Carte d'identité du SPH

Les origines, les fondateurs

Fondé le 9 juillet 1945, le « **Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques** » qui s'inscrit dans la continuité de l' « Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés de France » créée en 1907 deviendra le « **Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux** ».

Le premier numéro de « **L'Information Psychiatrique** » paraît cette même année 1945, bulletin syndical du SPH à l'époque, devenue depuis la revue scientifique mensuelle des psychiatres des hôpitaux.

Parmi les membres fondateurs se trouvent les psychiatres qui ont marqué l'histoire de la psychiatrie de l'après-guerre : Georges Daumezon qui fut premier secrétaire du Conseil, Jean Lauzier, Paul Sivadon, Jean Ayme, Lucien Bonnafé, Henri Ey, Louis Le Guillant. On rappellera l'engagement de ces psychiatres pour changer la condition des malades et leur mobilisation pour dénoncer l'abandon à leur sort des quelques 45 000 malades morts de faim dans les forteresses asilaires reliquats du XIXe siècle pendant l'Occupation.

Jean Ayme, Lucien Bonnafé et Louis Le Guillant avaient fait l'expérience de la **psychothérapie institutionnelle :** née à l'hôpital de Saint-Alban, en Lozère avec François Tosquelles qui avait réuni résistants, malades, thérapeutes et intellectuels tels que Georges Canguilhem ou Paul Eluard. Cette nouvelle vision d'une psychiatrie communautaire devait réformer l'asile carcéral pour lui substituer une thérapeutique de la folie fondée sur la relation dynamique entre soignants et patients, et faire tomber les murs des asiles : ainsi naissaient les bases de la **psychiatrie de secteur.**

Georges Daumezon autre initiateur de la psychothérapie institutionnelle a écrit sa thèse sur *La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* récompensée par le prix Baillarger de l'Académie de médecine.

Paul Sivadon a créé un club de malades ouvert sur l'extérieur et un foyer de postcure. Libre de toute affiliation, il s'est inspiré du behaviorisme et de la psychanalyse pour développer les approches relationnelles en institution. Il a été l'un des premiers à s'intéresser aux questions spatiales et architecturales pour les institutions de soins psychiatriques et a favorisé la mise en place d'un lien humain entre le soignant et le soigné au sein des hôpitaux psychiatriques.

Jean Ayme qui s'était engagé dans la Résistance en 1942, a participé aux premiers pas de la psychothérapie institutionnelle et est l'un des créateurs de la psychiatrie de secteur.

Lucien Bonnafé a participé à la revue *Vie Sociale et Traitements* destinée aux formations des infirmiers en psychiatrie et a souligné le rôle thérapeutique de l'infirmier en psychiatrie par la publication des *27 opinions sur la psychothérapie* en 1961. Il a soutenu la réforme des lois de 1838 en militant pour la disparition de lois spécifiques aux malades mentaux.

Henri Ey a fondé l'Association Mondiale de Psychiatrie dont il a été le secrétaire général de 1961 à 1967. Rédacteur en chef de la revue *L'Évolution psychiatrique* de 1945 à 1974, il a écrit de nombreux ouvrages de psychiatrie, notamment les *Etudes psychiatriques* (1948-1954), *La conscience* (1963), un *Manuel de psychiatrie* (en collaboration avec les docteurs Paul Bernard et Charles Brisset) qui est la référence de plusieurs générations de psychiatres, et un *Traité des hallucinations* (1973). Il a enseigné la psychiatrie

pendant plus de vingt ans dans un cercle qu'il réunissait chaque semaine à l'hôpital Sainte-Anne et qui attirait une assistance très assidue. La revue l'*Evolution psychiatrique* et la société du même nom qu'il a animées pendant de très longues années contribuèrent à créer un pont entre les cercles psychanalytiques et les milieux psychiatriques «classiques», jusque-là peu ouverts aux notions psychanalytiques. La conception qu'avait Henri Ey des structures mentales reposait sur ce qu'il dénommait l'«organodynamisme» : « *il faut tenir compte tout autant du «socle» biologique que des facteurs sociaux et des éléments proprement psychiques dans l'organisation de la vie de l'esprit, donc dans sa décomposition*. » Il a largement contribué au grand mouvement de réforme qui a ouvert les hôpitaux psychiatriques et contribué à l'élaboration de ce qui est devenu, en 1960, la politique de secteur du ministère de la santé.

