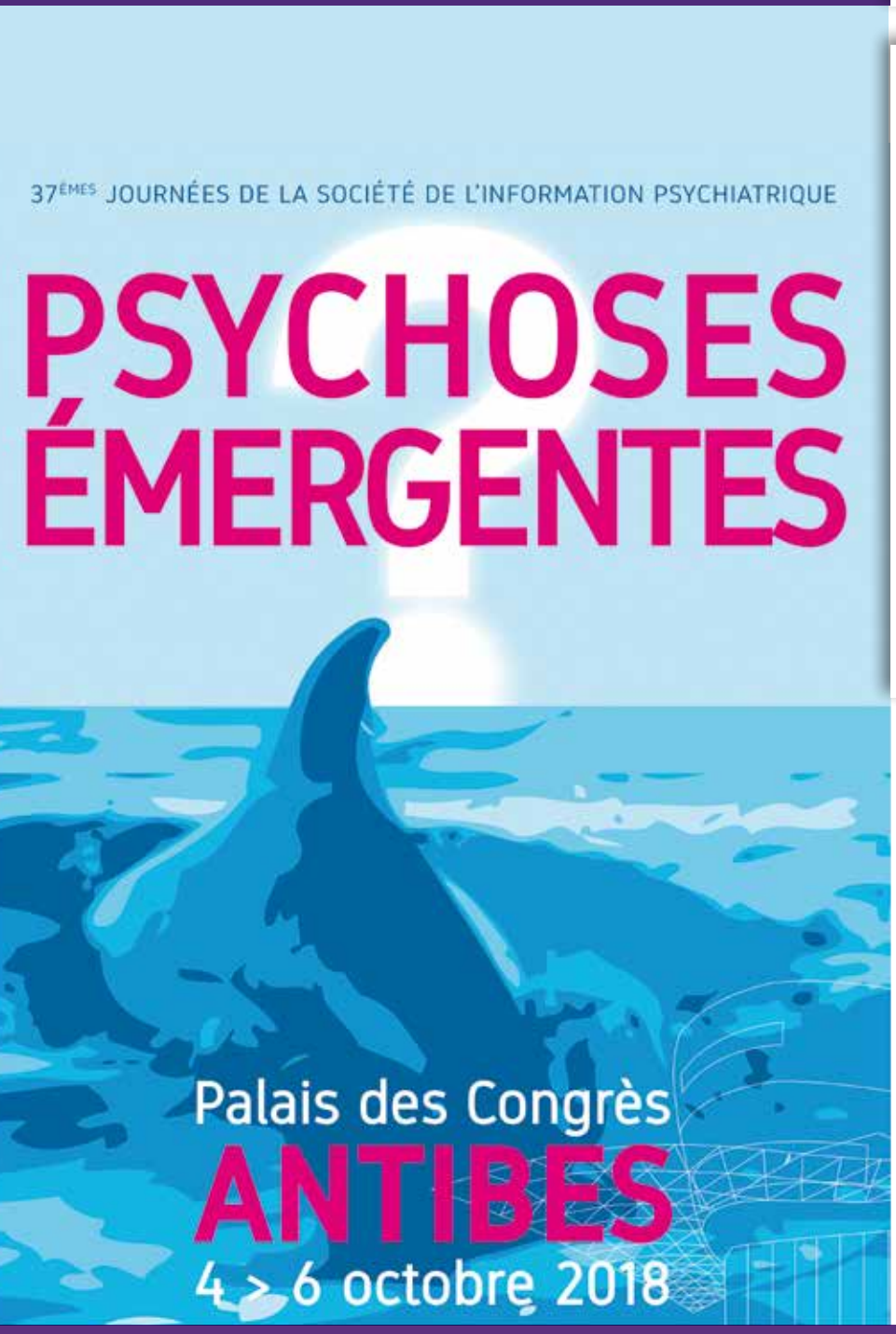
La LETTRE du

Numéro 15 - Juin 2018

Le Syndicat des
PSYCHIATRES
des Hôpitaux



ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE : PROPOSITIONS SPH SIP

RADICALISATION ET PSYCHIATRIE : RAPPORT INTERMÉDIAIRE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA PSYCHIATRIE

COMMUNIQUÉS SPH

La LETTRE du Sph
Numéro 15 - Juin 2018

Sommaire

STRUCTURATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE ____ 03
1. ORGANISATION DES SOINS ____ 04
1.1. Structuration en niveaux ____ 05
1.2. Parcours de soin ____ 06
2. MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, ARTICULATIONS, STIGMATISATION ____ 07
2.1. Missions de santé publique ____ 07
2.2 Articulations ____ 09
2.3 Déstigmatisation ____ 10
3. FORMATION, RECHERCHE ____ 10
3.1. Formation ____ 10
3.2. Recherche ____ 13
4. AXES PARTICULIERS ____ 13
4.1. Suivant l'âge ____ 13
4.2. Suivant les modalités ____ 14
4.3. Suivant les troubles ____ 15
5. CONCLUSION ____ 16
SYNTHÈSE DES REFLEXIONS ____ 16
TABLEAU DE LA STRUCTURATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE DANS SON ENVIRONNEMENT ____ 16
MESURES PROPOSEES PAR LE SPH ET LA SIP POUR AMELIORER LE CHAMP DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE ____ 18

RADICALISATION ET PSYCHIATRIE :
RAPPORT INTERMÉDIAIRE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA PSYCHIATRIE ____ 21

COMMUNIQUÉS SPH ____ 24

PROGRAMME DU CONGRÈS D'ANTIBES 4-6 OCTOBRE 2018 ____ 28

SPH - Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Président : Docteur Marc Bétrémieux
585 avenue des Déportés, CH Hénin-Beaumont, 62110 Hénin-Beaumont
Tél. : 03 21 08 15 25 - Courriel : secretariatSIP2@gmail.com

Editeur et régie publicitaire
Réseau Pro Santé – M. Tabtab, Directeur
06, Avenue de Choisy - 75013 Paris - Tél. : 01 53 09 90 05
E-mail : contact@reseauprosante.com - web : www.reseauprosante.fr

Imprimé à 4800 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.
Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

STRUCTURATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Pour une réponse pertinente aux besoins des bébés, enfants et adolescents

Avril 2018

La psychiatrie infanto-juvénile publique connaît un réel succès depuis sa création. Le nombre toujours croissant de demandes qui lui sont faites, les attentes importantes de la société à son égard, en témoignent nettement[1]. La morbi-mortalité pour les enfants de 5 à 14 ans et les adolescents de 14 à 23 ans, récemment calculée par les indices DALY[2] est essentiellement causée par les troubles relevant de la santé mentale et de la pédopsychiatre. Ceci devrait impliquer une volonté d'allouer plus d'importance à la pédopsychiatrie publique. Pourtant, les moyens dont elle bénéficie diminuent. Ses professionnels se raréfient. Ainsi, il y a une inadéquation forte entre les demandes et les possibilités de réponse.

La psychiatrie infanto-juvénile publique accomplit au mieux les missions qu'elle est seule à pouvoir remplir. Elle soutient constamment une réflexion globale afin de rendre plus pertinente son organisation : redéfinition de ses contours, meilleure articulation avec les partenaires de la santé mentale, le libéral… Elle a pour but principal de faire face aux besoins de la population.

Les responsables politiques devraient affirmer leur volonté de donner à la pédopsychiatrie publique les possibilités de fonctionner plus et mieux car c'est un véritable enjeu de santé publique.

