferie de service.

PROFIL REQUIS

- Expérience ou intérêt pour la psychiatrie adulte.
- Intérêt pour le projet médical et la capacité à le mettre en œuvre en complémentarité avec les autres pôles de l'établissement et les structures de soins des deux territoires de santé de l'Aisne.
- Investissement dans la pratique clinique d'équipe (médicale et soignante), capacité à travailler en équipe, aisance relationnelle.
- Investissement dans le poste sur le long terme et capacité d'organisation du travail médical et soignant (dans le sens d'une coordination).

CONTACT

Nadège BIDAUD - Bureau des affaires médicales
Établissement public de santé mentale départemental de l'Aisne
02320 PRÉMONTRÉ - Tél. : 03 23 23 79 09
E-mail : nadège.bidaud@epsmd-aisne.fr

LE +

Évolution de carrière

Accompagnement du praticien souhaitant passer le concours de PH - recrutement préalable en qualité de contractuel (possibilité de mise en application de la PECH) et évolution vers un poste de praticien hospitalier. Possibilité d'activité partagée et/ou de mise à disposition.

Hébergement

Hébergement proposé par l'établissement (avec prise en compte de la composition familiale).

HAUTS-DE-FRANCE

NORMANDIE

L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE (EPSM) DE CAEN

RECHERCHE DES PSYCHIATRES H/F

Temps plein Titulaires ou Contractuels
(Avec possibilité de réduction d'activité ou de demande de temps partiel)

L'ÉTABLISSEMENT

Principal établissement de santé mentale du Calvados, la zone d'intervention de l'EPSM couvre les 2/3 du territoire départemental pour une capacité de 320 lits et 239 places sanitaires, 48 lits MAS, 21 places SAMSAH. L'EPSM a en charge 6 secteurs de psychiatrie générale, 1 pôle de pédopsychiatrie, 1 service médico-psychologique régional, et 4 structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD, SAMSAH et MAS). Les postes ouverts concernent la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et le CSAPA.

LOCALISATION

Situé entre ville, mer et Suisse normande, le département du Calvados vous offre un large choix d'activités et de loisirs où il fait bon vivre à 2h30 de Paris et 1h30 de Rennes. Selon le poste choisi, possibilité de rester sur Caen et/ou de partager son activité sur le territoire départemental.

AVANTAGES

Suivi somatique des patients hospitalisés assuré par un service interne de médecine polyvalente. Plusieurs postes ouverts permettant un libre choix du praticien dans l'exercice de son activité qui peut être variée entre l'intra et l'extra-hospitalier. Des équipes spécialisées non sectorisées : CUMP, unité adultes TSA, centre référent réhabilitation psychosociale, unité psychiatrie du sujet âgé, thérapies familiales, addictologie, etc. Travail en équipe et en réseau. Latitude dans l'organisation personnelle de son travail et fluidité des échanges au sein de l'établissement. Soutien à la création de projets et d'activités. Possibilité de s'investir au sein de l'organisation hospitalière à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets (d'établissement, d'unité etc.). Agrément pour accueil d'internes de psychiatrie et d'externes en médecine dans tous les services.



RÉMUNÉRATION

- Grille de PH ou départ au 1^{er} échelon + 10% si contractuel avec reprise d'ancienneté.
- Mise en place de la Prime d'Engagement dans la carrière hospitalière au niveau 2 (20 000€).
- Indemnité de service public exclusif.
- Prime d'Exercice Territoriale si 1 ou plusieurs demi-journées en extra-hospitalier (de 450 à 1000€).
- Activité d'Intérêt général et mise à disposition acceptées.
- Environ 1 astreinte par mois (Garde sur place réalisée par les internes)
- Possibilité de réaliser des gardes sur le CHU et des astreintes CUMP.

PROFIL

- Titulaire d'un Diplôme d'Études Spécialisées de Psychiatrie.
- Possibilité d'accepter des candidatures sous statut Stagiaire associé.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

affaires.medicales@epsm-caen.fr
ou par téléphone au 02 31 30 50 04

RECRUTE

MÉDECIN CHEF

Pour notre pôle Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, territoire Nord Manche.