Louis Le Guillant a écrit sur la psychopathologie de certaines conditions de travail ainsi que sur la psychopathologie de l'enfance. Il a fondé en 1946 la revue *Sauvegarde,* revue des associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence. Il a été membre du comité de rédaction de la revue *Enfance* en 1948 et a été rédacteur en chef jusqu'en 1956 de la revue, *La Raison*, dont il a été le cofondateur en 1951, avec notamment Bonnafé, Follin, Lafitte et Wallon.

Ces grands noms aux origines de la psychiatrie moderne, fondateurs du SPH, ont contribué à ouvrir les asiles en créant le secteur, passant de l'enfermement des fous aux soins portés aux malades. Ces progrès acquis depuis 1945 sont pourtant de nouveau à défendre : le secteur, outil d'autonomisation des malades contre l'enfermement grâce à des soins gratuits et de proximité, favorisant les partenariats avec les autres services publics d'un territoire, doit tenir bon face au systématisme sécuritaire ou aux restrictions de priorités gestionnaires ; tout comme la psychiatrie, science du soin adapté à une conception de l'humain dans ses différentes dimensions, ouverte à divers courants, doit résister face aux excès dogmatiques.

Né avec eux, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux doit prolonger l'héritage de ces pionniers en développant esprit, dynamisme et capacités d'innovation, pour défendre dans ses combats une psychiatrie à dimension humaine.

Histoires de nomination : les origines des scissions syndicales

De la nomination par le ministre à celle par le directeur

Avant les réformes statutaires des années 80, le statut de psychiatre des hôpitaux regroupait ceux d'assistant, d'adjoint (acquis après avoir passé l'assistanat obtenu par concours avec épreuves écrite et orale comportant l'examen d'un patient devant un jury), et de chef de service (acquis après 4 ans d'assistanat et examen du psychiatricat).

Il existait 2 grilles de salaire, une pour les assistants et adjoints et une autre, plus élevée, pour les chefs. Les postes de chefs étaient occupés sur critère d'ancienneté dans la fonction. Pour être chef dans un service renommé ou attractif comme pouvaient en offrir les grandes villes, il fallait traditionnellement avoir été au préalable psychiatre hospitalier dans une plus petite ville; l'argument était que l'expérience acquise permettait d'assurer la fonction de chef de service et méritait de muter dans des villes plus attractives. Cette habitude participait à la mobilité des psychiatres et pouvait réduire les effets de déserts médicaux. Mais elle était aussi remise en question par les praticiens exerçant déjà à Paris et dans des villes attractives, insatisfaits de devoir aller travailler en province ou en banlieue pour obtenir le poste qu'ils convoitaient.

Pour nommer les assistants et les chefs, deux commissions statutaires se tenaient une fois par an ; présidées par un conseiller d'État, elles étaient composées pour moitié d'administratifs et moitié de responsables syndicaux, et chargées d'étudier les candidatures. Ce rôle joué par les syndicats contribuait à une forte syndicalisation : à compétences et expérience égales, l'adhésion syndicale permettait d'obtenir un soutien supplémentaire par les membres de la partie syndicale de la commission.

C'est le **ministère de la santé** qui nommait les psychiatres des hôpitaux et non le directeur des établissements. La justification de cette indépendance vis-à-vis des pouvoirs locaux tenait dans la fonction particulière du psychiatre hospitalier : chargé d'établir les certificats d'hospitalisations sans consentement, il semblait normal que le psychiatre ne puisse être soumis aux pressions de nomination du directeur de l'hôpital qui « internait » le malade. Cette procédure spécifique de nomination pour les psychiatres comparé aux autres disciplines a disparu avec la réforme hospitalière de la loi dite Bachelot, HPST, mais le SPH soutient toujours que cette indépendance était le garant de la liberté des citoyens lorsque ces citoyens sont des malades hospitalisés sans consentement.

En 1984, le statut s'est unifié pour donner naissance aux corps des Praticiens Hospitaliers, obtenu par concours national de PH. Le statut unique attribue alors à la chefferie de service une simple fonction et non plus un statut. Il en découle une seule grille de salaire pour tous les PH. L'assistanat est un statut intermédiaire de durée limitée et à caractère local. A cette époque, le ministère de la santé maintient cependant le mode de nomination spécifique pour les psychiatres en nommant les PH en psychiatrie. Seule la chefferie dépend alors des avis locaux de la CME.