Paradoxalement les critiques sont incessantes et contradictoires, comme s'il fallait « tirer sur l'ambulance ». Une partie des catégories cliniques de la spécialité sont partiellement « extraites » de son champ dans les textes, alors que, dans la réalité, les secteurs sont régulièrement appelés pour y répondre. Les parcours de soins, définis entre autres par la HAS, se reconstruisent alors en tuyaux d'orgue, en évitant autant que possible le passage par les services de pédopsychiatrie publique et son organisation sur les territoires.

La psychiatrie infanto-juvénile, grâce à son organisation sectorielle, est LE dispositif de maillage de tout le territoire national. Elle permet de recevoir les enfants de 0 à 16 ans (voire 18) avec leurs familles, y compris en période anténatale. La pédopsychiatrie accueille tous les troubles, du plus général au plus spécifique, grâce à la polyvalence et à la formation des pédopsychiatres, du dispositif pluriprofessionnel, de son équipement diversifié allant du CMP polyvalent jusqu'aux hôpitaux de jour et aux unités spécialisées pour les pathologies rares et/ou complexes, en passant par les urgences, la liaison et le partenariat avec la protection de l'enfance, le médico-social, la liaison en pédiatrie... **Délaisser ce modèle, c'est oublier de prendre en compte les besoins globaux de toute la population. Si son organisation est en mouvement comme tous les systèmes de soins et donc sans cesse à revoir, son existence est le garant d'un accès au soin pour tous.**

La psychiatrie infanto-juvénile publique fait le constat de ses limites actuelles du fait du flux important des demandes qui lui sont adressées. Il y a nécessité de les discriminer, de hiérarchiser plus clairement les réponses, préciser les compétences des différents acteurs, et enfin de rendre ces réponses plus lisibles.

La SIP et le SPH prennent acte de ces nécessités en faisant les propositions qui suivent et qui concernent la définition des contours et des missions de la pédopsychiatrie, les articulations avec les partenaires, en particulier au niveau 1, la place des praticiens libéraux.
La psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) publique, de par ses missions dans les champs de la prévention, des soins et de l'insertion, se doit d'être impliquée aux trois niveaux de parcours de soin du patient.

1. La clinique pédopsychiatrique s'est considérablement développée et approfondie en France, depuis la création comme DESC de la spécialité début des années 70. Elle s'enrichit au fur et à mesure de son évolution de connaissances nouvelles tant fondamentales, que cliniques et thérapeutiques : ethnopsychiatrie, génétique, neurosciences, psycho-pharmacologie, psycho-traumatismes, sciences cognitives, sociologie des groupes, thérapies développementales, thérapies familiales, thérapies parents-enfants, coaching parental… pour n'en citer que quelques-unes.
2. Disability-Adjusted Life Year, nombre d'années de vie en bonne santé perdues soit à cause d'une mort prématurée soit parce que ces années ont été vécues avec une pathologie invalidante

Sa structuration, que nous détaillerons dans le texte, peut être résumée, pour être lisible, sous la forme suivante :

Au niveau 1
Dans le champ de la prévention, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile doit :
- S'articuler avec les équipes de soins de santé primaire définies dans le cadre de la loi de santé de 2016, en voie de mise en place et de répartition encore très hétérogène sur le territoire national.
- Contribuer à un meilleur repérage des troubles par des interventions ciblées auprès des partenaires de première ligne, définies et formalisées en accord avec eux.
- Définir avec les partenaires de première ligne les conditions d'adressage et de liaison avec les CMP.

Les acteurs de première ligne dans le champ de la santé de l'enfant et de l'adolescent tendent à se diversifier et à proposer des formes nouvelles d'intervention.
Les missions d'appui du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le champ de la prévention devront se définir sous forme de partenariats formalisés définis en accord avec les acteurs de première ligne au sein de chaque territoire dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM) élaboré au sein des Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT).

Les partenariats de la PIJ ont à se développer avec différents acteurs :
- Maisons pluridisciplinaires de santé associant médecins généralistes et des professionnels de santé se diversifiant.
  En leur sein, des programmes ciblés de santé mentale, actuellement financés par différentes ARS, peuvent se développer en lien avec l'équipe de secteur qui peut participer à leur mise en place.
- Service de Protection Maternelle Infantile (PMI) : développement d'interventions ciblées des secteurs dans ce cadre favorisant le repérage précoce des troubles.
- Pédopsychiatrie de liaison au sein des équipes hospitalières : Maternités, services de Pédiatrie.
- Partenariat formalisé avec les Maisons des Adolescents (pour certaines initialisées par la Pédopsychiatrie).
- Articulation avec les professionnels de santé libéraux : pédiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens…

Au niveau 2
La porte d'entrée des soins en PIJ se fait par le CMP qui, après évaluation, peut offrir l'accès à :
- Des soins sectoriels sur les dispositifs classiques CMP, CATTP, hôpitaux de jour.
- Des soins plus spécifiques, intersectoriels, en fonction des besoins par territoire définis au sein du PTSM, dans différents champs potentiels :
  - Périnatalité
  - Adolescents
  - Urgences
  - Hospitalisations
  - Équipes mobiles et de liaison
  - Dispositifs de transition pour les 16-25 ans en lien avec les secteurs de Psychiatrie générale.

Les missions du secteur de PIJ dans le champs des soins devront se définir sur le territoire en articulation avec les autres acteurs des soins potentiels : CAMPS, CMPP, Professionnels de santé libéraux, dans le cadre du PTSM.

Au niveau 3
La PIJ contribue à une offre de soins très spécialisés de recours, à vocation départementale ou régionale (supra sectoriels) de type Hospitalisations Mére-bébé, Hospitalisation pour enfants…
Les articulations de la PIJ avec les autres dispositifs de recours de niveau 3, de type Centres de Référence (troubles des apprentissages…), Centres de Ressources Autisme, devront être définis et formalisés dans le cadre du PTSM.

1. ORGANISATION DES SOINS

Elle se construit dans le cadre de la loi de santé de 2016 avec sa dimension territoriale au sein des communautés psychiatriques de territoire (CPT), dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

L'organisation par niveaux est croisée avec le parcours de soins afin d'assurer fluidité et continuité.

1.1 Structuration en niveaux[1]

1.1.1 Niveau 1

Repérage sanitaire, prévention primaire et secondaire, réponse courte de proximité en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Il est assuré par les professionnels de proximité, qu'ils soient dans le service public territorial, salariés, associatifs ou libéraux.

- Médecins généralistes, souvent regroupés en maison médicale ou au sein de centres de santé : les choix de programmes en santé mentale, coordonnés par les ARS associant différents acteurs (psychomotriciens, psychologues…), sont financés et doivent se faire en lien avec la dynamique sectorielle et territoriale.
- PMI : en collaboration étroite dans des dispositifs de repérage précoce des troubles.
- Hospitaliers : services de pédiatrie, équipes des maternités avec implication des secteurs dans les équipes de pédopsychiatrie de liaison.
- Libéraux : psychologues, orthophonistes, psychomotriciens… *pour lesquels nous proposons de donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances pour la prise en charge de symptômes isolés sur prescription du médecin traitant.*
- Maisons des adolescents, pour certaines constituées à l'initiative des équipes de pédopsychiatrie, et qui bénéficient du support de ces équipes pédopsychiatriques.