LE POSTE

Le poste, basé à Cherbourg en Cotentin, est à pourvoir dans le cadre d'un contrat CDI à temps plein. Au sein du centre hospitalier, le pôle Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent est composé comme suit : 1 unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents basée à Saint Lô, 3 hôpitaux de jour enfants, 2 hôpitaux de jour adolescents, 6 CMPEa, 1 unité spécialisée dans le diagnostic de l'autisme : ETADA, 1 équipe mobile pour le suivi d'adultes TSA. Le médecin chef territoire nord Manche aura pour gestion : 2 hôpitaux de jour, 3 CMPEA, ETADA et EMATSA.

Vous aurez sous votre responsabilité le territoire Nord Cotentin (Cherbourg, Valognes et ETADA EMATSA à Carentan), la supervision du territoire Centre Manche étant assurée par un autre Médecin chef avec qui vous pourrez être amené à travailler au niveau institutionnel.

Vous aurez pour principales missions de :

- Participer à l'élaboration, à la coordination et à l'évaluation du projet médico-soignant pour le périmètre que vous aurez sous votre responsabilité.
- Assurer une veille prospective en lien avec les évolutions / réformes et être force de proposition.
- Manager les médecins et les psychologues du pôle puis coordonner leurs actions en lien avec la direction administrative de pôle.
- Garantir l'organisation et la continuité des soins médicaux sur le pôle.
- Être le garant de l'éthique, des bonnes pratiques cliniques et de la démarche qualité dans le cadre de la prochaine certification.
- Participer à l'analyse des données d'activité des dispositifs sous votre responsabilité et veiller à leur optimisation au service de la population, avec le Directeur Administratif de pôle et en lien avec la Directrice du Centre Hospitalier et les Directions de soutien.
- Contribuer aux travaux de la CME et participer aux différentes instances de l'établissement.
- Représenter et promouvoir son périmètre au sein de la Fondation Bon Sauveur de la Manche et auprès des partenaires et autorités externes.

CONTRAT

Poste en CDI temps plein (204 jours de travail/an). À pourvoir dès que possible.

LIEU DE TRAVAIL

Cherbourg en Cotentin (50)

PROFIL RECHERCHÉ

Formation : DES de Psychiatrie. Tous niveaux d'expérience professionnelle. Expérience et/ou appétence en management. Poste ouvert aux praticiens hospitaliers en détachement.

RÉMUNÉRATION

- Reprise d'ancienneté.
- Contrat d'engagement sur trois ans.

AVANTAGES

- 32 jours de congés payés annuels (environ 6 semaines) + 14 jours de repos annuels.
- Fort investissement de l'établissement en matière de formation continue.
- Comité d'entreprise.
- Self d'entreprise (tarifs attractifs).
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Prévoyance.
- Aide possible à l'installation sur le territoire.
- Formation en interne.

LA FONDATION

Située sur un territoire couvrant le nord et le centre du département de la Manche (Normandie), la Fondation Bon Sauveur est composée de quatre pôles sanitaires (deux pôles de psychiatrie adulte, un pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, un pôle d'addictologie), un service de santé somatique ; et regroupe également plusieurs établissements médico-sociaux œuvrant dans le domaine du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées. La Fondation Bon Sauveur de la Manche dispose d'un IFAS et d'un organisme de formation continue (CERFOS).

La Fondation met en avant les valeurs suivantes :

- La bienveillance, l'écoute et le respect de chaque personne rencontrée ou accueillie dans nos établissements.
- Une implication forte de nos professionnels mobilisés autour des usagers et de leurs besoins.
- Un esprit d'ouverture, d'innovation et d'anticipation dans un contexte sociétal et économique en pleine mutation
- Le respect des recommandations de bonne pratique médicale.