En 2009, la réforme hospitalière attribue au **Centre National de Gestion** la compétence de gestion des praticiens hospitaliers. Puis un avis de la **CME** est demandé pour la nomination des Praticiens Hospitaliers qui-ne sont plus nommés par le ministre. **Avec la loi HPST en 2010,** le pouvoir local est encore renforcé et c'est le **directeur de l'établissement** qui nomme les PH, sur proposition du président de CME et avis du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service (sans avis de la CME). La nomination se fait dans l'établissement public de santé, et non plus dans un service ou un secteur, et est prononcée par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion après avis du **directeur de l'ARS.**

L**e psychiatre des hôpitaux et d'une manière générale le PH, a ainsi peu à peu perdu son indépendance.** Le risque est d'installer les conditions d'une certaine soumission et d'un conformisme chez les praticiens, notamment pour les psychiatres en formation qui souhaiteraient rester dans leur région lors de leur nomination. Les intérêts personnels peuvent alors prendre le pas sur les intérêts du soin, de l'institution et des missions de service public.

Cette nouvelle organisation institutionnelle a évacué le dialogue entre deux lignes de force, celle administrative et celle médicale, d'où émergeait un projet médical de service sur lequel s'ajustait le système gestionnaire après concertation. Les réformes ont d'abord fait passer la filière paramédicale sous l'autorité hiérarchique administrative et non plus médicale : aujourd'hui les médecins n'ont plus d'autorité fonctionnelle sur les personnels soignants paramédicaux. Le mouvement s'est poursuivi pour placer les médecins hospitaliers sous lien d'abord fonctionnel puis hiérarchique vis-à-vis du directeur via l'ARS et le Conseil National de Gestion. La Fédération Hospitalière de France, représentante des directeurs d'établissements publics, a su ainsi prendre assez d'influence dans les instances nationales pour qu'aujourd'hui la filière administrative soit supérieure à la filière médicale, qui n'est plus guère entendue pour les décisions de niveau national. La nouvelle donne est que les raisons gestionnaires l'emportent sur les arguments médicaux, contexte dans lequel la discipline doit malgré tout continuer à défendre des conditions de soins et de pratique justes.

Les scissions d'hier qui n'ont plus de sens aujourd'hui

En 1974, les psychiatres d'exercice libéral créent le Syndicat National des Psychiatres Privés (**SNPP**).

Dans le début des années 80, de jeunes psychiatres hospitaliers de l'époque contestaient le mode de nomination des chefs de service en argumentant que l'obtention de la chefferie sur l'ancienneté n'en assurait pas les compétences. Ils refusaient le système de tour de France pour privilégier les principes de collégialité et d'alternance des fonctions. Le SPH perçu comme le syndicat qui tenait la commission

paritaire de nomination, leur semblait limiter leurs aspirations à accéder rapidement aux postes de villes importantes. Le SPH y voyait d'abord la contestation de psychiatres en début de carrière et en activité sur des postes déjà attractifs, qui refusaient de se soumettre aux départs en périphérie pour obtenir un poste de chef.

La contestation aboutit en 1981 à la création au sein du SPH, de la « **coordination nationale des adjoints et des assistants** », avant de devenir en 1986, un autre syndicat de psychiatres hospitaliers: le **SPEP** (Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public).

Ces frondeurs prônaient l'alternative au conservatisme et au système mandarin jugé désuet. Pourtant, la plupart devenus chefs de service, ont oublié l'alternance des fonctions revendiquée et ont conservé leur chefferie dans les années qui ont suivi…

Le Syndicat des Psychiatres de Secteur (**SPS**) s'est quant à lui créé en 1988 à partir de divergences au sein du SPH sur les statuts de chefs de services et sur la procédure de nomination : opposé aux avis locaux et pour une évaluation de la compétence. A l'inverse du SPEP, il énonçait des positions plus hiérarchiques et plus méritocratiques. A noter cependant que le SPS a gardé le même président depuis sa création jusqu'à sa transformation en IDEPP en 2009, développant au fil des ans des liens stratégiques avec les universitaires. Position qui n'est pas sans nourrir l'ambiguïté sur la défense des intérêts des syndicats de psychiatres des hôpitaux vis-à-vis de ceux du syndicat des universitaires de psychiatrie (**SUP**).

Ces deux syndicats (SPEP et SPS) issus de scissions avec le syndicat-mère, le SPH, et bien qu'opposés dans leurs tendances originelles, se sont réunis pour partie en 2009 pour créer l'**IDEPP** (Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique). Une partie du bureau du SPEP n'ayant pas souhaité disparaître dans cette nouvelle union, le SPEP existe toujours.

Alliances syndicales et prolongements

En 1967, Henri Ey est président du SPH. C'est la période de pleins débats portant sur la séparation entre la neurologie et la psychiatrie, et sous son impulsion, la psychiatrie aspire à être reconnue discipline médicale à part entière. Le **Syndicat des Psychiatres Français** (SPF), qui regroupe psychiatres hospitaliers, libéraux et universitaires, est créé pour répondre au projet de fonder un syndicat capable de représenter la psychiatrie française dans les instances internationales. L'adhésion double au SPH et au SPF est votée en AG du SPH.