Les actions de repérage, sous la responsabilité des acteurs de terrain, peuvent être initiées et soutenues par des formations proposées par les professionnels de pédopsychiatrie.
Les actions de prévention sont à définir avec la pédopsychiatrie qui est en mesure de les coordonner. La coordination s'effectue par la formalisation de partenariats qui se décideront au sein des projets territoriaux de santé mentale.

Les interventions, sous diverses formes (thérapeutiques, éducatives, pédagogiques, rééducatives…), directement auprès de l'enfant ou sous forme de conseils/soutien des parents, sont effectuées par les professionnels de proximité, pour des troubles légers, simples.
Sur le plan financier, certains professionnels exercent comme salariés dans des structures permettant un accès gratuit aux populations.
En libéral, la question de la prescription et du remboursement doit être prévue. La prescription peut être de la responsabilité des médecins traitants et le remboursement accepté sur un nombre limité de séances.

Niveau 1
La psychiatrie infanto-juvénile a pour responsabilité, dans le champ de la santé mentale, l'initiation de programmes de repérage et de prévention, de formation des professionnels de proximité et de coordination.

1.1.2 Niveau 2

Parcours diagnostique – évaluation – prévention tertiaire – élaboration d'un projet de soin – coordination – orientation

La psychiatrie infanto-juvénile intervient pour des troubles évolutifs, complexes, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme. Tous les enfants ne sont pas orientés vers la pédopsychiatrie publique : le niveau de risque des troubles constitue souvent l'argument principal dans les orientations.

Les partenariats avec les structures comme les CAMSP, les CMPP devraient se faire sous forme de partenariats de complémentarité décidés et formalisés à partir du projet territorial de santé mentale.

Le pédopsychiatre est garant de la priorisation des premières consultations quel que soit le lieu (CMP, liaison, urgences…). A l'issue d'un parcours diagnostique dont le contenu est sous la responsabilité du pédopsychiatre, l'enfant bénéficie soit d'un projet thérapeutique in situ, soit d'une ré-orientation rapide au plus près de son domicile vers des professionnels formés et compétents et/ou des institutions via la MDPH. Le projet thérapeutique peut associer des modes d'intervention individuels (thérapeutique et rééducatif), groupaux (ateliers thérapeutiques), de soins institutionnels (CATTP, hôpitaux de jour…). Il est, dans tous les cas, élaboré avec l'accord des parents et formalisé à leur intention. L'évaluation pédopsychiatrique permet de mieux apprécier l'éventuelle dimension handicapante des troubles et de mieux documenter les demandes faites à la MDPH. La pédopsychiatrie peut aussi, par le déploiement de ses interventions, permettre la reprise d'une dynamique évolutive et éviter un parcours de handicap.

La pédopsychiatrie publique propose une réponse pluriprofessionnelle in situ, un parcours diagnostique élargi et des actions aussi diverses qu'intensives grâce à ses structures

1. Nous utilisons, dans la dénomination des niveaux, la hiérarchie des soins établie en fonction de leur difficulté technique, telle que l'a reprise l'OMS : **le niveau 1** concerne les soins primaires qui sont de premiers recours, soins usuels pour les pathologies légères (médecins généralistes et autres professions pouvant participer au repérage) ; **le niveau 2** concerne des soins spécialisés, dispensés par des spécialistes, plus complexes, ce qui est le cas des services de pédopsychiatrie qui apportent leur expertise clinique et posent des indications de prises en charge ; **le niveau 3** est celui de recours à la fois clinique et territorial, l'expertise est plus spécialisée tout comme les moyens mis à disposition (par exemple les unités mère-bébé…). Cette organisation ne pose pas un interdit d'accès direct mais détermine une organisation resituant le niveau primaire dans ses compétences, devant à terme être capable d'affiner et cibler les indications relevant du niveau 2.

de soins. Elle reçoit du fait de son accessibilité un pourcentage conséquent de population socialement vulnérable avec des enfants dont les problématiques peuvent être complexes et intriquées, la précarité sociale étant un facteur aggravant reconnu.

Les psychiatres ayant le DESC de psychiatrie infanto-juvénile devraient avoir une revalorisation du remboursement de la consultation compte tenu de la durée et de la complexité des consultations.

Les interventions des professionnels libéraux (psychologues, psychomotriciens) posent, comme pour le niveau 1, la question de la prescription et du remboursement. S'y ajoute la question essentielle de la coordination, du fait de l'importance des troubles inclus dans un processus pathologique ou handicapant. *Les professionnels libéraux devraient être remboursés sur prescription des pédopsychiatres.*

Niveau 2
La psychiatrie infanto-juvénile intervient pour des troubles évolutifs, complexes, avec ou non signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme.

1.1.3 Niveau 3

Réponses intersectorielles – pour des pathologies complexes – pour des situations en urgence – de recours – les unités supra-sectorielles - de référence

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

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

Toutes ces unités doivent rester reliées au maillage sectoriel pour maintenir une accessibilité à tous, ainsi qu'une continuité des soins quand c'est nécessaire.

Pour les adolescents, les demandes d'hospitalisation se font souvent dans l'urgence sur des critères comportementaux, de dangerosité ou de symptômes déroutants et souvent répétitifs, déterminés alors comme « psychiatriques » par les partenaires. L'hospitalisation à temps plein, quand elle existe, est fréquemment intersectorielle, parfois départementale. Elle est saturée par manque de places existantes aujourd'hui. Elle permet de désamorcer des situations complexes et, par l'usage du mode séquentiel, de soutenir les structures d'accueil sociales ou médico-sociales partenaires. Pour la tranche d'âge des plus de 16 ans, la promotion d'un dispositif commun, en complémentarité avec la psychiatrie des adultes, permettrait une meilleure adéquation des hospitalisations aux situations.

Des urgences pédopsychiatriques territorialisées à base hospitalière, proches mais différenciées de la pédiatrie, sont nécessaires et le plus souvent absentes en tant que telles. Elles impliquent pour certaines populations des lits d'aval et des équipes de liaison pédopsychiatriques mobiles, sectorielles, capables d'accompagner les enfants de l'hôpital à leur secteur (domicile, CMP…). Elles pourraient inclure ou être une base pour une réponse aux urgences psycho-traumatiques des enfants réparties sur tout le territoire national, en lien avec les référents maltraitances et les CUMP.

En pédiatrie, les pédopsychiatres de secteurs doivent être inclus dans les équipes de liaison afin d'avoir une analyse clinique multidimensionnelle, de s'assurer que les diagnostics différentiels sont posés, les relais adaptés et facilités.

Les unités de pédopsychiatrie périnatale intersectorielles sont à rattacher aux unités pour tout-petits de secteur afin d'assurer un travail préventif et soignant. C'est ainsi qu'elles peuvent assurer une continuité inscrite dans le territoire, en particulier dans le cadre des situations à risque de négligences et lors des dépressions maternelles. La collaboration avec la psychiatrie des adultes complète le dispositif.

Les centres de référence, unités supra-sectorielles, doivent garder leur fonction de recours de niveau 3 pour les situations complexes.

Les articulations avec les dispositifs supra-sectoriels et les centres de ressources ou de référence doivent être formalisées avec les secteurs dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

Niveau 3
Les offres supra-sectorielles mutualisées par la pédopsychiatrie, en lien avec le maillage sectoriel, reçoivent les situations plus rares ou plus intenses ou plus complexes.