Acteur majeur au niveau départemental, la Fondation comprend plus de 2000 salariés dont plus de 65 médecins et dispose de 1231 lits.

Enfin, la Fondation Bon Sauveur de la Manche bénéficie d'une activité de recherche en plein essor et dispose depuis peu d'un conseil scientifique.



RENSEIGNEMENTS

Monsieur Hugo BAYON, Chargé des Affaires Médicales - 06 60 73 70 51

CANDIDATURES À ADRESSER PAR MAIL
à hugo.bayon@fbs50.fr | service.recrutement@fbs50.fr

<https://www.fbs50.fr/>



RECRUTE

MÉDECIN PSYCHIATRE/ADDICTOLOGUE CHERBOURG

Au sein du secteur nord du pôle d'addictologie de la Fondation, sous la responsabilité du médecin-chef, vous assurez la prise en charge ambulatoire en CSAPA et hospitalière en Service de Soins de Suites et de Réadaptation en Addictologie (SSRA). Le secteur est doté d'un centre de cure, d'un SSRA, de structures ambulatoires et d'un CAARUD. Il est animé par une équipe pluridisciplinaire au service d'un projet médical dynamique qui s'inscrit dans des projets innovants au bénéfice des patients.

CONTRAT

Poste en CDI temps plein (204 jours de travail/an). À pourvoir dès que possible.

LIEU DE TRAVAIL

50130 Cherbourg-en-Cotentin (Nord Manche (50)).

PROFIL RECHERCHÉ

- Médecins titulaires d'un DU, DESC, capacités ou FST d'addictologie.
- Médecins psychiatres intéressés par la prise en charge des patients addicts avec expérience dans ce champ ou souhaitant faire une formation spécifique.
- Médecins généralistes avec une première expérience, portant un intérêt pour les prises en charge de patients souffrant d'addictions, et désirant s'engager dans un processus de formation.

Poste ouvert aux praticiens hospitaliers.

Expérience : Tous niveaux.

RÉMUNÉRATION

- Rémunération à définir suivant statut (médecin du secteur privé, praticiens hospitaliers, etc.).
- Reprise d'ancienneté
- Prime d'embauche
- Prise en charge des frais de déménagement.

AVANTAGES

- 32 jours de congés payés annuels (environ 6 semaines) + 14 jours de repos annuels.
- Fort investissement de l'établissement en matière de formation continue.
- Comité d'entreprise.
- Self d'entreprise (tarifs attractifs).
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Prévoyance.

INFORMATIONS/CANDIDATURES

- Docteur Gersende DAISY, Médecin chef du pôle d'addictologie (gersende.daisy@fbs50.fr)
- Madame Aurélie MAGIDS, Directrice du Centre Hospitalier
- E-mail : directioncentrehospitalier@fbs50.fr
- Tél. : 02 33 77 56 23

CANDIDATURES À ADRESSER

par mail à service.recrutement@fbs50.fr



LA FONDATION

Située sur un territoire couvrant le centre et le nord du département de la Manche, la Fondation Bon Sauveur regroupe une douzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation. Acteur majeur sur le plan clinique au niveau régional, la Fondation comprend plus de 1800 salariés dont 60 médecins, dispose de 1010 lits et places, dont 489 au sein du centre hospitalier.



La Fondation Bon Sauveur de La Manche recrute : MÉDECIN PSYCHIATRE/PÉDOPSYCHIATRE CDI - Temps plein - Saint-Lô (Manche - 50)

Située sur un territoire couvrant le centre et le nord du département de la Manche, la Fondation Bon Sauveur regroupe une douzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation. Acteur majeur sur le plan clinique au niveau régional, la Fondation comprend plus de 1700 salariés dont 60 médecins, dispose de 989 lits et places, dont 497 en médico-social. Centrée sur l'humain, notre action quotidienne est fondée sur des valeurs fortes.