En 1998, le SPH intègre l'intersyndicale Confédération des Hôpitaux Généraux dont il est l'un des membres fondateurs. Cette intersyndicale devient en 2005 la **Confédération des Praticiens des Hôpitaux** (CPH), regroupant toutes les disciplines et dans laquelle le SPH joue un rôle moteur afin de potentialiser la promotion de l'hôpital public, le statut et la place du médecin à l'hôpital. Cette union tient compte de l'évolution des statuts, du nouvel internat, de l'alignement par les réformes de la psychiatrie hospitalière sur les autres spécialités.

Cherchant les convergences avec l'ensemble des organisations représentatives de la psychiatrie, le SPH est membre fondateur en 2000 du **Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie** (CASP), qui réunit aujourd'hui plusieurs syndicats de psychiatres : le Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés, le Syndicat National des Psychiatres Privés (SNPP), l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP). L'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) et l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) sont invités permanents du CASP, ainsi que le SPEP depuis 4 ans. Le SPS avait refusé de s'y associer lors de sa création, au motif qu'il ne pouvait partager des revendications communes avec les psychiatres libéraux. Le SUP puis le SPF ont quitté le CASP lors des étapes de construction du Conseil National Professionnel de Psychiatrie créé par la réforme du DPC, estimant que leurs membres n'étaient pas assez pris en considération par les autres organisations pour définir les règles de représentativité dans cette nouvelle instance.

Les alliances entre les syndicats de psychiatrie, nombreux, se font et se défont donc au gré des réformes mais aussi selon les ambitions des personnes ou l'insistance à garder une « identité syndicale » distincte de la maison mère SPH. Et ce, alors que les motifs de scissions d'hier n'ont plus lieu d'être : les réformes hospitalières ont lissé les spécificités de la psychiatrie et avec elles, le statut de PH en faisant disparaître tour de France, rôle des commissions statutaires, différences de grilles de salaire.

Malgré la désyndicalisation générale, le SPH reste avec plus de 1000 membres, le syndicat de psychiatres hospitaliers le plus représentatif. Quoi qu'aient pu en dire d'autres syndicats tentant de faire passer pour réactionnaire voire archaïque l'attachement du SPH à ses origines et à ce qu'il a réalisé dans la naissance de l'organisation inédite que reste la sectorisation psychiatrique.

La défense de l'hôpital public ayant pris une dimension européenne, comme l'a montré de manière aiguë la défense du temps de travail des médecins face aux directives européennes, le SPH continuera de soutenir avec les partenaires syndicaux européens qui adhèrent aux mêmes valeurs :

- la promotion d'un service public de santé de qualité accessible à tous et respectueux de la dimension humaine du soin en s'opposant aux dérives bureaucratiques
- la défense catégorielle et l'équité entre praticiens
- l'amélioration des conditions de travail des médecins salariés et notamment en ce qui concerne la définition du temps de travail
- la recherche d'une meilleure attractivité du service public et d'amélioration de la démographie médicale,
- le développement des échanges européens au sein de la discipline psychiatrique.

En prolongement de son action syndicale, le SPH œuvre à la réflexion scientifique sur la psychiatrie au travers de sa société scientifique, la **Société de l'Information Psychiatrique** (SIP) qui est membre fondateur et actif de la **Fédération Française de Psychiatrie** (FFP) et à travers elle de la **Fédération des Spécialités Médicales** (FSM) et de **l'Association Mondiale de Psychiatrie** (WPA).
La revue mensuelle **L'information Psychiatrique** en est l'un des supports, revue clinique et professionnelle au carrefour des sciences humaines et des neurosciences, qui aborde de manière thématique tous les aspects de la psychopathologie.

En 1980 et afin de compenser les lacunes, défendre et améliorer le statut des médecins hospitaliers le SPH élabore la création de l'APPA, **Association Pour les Praticiens hospitaliers et assimilés** qui négocie pour ses adhérents des garanties en matière de Prévoyance, Complémentaire Santé et Retraite, avec des assureurs de renom et avantageuses par rapport à la plupart des contrats trouvés sur le marché.

Récemment, le SPH avec le SIP, a été actif à participer à la construction du **Conseil National Professionnel de Psychiatrie** (CNPP), de manière à reconnaître la place et la représentation tant scientifique que syndicale des diverses organisations.

Afin de garantir l'accès aux psychiatres des hôpitaux de formations de qualité répondant aux nouveaux critères du DPC, le SPH et la SIP ont créé l'**ODPCPsy**. Ainsi, lors du congrès annuel de la SIP, plusieurs DPC sont proposés.