1.2 Parcours de soin

Le parcours de soin est un chantier à instruire dans un esprit de santé publique, du général au plus spécifique, de la prévention à l'inclusion, du diagnostic au soin.

L'organisation est à remanier. Les tout-petits, enfants et/ou adolescents porteurs de troubles doivent être reçus rapidement, après repérage. Une évaluation dans le cadre d'un parcours diagnostique suffisamment synthétique et efficient débouche ainsi sur des interventions adaptées dans un lieu et pour une durée adaptés. Pour une meilleure efficacité, la continuité, entre toutes les étapes, nécessite des articulations et une cohérence dans les connaissances et les fonctions de chacun.

Ainsi la pédopsychiatrie publique, située pour ses fonctions diagnostiques et thérapeutiques au niveau 2 aura à exercer des missions au niveau 1 et au niveau 3.

1.2.1 Dans les soins primaires, au niveau 1

Les services de psychiatrie infanto-juvénile participent à la formation des professionnels et concourent au repérage en coordonnant des programmes de prévention sur leur secteur. Ceci facilite la fluidité des parcours par la connaissance réciproque des professionnels de terrain et ajuste les compétences aux besoins.

Ils soutiennent et participent à l'élaboration des projets des équipes des professionnels de niveau 1 (MDA, lieux d'accueil divers, centre de santé…), ils articulent les interventions pour les patients qui leur ont été adressés et dont ils ont la référence.

Les professionnels de niveau 1 sont alors mieux à même de réaliser des actions de prévention et d'orienter les enfants de façon adaptée vers le niveau 2 quand cela est nécessaire.

1.2.2 Dans les soins secondaires, au niveau 2

Le parcours diagnostique s'articule au projet de soins et d'interventions, en partenariat avec les acteurs locaux (éducation nationale, professionnels libéraux,…). Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile **déploie des projets de soins intensifs, intégrés, et spécifiques pour des troubles évolutifs, complexes, avec ou non** des signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme. Il permet, avec l'accord des parents, une orientation adaptée aux troubles présentés, associée à un projet d'interventions. Les situations complexes ou celles qui relèvent de soins de recours sont adressées au niveau 3.

1.2.3 Dans les soins tertiaires, au niveau 3

L'orientation vers les structures spécialisées de recours ou centre de ressources, se fait à partir des professionnels de niveau 2.

1.2.4 La problématique actuelle

Pour que la psychiatrie infanto-juvénile remplisse une fonction de niveau 2, les enfants présentant des troubles doivent :

- Être repérés et orientés en fonction de la gravité de leur symptomatologie avant tout diagnostic.
- Recevoir des réponses adaptées.
- Au niveau 1 pour des symptômes simples relativement isolés, et/ou pour un soutien aux parents.
- Au niveau 2 pour des symptômes inscrits dans une pathologie diagnostiquée.
- Les professionnels de niveau 1, réunis en centre de santé, en centre associatif (maison des éducateurs, Maison des adolescents, PMI…), installés en libéral… doivent être accessibles et leurs interventions prescrites par les médecins traitants pour des réponses simples, limitées dans la durée (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens…) avec un remboursement encadré ou un accès gratuit.
- Les professionnels associés de niveau 2 en libéral (cf. chapitre 2.1.2) devraient pouvoir être prescrits par les psychiatres et remboursés pour des interventions spécifiques auxquelles ils sont formés, sur une durée plus longue.

Parcours de soins
La psychiatrie infanto-juvénile est le portail pertinent et adéquat pour engager un parcours de soins qui permette aux bébés/enfants/adolescents porteurs de troubles d'être reçus rapidement, après repérage, pour une évaluation dans le cadre d'un parcours diagnostique suffisamment synthétique et efficient débouchant sur des interventions ajustées, dans un lieu et sur une durée adaptés.

2. MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, ARTICULATIONS, STIGMATISATION

2.1 Missions de santé publique

La psychiatrie infanto-juvénile publique est le portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSMV lorsqu'il y est fait référence sur le plan scientifique.

Les missions de la pédopsychiatrie traversent le champ large de la santé mentale : la prévention, l'élaboration diagnostique, les soins (et interventions), l'inclusion. Le contenu est celui du neuro-développement dans la mesure où on y intègre la dimension **épigénétique**, la psychopathologie, la question des interactions précoces dans sa dimension du risque tenant compte des données partagées avec les autres spécialités.

Le pédopsychiatre de demain est un médecin de la complexité et du développement, c'est un médecin du risque et de veille sur la recherche. Il s'inscrit dans la société, est capable d'appréhender les phénomènes nouveaux.

La psychiatrie infanto-juvénile est une discipline complexe, spécifique, abordant la globalité de l'enfant. Le filtrage indispensable, sous-tendu par la hiérarchisation des troubles, tel que défini plus haut, soit par repérage des services de 1ere ligne, soit par ré-orientation à partir de la consultation pédopsychiatrique, permettra à la pédopsychiatrie de se recentrer sur les priorités.

2.1.1 Les priorités

2.1.1.1 Les enfants dont les troubles psychiatriques nécessitent des soins sur la durée et qui sont compatibles avec un **parcours ambulatoire** (troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité, …) parfois avec des temps d'hospitalisation temps plein ;

2.1.1.2 Les populations qui nécessitent une hospitalisation

- Adolescents présentant des troubles délirants aigus (psychoses émergentes) ou des troubles de l'humeur : dépression sévère, tentatives de suicide, état maniaque ;
- Troubles graves des conduites ;
- Troubles spécifiques de l'adolescence « retraits scolaires », etc. ;
- Anorexie mentale sévère et autres addictions ;
- Mères souffrant de troubles psychiatriques (borderline, psychoses, dépressions) et leur nouveau-né.

2.1.1.3 Les enfants présentant déjà des symptômes sévères

Notamment pour le parcours diagnostique, le **début du parcours de soin ou la coordination** des interventions faites en dehors de la pédopsychiatrie, notamment lors de périodes de crises :

- Troubles du spectre autistique ;
- Troubles graves de l'attachement et troubles de la personnalité ;
- Troubles des apprentissages complexes ou ne s'améliorant pas avec une prise en charge par l'éducation nationale et le niveau 1 ;
- THADA avec des répercussions importantes...

2.1.1.4 Les bébés, enfants et adolescents, à risque de développer des troubles graves entravant le développement, pour lesquels la pédopsychiatrie déploie ses fonctions d'élaboration du diagnostic, de soins précoces et de prévention secondaire :

- Les bébés en situation de grande vulnérabilité repérée ;
- Les adolescents qui présentent une souffrance psychique importante (idées suicidaires, scarifications, début de refus scolaire, …) ;
- Les victimes de traumatismes...

2.1.1.5 Enfin, ceux pour lesquels une évaluation est demandée pour une orientation vers des structures médico-sociales lors de handicaps associés.

2.1.2 La clinique des troubles étayée par les bilans

Dans ces situations, le diagnostic pédopsychiatrique est réalisé par une équipe pluridisciplinaire sous la direction du pédopsychiatre (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, neuropsychologues, infirmiers, éducateurs…), en lien avec la pédiatrie pour les éventuels troubles associés. Les échelles diagnostiques soutiennent la clinique et l'observation pour constituer un diagnostic complet. La clinique pédopsychiatrique est en effet complexe, subtile, nécessitant de connaître le développement normal, la globalité des troubles du développement, les évolutions possibles des enfants, les interactions entre somatique et environnement, la psychiatrie des adultes et les dynamiques familiales… La synthèse et l'annonce diagnostiques sont de la compétence du pédopsychiatre associé au professionnel-référent de l'enfant (infirmier, éducateur, psychologue…). La place des parents dans tout le processus est centrale, ils participent aux différentes étapes et aux décisions concernant l'enfant. L'enfant et l'adolescent y sont eux aussi associés, en fonction de leur âge et de leurs capacités à prendre part à cette réflexion.