LE POSTE

Les pôles de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte de la Fondation recherchent un PÉDOPSYCHIATRE ou un PSYCHIATRE intéressé par les troubles émergents et désireux de travailler à l'intersection de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte. Il se consacra à mi-temps à l'ouverture des 5 lits de son innovante unité d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de diagnostic pour les adolescents âgés de 13 à 18 ans du département de la Manche en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires du territoire (Urgences, Équipes Mobiles Adolescent, CMPEA et pédiatrie) y compris extra-sanitaires (famille, médico-social, ASE, ...). Cette unité sera adossée à une unité adulte de même vocation dotée de 6 lits. Ce mi-temps peut être complété d'un autre mi-temps sur cette même filière adolescent à destination du bassin Saint-Lôis (Équipe Mobile, hôpital de jour et CMPA) ou sur le pôle de psychiatrie adulte pour une pratique mixte. La Fondation, au travers de son centre hospitalier spécialisé, s'inscrit dans une dynamique forte de développement de projets (projet médico-soignant 2021-2025, projet de réhabilitation psychosociale, projet de recherche clinique et d'innovation, nouveaux usages numériques, ...).

CONTRAT

- Poste en CDI temps plein (204 jours de travail/an).
- À pourvoir dès que possible.

PROFIL RECHERCHÉ

- Médecins psychiatres portant un intérêt pour le travail en équipe pluridisciplinaire et souhaitant s'inscrire dans une psychiatrie de missions de service public.
- Poste ouvert aux praticiens hospitaliers.

AVANTAGES

- 32 jours de congés payés annuels.
- 14 jours de repos annuels liés au forfait.
- Comité d'entreprise.
- Tarifs repas self attractifs.
- Fort investissement de l'établissement en matière de formation continue.
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Prévoyance.

LIEU DE TRAVAIL

50 000 SAINT-LÔ (Centre Manche - 50).

RÉMUNÉRATION

- À définir suivant profil et statut.
- Reprise d'ancienneté.
- Prime d'embauche.
- Prise en charge des frais de déménagement.

RENSEIGNEMENTS

- Docteur Alexandre KIRCHGESNER, Médecin Chef du pôle de Psychiatrie Adulte Centre Manche
- E-mail : alexandre.kirchgesner@fbs50.fr - Tél. : 07 64 70 10 67
- Docteur Thierry MARTIN, Médecin Chef du territoire Centre Manche du pôle de Pédopsychiatrie
- E-mail : thierry.martin@fbs50.fr - Tél. : 06 64 57 14 33
- Madame Aurélie MAGIDS, Directrice du Centre Hospitalier
- E-mail : directioncentrehospitalier@fbs50.fr
- Tél. : 02.33.77.56.23



RECRUTE

MÉDECIN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN Pôle de Psychiatrie Adulte du COTENTIN (Cherbourg)

Au sein du territoire du Cotentin de la Fondation, sous la responsabilité du médecin-chef et au service d'un dispositif de psychiatrie adulte couvrant l'ensemble du Cotentin, vous assurez des prises en charge ambulatoires en Centre Médico-Psychologique (CMP), CATTP, HDJ, et en hospitalisation temps plein. Le Pôle de psychiatrie adulte du Cotentin, réparti sur trois sites (Cherbourg, Valognes, Picauville) est composé. D'activité d'hospitalisation temps plein. D'activité ambulatoire. D'une activité d'Electro-Convulsivo-Thérapie. Le Pôle est animé par une équipe pluridisciplinaire au service d'un projet médical dynamique qui intègre la prise en charge médico-psycho-sociale.

CONTRAT

Poste en CDI temps plein (204 jours de travail/an). Poste disponible à ce jour.

STATUT & RÉMUNÉRATION

Statut : Cadre. Rémunération :

- À définir suivant statut (médecin du secteur privé, praticiens hospitaliers, etc.).
- Reprise d'ancienneté.
- Prime d'embauche.
- Prise en charge des frais de déménagement.
- De nombreux avantages sociaux :
- 32 jours de congés payés annuels (base de calcul en jours ouvrés soit un peu plus de 6 semaines de congés payés annuels).
- 14 jours de repos annuels liés au forfait.
- Comité d'entreprise.
- Tarifs repas self attractifs.
- Fort investissement de l'établissement en matière de formation continue.
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Prévoyance.