Une réunification possible demain ?

Les divisions syndicales n'ont plus de fondement idéologique aujourd'hui et n'ont pas de sens pour les praticiens. Elles sont de plus sources de perte d'influence dans les rapports de force face aux tutelles et le SPH souhaite donc la réunification syndicale que plusieurs tentatives n'ont pas permis de faire aboutir.

Après la création du CASP en 2000, des instances de rapprochement des différents syndicats ont été créées telles que l'Intersyndicale de Psychiatrie Publique. Une tentative de réunification du SPH et de l'IDEPP a eu lieu en 2012 avec le but de fonder un nouveau syndicat. Cependant les divergences sont réapparues rapidement lorsqu'il a été question de poser les bases des futurs statuts : les désaccords se sont manifestés sur le choix de l'intersyndicale d'appartenance du futur syndicat commun (choix à

soumettre aux adhérents lors d'une AG initiale pour le SPH membre de la CPH / choix préalable fait par un bureau provisoire pour l'IDEPP membre de la CMH ou appartenance simultanée aux 2 intersyndicales en dépit de prises de positions très différentes lors des dernières réformes hospitalières) ; mais également pour la construction du bureau provisoire (vote de l'ensemble des adhérents du nouveau syndicat pour le SPH / accord préalable des bureaux en cours de mandat de chaque syndicats pour l'IDEPP).

Faute d'avoir pu s'accorder sur la manière dont les règles de représentativité devaient s'exprimer, le SPH, soucieux de ne pas maintenir les conditions de clivages au sein du nouveau syndicat et l'IDEPP désireux de maintenir une influence « identitaire » dans la future organisation, ne sont pas allés plus loin que des rencontres communes et la réunification a été avortée.

Fort heureusement, les différents syndicats arrivent le plus souvent à faire entendre une voix commune lorsqu'il s'agit de défendre la psychiatrie. Mais leur multiplicité fait perdre en lisibilité pour le praticien non averti ou permet aux tutelles d'ironiser sur le besoin de revendications identitaires de la psychiatrie face aux réformes. Il serait bon que les intérêts personnels de quelques-uns attachés depuis des années aux postes supposés leur conférer un pouvoir ne passent pas avant les débats de fond sur l'avenir de la psychiatrie et sur l'évolution des processus démocratiques de représentativité syndicale.

C'est pourquoi le SPH, revendiquant ses attaches aux valeurs humanistes qui ont fait évoluer la psychiatrie de l'après-guerre, maintient son souhait de voir la psychiatrie hospitalière forte et unie face aux différentes restrictions de pensée, d'organisation, de libertés d'action, qui minent la psychiatrie.

Les combats du SPH de demain

- Continuer à défendre les spécificités de la psychiatrie pour préserver les moyens d'assurer les soins de manière efficace et à dimension humaine face aux réformes sanitaires orientées selon une vision médico-économique :
    - poursuivre la défense de la continuité des soins grâce à la continuité relationnelle aux différentes étapes évolutives des pathologies et dans les différents dispositifs de soins : pour ce faire, maintenir que le secteur reste la base d'organisation des soins cohérente grâce à la structuration et la coordination autour d'une même équipe de soins entre hôpital et extrahospitalier ;
    - assurer les conditions de partenariats propres aux besoins de la santé mentale tout en préservant l'identité de la psychiatrie : pour cela assurer une organisation sectorielle renouvelée grâce à sa structuration à 3 niveaux (généraliste, intersectoriel et supra sectoriel) comme base des territoires de santé mentale intégrant les différentes dimensions des missions de la psychiatrie, de la prévention à la réinsertion, impliquant un budget spécifique à la santé mentale.
- Continuer à lutter contre les dérives sécuritaires en défendant notamment le secret médical en psychiatrie face aux attaques plus ou moins insidieuses motivées par les préoccupations d'ordre public ou les nécessités de partenariats ; mais aussi en plaidant pour une réforme de la loi sur les soins sans consentement qui ferait disparaître la référence à l'ordre public pour maintenir ces soins
- A travers la CPH:
    - défendre par un statut unique et fort les praticiens des hôpitaux contre les ajustements locaux où les rapports de force sont en défaveur des médecins
    - Obtenir des conditions d'exercice et de défense des droits des praticiens passant par un renforcement des droits syndicaux (temps alloué pour l'action syndicale) et sociaux (congés longue maladie/longue durée, temps de travail, retraite…)
    - Lutter pour garder des conditions de formation large, ouverte sur les données actuelles de la science, non dogmatique, et non fléchée par les tutelles