Le DSM, classification des troubles mentaux de l'AAP (Association Américaine de Psychiatrie), dans sa dernière version (cinquième), pour sa partie centrée sur les enfants et les adolescents, donne une large part aux troubles neuro-développementaux à partir d'une réorganisation des catégories et d'une mise en perspective dimensionnelle. Cette nouvelle approche est l'occasion d'introduire un axe longitudinal et d'inscrire les neurosciences dans ce qui était auparavant essentiellement une description comportementale. **Les troubles neuro-développementaux relèvent en France, comme dans tous les autres pays, de la psychiatrie infanto-juvénile, qui est historiquement attachée à une approche pluri-dimensionnelle intégrant les différents axes de compréhension du développement de l'individu.**

2.1.3 L'accès aux soins

La psychiatrie infanto-juvénile s'est construite pour recevoir les enfants porteurs de troubles au plus près de leur domicile. Elle s'est organisée dans une logique de santé publique pour permettre un accès à ses structures, associé à un parcours, allant des diagnostics les plus larges vers les plus spécifiques et en graduant les réponses thérapeutiques.

Il est nécessaire *de réfléchir à l'accès aux soins pédopsychiatriques des populations désertes de ces pédopsychiatres*. La problématique liée à la désertification ne lui est pas propre, elle est un sujet d'occupation et d'économie du territoire. Les efforts pour augmenter l'attractivité même avec des aides financières seront toujours à la marge.

Le sujet est donc à aborder différemment, par une amélioration de l'accessibilité, une facilitation des premières consultations et des bilans sur les CMP centraux, pour des prises en charge localisées et détachées par les professionnels de santé collaborant aux soins, qu'ils soient publics ou libéraux, la coordination pouvant revenir aux centres. La répartition des moyens en fonction des données de la population (âge, précarité, addictions, isolement…) et de l'équipement du territoire est un sujet complexe qui ne peut être éludé.

Depuis quelques années, la question se pose de la fonctionnalité des choix officiels en termes de santé publique et d'épidémiologie qui s'organise à l'inverse de la sectorisation. L'orientation semble être celle d'une organisation se fondant sur la théorisation de troubles spécifiques (décrits par les neuropédiatres antérieurement comme « purs », par exemple pour les « troubles des apprentissages », les « dys ») étendue par analogie et selon le principe du « nuage » aux troubles associés. Elle exige alors la reconstruction d'un maillage adapté à chaque catégorie de troubles, ainsi artificiellement élargie, avec toutes les questions des passerelles, des tranches d'âge, des troubles dits associés et de l'inévitable effet d'entonnoir construit à l'envers : du spécifique vers le général plutôt que du général vers le spécifique.

Missions de santé publique de la pédopsychiatrie publique

La définition du contour de la psychiatrie infanto-juvénile est souhaitable. Elle se décline de façon territorialisée selon les capacités spécifiques de la pédopsychiatrie et sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et enfin de réaliser des soins complexes ou intensifs. Elle se consacre aux priorités que nous avons citées plus haut (2.1.1).

2.2 Articulations

2.2.1 Les partenaires

La psychiatrie infanto-juvénile, située au carrefour de différents champs, est très sollicitée par ses partenaires :

- Les acteurs du sanitaire impliqués dans le repérage (médecins traitants, gynéco-obstétriciens, néonatologistes, pédiatres libéraux ou hospitaliers, PMI, …).
- Les acteurs de la petite enfance : crèches, assistantes maternelles… et l'Education nationale (services de santé scolaire, enseignants…).
- Les acteurs du monde éducatif et judiciaire.
- Les acteurs du médico-social.
- La psychiatrie des adultes.
- La MDPH et les structures qu'elle notifie.

2.2.2 Fonction de synthèse et de coordination

La fonction de synthèse et de coordination fait partie intégrante des missions de la psychiatrie infanto-juvénile publique. Elle a pour but d'apporter une expertise médicale et de soutenir les différents professionnels partenaires. La PIJ est formée à ces missions depuis sa création. Il s'agit de déployer des capacités de lien et de mobilité afin d'échanger et de co-construire avec les autres institutions. Lorsqu'il existe des équipes mobiles rattachées aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, elles participent activement à cette fonction.

Ainsi, et surtout dans les suites de la loi du 11 février 2005, des liens stables ont été construits. Pour soutenir les équipes d'institutions médico-sociales, sociales ou judiciaires, des articulations moins coûteuses et plus fonctionnelles que les actions directes lors des crises (que sont les consultations en urgence, l'hospitalisation…) doivent être privilégiées.

Les services et unités d'accueil de l'ASE, les PMI, sont une priorité pour la pédopsychiatrie : celle-ci devrait s'organiser sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison, afin d'accorder rapidement des soins aux enfants les plus précaires et fragilisés. Une coopération structurelle doit s'organiser pour ces enfants, confiés à la puissance publique, sous protection et pour lesquels les parcours de soins restent encore extrêmement chaotiques le plus souvent. Il conviendrait de développer ces partenariats, car ils pourraient permettre d'éviter des hospitalisations d'enfants déjà placés à l'ASE, d'offrir des périodes d'évaluation limitées pour ceux en cours de mesure, de déterminer un parcours coordonné ne coupant pas le jeune de son milieu d'origine (hospitalisations séquentielles, accueil médico-social et éducatif, diversement associés…) lorsque cela est possible.

Les articulations doivent être fonctionnelles, dans le respect de la place de chacun, ce qui demande de mieux définir les besoins réels de chaque acteur vis-à-vis de la pédopsychiatrie publique. Il faut pour cela mieux connaître les populations qui sont en situation de vulnérabilité socio-économique et psychique ainsi que leurs besoins. Ceci pourrait se faire par la mise en place d'une *étude d'analyse des besoins des enfants en situation de protection de l'enfance à l'égard de la pédopsychiatrie.*

Les CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) et CMPP (centre médico-psycho-pédagogique)

L'articulation et la répartition des fonctions méritent d'être éclaircies entre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, CMPP et CAMSP. Localement, elles se sont faites suivant les besoins, par exemple des CMPP plus orientés vers les difficultés scolaires associées à des troubles, des CAMSP plus orientés vers les troubles des jeunes enfants associés à des pathologies ou handicaps d'origine somatique ou génétique. Dans les territoires à faible densité médicale, une complémentarité s'est effectuée plutôt géographiquement. Une concertation dans chaque territoire remplacerait avantageusement la superposition des missions créant parfois des rivalités stériles, non efficientes, et non centrées sur les besoins de la population. Elle améliorerait considérablement la visibilité tant pour les familles que pour les partenaires. Ceci doit pouvoir être formalisé dans chaque projet territorial de santé mentale.

Articulations

Les articulations avec les partenaires nécessitent :

- Une bonne coordination, dans le respect de la place de chacun ;
- Une co-construction entre les besoins des partenaires vis-à-vis de la pédopsychiatrie et les différentes possibilités de réponses qu'elle peut être à même de faire ;
- Une meilleure visibilité des structures dans leur complémentarité (pédopsychiatrie publique, CAMSP, CMPP).