LIEU DE TRAVAIL :

Cherbourg. PROFIL RECHERCHÉ : Médecins psychiatres.

Intérêt pour :

- Le travail en équipe pluridisciplinaire.
 - L'inscription dans une psychiatrie de missions de service public.
- Poste ouvert aux praticiens hospitaliers.

LA FONDATION

Située sur un territoire couvrant le nord et le centre du département, la Fondation Bon Sauveur de la Manche regroupe une vingtaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation.

INFORMATIONS/CANDIDATURES

- Dr Fabien JUAN, Médecin chef de pôle de psychiatrie Adulte du Cotentin (fabien.juan@fbs50.fr)
- Madame Aurélie MAGIDS, Directrice du Centre Hospitalier
- E-mail : directioncentrehospitalier@fbs50.fr
- Tél. : 02 33 77 56 23

CANDIDATURES À ADRESSER

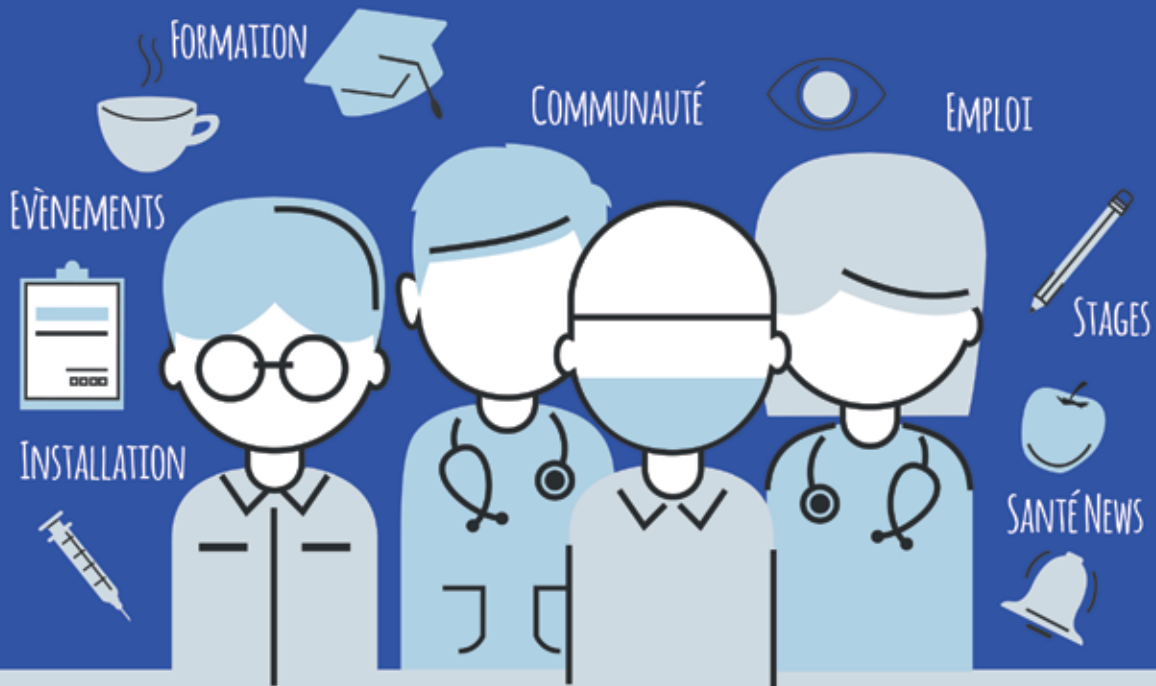
par mail à service.recrutement@fbs50.fr



www.fbs50.fr

Retrouver toutes nos informations d'emplois sur notre site web : www.fbs50.fr





RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France

e
pôle emploi

UniHA

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVES NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