2.3 Déstigmatisation

La psychiatrie infanto-juvénile des hôpitaux souffre actuellement d'une stigmatisation auprès d'une partie de la société. Tout un chacun est tenté de se penser compétent dans le domaine du développement de l'enfant, par le simple fait d'avoir été enfant et éventuellement d'en avoir, ce qui amène nombre d'institutionnels à énoncer des avis très tranchés.

La pédopsychiatrie est discréditée par certains lobbies, dans les domaines des troubles du spectre autistique, des troubles des apprentissages ou du TDAH, pour les enfants issus de milieux socio-économiquement favorisés, créant ainsi un désarroi chez les familles qui lui font confiance.

Par ailleurs, l'accent est mis sur des troubles visibles, soit parce qu'ils provoquent une arrivée aux urgences pédiatriques, soit parce qu'ils créent des manifestations socialement visibles, en particulier à l'adolescence. Or le début de ces troubles remonte souvent au très jeune âge et passe alors inaperçu (cf l'impact des négligences dont le rapport de l'OMS de 2014 signale la prévalence). Ces enfants ont fréquemment un parcours au sein de l'aide sociale à l'enfance.

Il existe donc un fort déséquilibre entre d'une part les besoins, les demandes d'avis ou de soins, les missions légitimes de la pédopsychiatrie publique, et d'autre part la définition des orientations au cours des textes disparates la concernant. La PIJ subit un éclatement entre les diverses injonctions, attaques, et les sollicitations contradictoires.

Les missions de la pédopsychiatrie nécessitent d'être analysées sérieusement, sur les plans de la santé publique, de l'épidémiologie, de la qualification des besoins, de l'analyse des réponses possibles (dans quel but, sur quelle durée…). Ses missions ne doivent pas être décidées et limitées à celles énoncées ou dénoncées par certains groupes de pression, suivis par des médias peu informés et des politiques trop dépendantes de ces forces.

Il est important de reconnaître le rôle d'expertise de notre discipline dans le champ qu'elle couvre.

Le risque actuel est que les moyens soient détournés par quelques pathologies ou dysfonctionnements aux dépens de tous les autres. Les exigences de certains groupes sont portées par des populations aptes à les faire valoir. S'il faut les entendre, cela doit se faire par une analyse rigoureuse de la réalité en termes de santé publique et d'épidémiologie d'une population bien différenciée cliniquement, en dehors de toute démagogie. N'oublions pas que les plus nombreux, les plus démunis n'ont pas ou peu de porte-paroles.

Déstigmatisation

Les articulations avec les partenaires nécessitent :

- Soutenir officiellement la psychiatrie infanto-juvénile et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités. Il s'agit d'une spécialité s'appuyant sur la synthèse de connaissances exigeantes dans de nombreux domaines (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie). Elle ne peut être reléguée à un statut d'annexe d'autres spécialités.

3. FORMATION, RECHERCHE

3.1 Formation

La psychiatrie infanto-juvénile est une discipline complexe et spécifique, c'est pourquoi elle demande du temps et des moyens de formation.

3.1.1 Ses professionnels ont une formation solide sur le plan médical

Les pédopsychiatres sont formés, comme tout médecin, lors du tronc commun des études médicales (6 ans), à la dimension du corps, au somatique, à la souffrance physique, à la maladie, tant celle qui touche les adultes que les enfants. Leur cursus au cours des études médicales (externat en médecine, dans divers services d'hospitalisation, gardes aux urgences, puis stages durant l'internat en pédiatrie ou autre service somatique, en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie…) les a confrontés à toutes les circonstances cliniques, socio-économiques et culturelles que les individus peuvent rencontrer.

3.1.2 Les pédopsychiatres sont formés à la psychiatrie des adultes

Durant les 4 ans de leur internat (étendu à 5 ans pour l'obtention de l'option PEA dans la nouvelle maquette), ils ont une formation théorico-pratique à la psychiatrie des adultes qui leur apporte des connaissances sur les pathologies des parents qu'ils rencontrent (les addictions, les psychoses, les troubles de la personnalité, les traitements médicamenteux et leurs conséquences…) et des évolutions possibles de la souffrance et des troubles.

Cette formation leur permet ainsi des liens plus aisés avec leurs collègues psychiatres d'adultes ainsi qu'avec tous les autres médecins, même si ces liens sont toujours à parfaire et à mieux organiser, comme pour toutes les spécialités médicales.

3.1.3 La spécialisation en psychiatrie infanto-juvénile

Elle exige une formation au développement normal du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, à la clinique, aux diverses problématiques relationnelles, culturelles, aux diverses souffrances et troubles que peut rencontrer l'être humain en devenir, aux interactions complexes entre soma et environnement…

3.1.4 Apport du travail en équipe pluriprofessionnelle

Les pédopsychiatres publics, parce qu'ils sont associés à une équipe pluriprofessionnelle, sont donc les spécialistes du développement de l'enfant, dans sa globalité, de ses entraves possibles, quelles que soient leurs origines (neurologique, épigénétique, sensorielle, environnementale, …), des besoins nécessaires à sa protection, dans le croisement des regards entre somatique et relationnel.

Leur formation les fait rencontrer, en plus du monde de la médecine, de l'obstétrique et de la pédiatrie avec qui ils échangent, celui de l'Education nationale, de la protection maternelle et infantile, de l'éducatif, du judiciaire, du médico-social…

3.1.5 Formation de sur-spécialisation

Sur leur formation généraliste du développement de l'enfant et de l'adolescent, de la grossesse au passage à l'âge adulte, à l'accès à la parentalité, ils sont amenés à se spécialiser dans des champs plus pointus suivant les âges ou suivant les pathologies : le périnatal, le tout-petit non verbal (les bébés), l'adolescent, le diagnostic précoce de l'autisme, les troubles de l'attachement, les troubles de l'apprentissage, les troubles du comportement alimentaire, etc.

Cette base large de formation et d'exercice, avec des sur-spécialisations, illustre le champ d'exercice vaste de la psychiatrie infanto-juvénile. C'est pourquoi, le pédopsychiatre clinicien, ayant reçu une formation longue, est amené à élaborer une compréhension des troubles avec l'appui d'une équipe, poser des orientations diagnostiques diversifiées, à hiérarchiser et sélectionner des actions de soins, coordonner les pratiques, superviser les professionnels.

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

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

3.1.6 Revalorisation nécessaire

Sa reconnaissance, ainsi que sa **revalorisation financière spécifique**, peuvent contribuer à la rendre plus attractive : les consultations pédopsychiatriques, de par la nécessité d'explorer l'environnement de l'enfant et de construire la prise en charge avec les parents et les divers partenaires autour de l'enfant prennent beaucoup plus de temps que les consultations pour les adultes.

3.1.7 Chute de la démographie des pédopsychiatres

Si le nombre de pédopsychiatres peut apparaître comme important en France par rapport à d'autres pays, il diminue fortement actuellement, et dans plusieurs universités de médecine aucun professeur de pédopsychiatrie n'est nommé.

La charge de chaque universitaire est disproportionnée et ne permet pas une sensibilisation ni une formation à la hauteur des besoins qui ont été mis en évidence dans les rapports OMS et « Moro-Brison ».

Il faut donc s'assurer que, comme Madame la Ministre de la Santé l'a bien compris, chaque université nomme au moins un professeur en psychiatrie infanto-juvénile, sans laisser cela au bon vouloir des doyens et aux conseils de faculté.

Les chiffres concernant la démographie des psychiatres infanto-juvénile

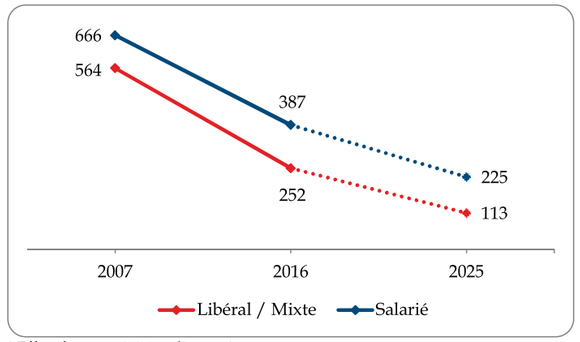
Tableau n°130 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

Ensemble du pays	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var Eff.	Lib et Mixte	Sal exclusif
	291	349	640	5	-48,2 %	39,4 %	60,6 %

Tableau n°21 : Modes d'exercice par spécialité, huit ans après la première inscription

Qualifications	Salarié	Libéral	Mixte	Remplaçant	Divers	Sans activité
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	92,3 %	0 %	7,7 %	0 %	0%	0 %

Graphique n°227 : Mode d'exercice de l'observé à l'attendu



* Effectif sans activité et divers : 1

Référence : Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1er janvier 2016 – Conseil national de l'ordre des médecins.

Démographie

- Après 8 ans d'exercice, la psychiatrie infanto-juvénile est exercée à 92,3 % sous forme salariée, l'âge moyen tout exercice confondu est de 60 ans (la plus élevé de toutes les spécialités, médecine générale comprise), la diminution des effectifs entre 2007 et 2016 est de 48,2 % (Pédopsychiatres ayant le DESC).

3.1.8 Exigence de la présence d'universitaires dans toutes les facultés

La psychiatrie infanto-juvénile reconnue comme spécialité à part entière est nécessaire, avec un nombre d'années s'alignant sur l'Europe (3 ans en pédopsychiatrie minimum). Ceci permettrait une amélioration de son image et une meilleure visibilité : une réflexion est en cours sur le fait que la pédopsychiatrie soit enseignée dans un DES à part de la psychiatrie des adultes, ou éventuellement comme un co-DES, et non pas seulement comme option. Il faut y associer une formation continue de qualité, pour que chacun puisse avoir accès aux données actuelles de la science tout au long de sa carrière, et acquérir des connaissances nouvelles et spécifiques dans son domaine clinique.

3.1.9 Formation continue des médecins du service public

On constate que la formation financée par les fonds publics et réduite du fait de l'application de la dernière réforme du DPC est de ce fait peu accessible. Les budgets de formation portés dorénavant par l'ANFH, jusqu'alors reconductibles d'année en année, ne le sont plus. Le groupe de travail sur la certification semble avoir oublié les praticiens hospitaliers alors que beaucoup des spécialités sont essentiellement exercées dans le public (93 % pour la pédopsychiatrie).

3.1.10 Formation des professionnels et partenaires associés

La formation des infirmiers doit également être revue. Les soins étaient de meilleure qualité lorsque les infirmiers avaient une formation spécifique. Il serait intéressant également que, comme au Canada, des infirmiers puissent évoluer dans leur carrière, pas seulement sur le plan administratif en devenant cadre, mais par une possibilité de cursus de type master leur offrant des spécialisations cliniques. La question de pratiques avancées en soins infirmiers se pose de manière cruciale pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie. Une concertation est indispensable sur les cursus et les responsabilités qui s'en suivront.

Il faut donc instaurer une sur-spécialité ou une spécialité de pratique avancée d'infirmier en psychiatrie (au même titre que les infirmières puéricultrices qui ont une formation supplémentaire). L'ingénierie de la formation des psychologues demande une adaptation aux besoins de la psychiatrie infanto-juvénile en particulier dans le champ du développement ainsi que dans celui de la clinique sous forme d'un internat de 2 ans. Le recrutement de psychologues cliniciens du développement est une nécessité au sein des secteurs.

Formation des professions du champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des partenaires

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites. Si nécessaire, pour y parvenir, créer un DES de psychiatrie infanto-juvénile et augmenter le nombre d'universitaires. Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC. Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers souhaitée par nombre d'entre eux.
- Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils.
- Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance.

3.2 Recherche

3.2.1 Développer la recherche

La recherche en pédopsychiatrie est limitée par les difficultés nombreuses de la spécialité (elle est surtout sous-financée, sous-équipée, sous-priorisée). Elle souffre en cela des maux communs à la psychiatrie et à la santé mentale pour lesquels les investissements sont disproportionnellement faibles par rapport à la morbi-mortalité et au DALY (Disability-Adjusted Life Year, nombre d'années de vie en bonne santé perdues soit à cause d'une mort prématurée soit parce que ces années ont été vécues avec une pathologie invalidante) en psychiatrie. S'y surajoutent les faiblesses d'une spécialité du « petit » et du moins visible. Pourtant, les pathologies de l'adulte démarrent pour la majorité d'entre elles dès l'enfance ou l'adolescence ; la recherche en pédopsychiatrie reste indigente, parcellaire et souvent reléguée. La recherche fondamentale nécessaire est elle-même sortie de son champ et les ponts entre recherche en neurosciences, en biologie et en génétique d'une part, et recherche clinique en pédopsychiatrie d'autre part, restent à construire.

3.2.2 La recherche en santé publique

L'épidémiologie n'a pas été suffisamment investie en France, précisément en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Il est temps aujourd'hui de la développer afin d'orienter les politiques de santé sur des éléments clairs et non discutables comme le font le Canada ou la Grande Bretagne. Les domaines des vulnérabilités, des négligences, des carences dès la grossesse et dans les premières années de la vie ont été par trop négligés.

3.2.3 La recherche clinique : la recherche par tous pour tous

Les secteurs de pédopsychiatrie, concernant leur organisation, les priorisations, le choix des bilans et des réponses thérapeutiques, éducatives, sociales, ont besoin d'études.

Celles-ci peuvent être réalisées grâce à la participation des professionnels de la pédopsychiatrie compte tenu de la richesse de l'éventail clinique. Un partenariat plus actif avec les universitaires, du temps détaché pour les pédopsychiatres de secteur, offrirait des voies d'exploration utiles aux patients. Les praticiens hospitaliers qui le souhaitent et qui se formeraient, pourraient dédier leur journée d'intérêt général à la recherche. Pour les inciter à se former et à contribuer ainsi à la recherche clinique un système proche de contractualisations tous les 3 à 5 ans, de prime d'intérêt pour la recherche (comme pour le service public exclusif) pourrait être mis en place. La mise en place de délégations territoriales à la recherche sur le modèle de la Fédération des Hauts de France complèterait le dispositif.

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

Recherche

- Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en psychiatrie infanto-juvénile. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens nécessaires.

4. AXES PARTICULIERS

4.1 Suivant l'âge

4.1.1 Périnatalité et jeunes enfants

La clinique du tout petit est très spécifique, complexe et nécessite que les professionnels y soient formés. L'évaluation d'un bébé demande du temps d'observation, notamment lors de visites à domicile. La présence d'infirmières puéricultrices est importante dans ces unités, car elles ont des connaissances fines sur le corps du tout petit. Les CMP reçoivent en priorité les enfants de moins de 3 ans pour qu'il n'y ait pas de délai d'attente à cet âge.

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

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

Dans les cas de négligence sévère pour les enfants de moins de 3 ans, une évaluation doit être faite en pluridisciplinarité avec la participation des pédopsychiatres et de leurs équipes avec la constitution d'une expertise menée sur un temps suffisamment long (elle ne peut se faire sur une heure dans un bureau de consultation). Les pédopsychiatres peuvent intervenir dès l'anténatal.

Les connaissances des équipes de psychiatrie infanto-juvénile, notamment spécialisées dans le domaine du tout petit, doivent être entendues non pas comme un avis parmi d'autres, mais réellement comme une expertise apportée à la situation du bébé en question. Il est souhaitable

que chaque secteur, ou chaque intersecteur suivant le territoire, développe une unité de consultation périnatale, en lien et en continuité avec les maternités et les PMI.

Périnatalité et jeunes enfants

- Centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence. Soutenir la psychiatrie infanto-juvénile dans l'axe de l'impact des négligences chez les moins de trois ans.
- L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et de savoir repérer les diagnostics différentiels.

4.1.2 Adolescence

Le relais entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie de l'adulte n'est souvent pas simple pour les professionnels et pour les usagers.

Plutôt que de déterminer une répartition par âge, il faudrait différencier les troubles qui relèvent de l'adolescence et de ses remaniements, qui sont donc davantage l'objet de la pédopsychiatrie, des troubles signant l'entrée dans un processus pathologique au long cours, qui appartiennent alors davantage à la psychiatrie des adultes. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs.

Des modalités de travail inter-équipes (psychiatrie des adultes et pédopsychiatrie), pour les adolescents et jeunes adultes, doivent s'organiser sur les modèles des pathologies chroniques en pédiatrie : une zone intermédiaire qui pourrait relever du champ des enfants et des adultes pourrait être plus adaptée.

Le travail d'équipes mobiles doit être valorisé. Ces équipes peuvent se rendre au domicile, sur les lieux de vie ou de scolarisation des adolescents, en soutien aux partenaires… Les addictions, les suicides, les retraits de type « Hikikomori » sont autant d'exemples de comportements exigeant ce travail de lien entre le domicile et les structures de consultations ou d'urgences.

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

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

Adolescence

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

4.2 Suivant les modalités

4.2.1 Urgence – hospitalisation temps plein

Un accueil hospitalier spécifique est à individualiser pour les urgences pédopsychiatriques différenciées et territorialisées.

Trop de lits ont été fermés et il y a nécessité de ré-ouvrir des lits dans beaucoup de territoires, tout en continuant à développer d'autres modes de prises en charge en urgence, en séquentiel. Dans chaque secteur ou service, les centres de consultation ont à s'organiser pour un accueil rapide des demandes à caractère urgent.

Urgence

- Ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour, par territoire, en intersectoriel, sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur.
- Hospitalisation temps plein
- Spécification de lits pour la tranche intermédiaire des grands adolescents en collaboration avec les secteurs de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

4.3 Suivant les troubles

4.3.1 Les troubles des apprentissages, TDAH

Ils sont à penser dans la globalité du développement de l'enfant. Le cerveau se développe sur le lit de la génétique, des événements somatiques (prématurité, anoxie cérébrale, épilepsie) et des stimulations/empêchements environnementaux (nutrition, relations), dans une complexité de cercles vertueux/vicieux.

Les apprentissages sont en lien avec le cerveau (brain), mais aussi avec le relationnel (accepter de prendre les informations transmises par un autre), avec la disponibilité psychique (pouvoir ne pas s'effondrer devant le fait de ne pas savoir, ne pas être envahi par les conflits familiaux, une situation précaire…).

La psychiatrie infanto-juvénile joue un rôle fondamental dans l'évaluation, l'indication des interventions et la coordination dans le domaine des troubles des apprentissages non spécifiques.

Troubles des apprentissages et TDAH demandent souvent plus qu'une articulation entre les diverses évaluations. L'approche de ces troubles, lorsqu'ils sont inclus dans une problématique globale, est facilitée par le travail en équipe pluriprofessionnelle. Les services de pédopsychiatrie doivent se doter des compétences (neuropsychologie notamment) et des outils spécifiques à une évaluation de qualité, éventuellement en intersectoriel.

4.3.2 Les troubles du spectre autistique

Il est maintenant urgent d'utiliser plus systématiquement les compétences de la pédopsychiatrie pour le diagnostic, en particulier pour les moins de trois ans, en s'appuyant sur son équipe pluriprofessionnelle. Au même titre que les échelles, qui sont nécessairement inscrites dans la clinique, les observations et l'analyse globale de l'enfant suivant tous les axes concernés, permettent de réaliser les diagnostics différentiels et associés et de déterminer le projet des interventions et de soin. Aussi, il serait préférable, pour les enfants, que le parcours diagnostique ne soit pas dissocié du parcours de soin et d'interventions, qui doit débuter sans délai, avant que les troubles ne se fixent.

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

4.3.3 Les dépressions

Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent ont une incidence importante. Chez les adolescents, le risque suicidaire est majeur et responsable de la majorité des décès de cette population, le risque d'addiction est également prévalent.

Chez le très jeune enfant la dépression est liée à des contraintes internes (biologiques, somatiques, circonstancielles comme la prématurité) et externes (environnementales). Son impact concerne tout le développement et les répercussions peuvent se prolonger toute la vie jusque dans les fonctions parentales ultérieures.

Le pédopsychiatre, dans cette médecine du risque qu'il exerce, a, avec ses collaborateurs, une place auprès des services de pédiatrie (néonatologie, réanimation pédiatrique, urgences, pédiatrie générale), de maternité mais aussi auprès des services de PMI.

4.3.4 L'attachement

L'attachement est un processus comportemental bien défini par des études scientifiques modélisées. Sa nature est variable, ses dysfonctionnements peuvent aller jusqu'aux troubles réactionnels de l'attachement (TRA) voire au marasme. Les TRA sont à l'origine d'atteintes du développement de l'enfant aussi graves que celles d'une maladie somatique chronique. Les pédopsychiatres, avec les professionnels associés dans leurs équipes, sont les spécialistes de ce risque.

Suivant les troubles

- La majorité des troubles instrumentaux (moteurs, langage), cognitifs légers, d'attention s'inscrivent dans des difficultés plus larges liées à des difficultés environnementales associées ou non à des troubles sensoriels. Ils sont adressés essentiellement par l'éducation nationale.
- Les troubles des apprentissages les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus complexes ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la psychiatrie infanto-juvénile publique.
- Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs », survenant chez d'anciens prématurés par exemple, peuvent être évalués dans les centres de référence de 3ème niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.
- L'élaboration des diagnostics précoces de TSA bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, éviter l'apparition de sur-handicaps, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche globale, dans un contexte de troubles inscrits, pital sur du moyen et long terme.
- Les dépressions et les troubles graves de l'attachement sont à évaluer et diagnostiquer précocement par la pédopsychiatrie.

5. CONCLUSION

Nous avons exposé la situation actuelle de la psychiatrie infanto-juvénile en France, sa spécificité, ses forces, les difficultés qu'elle rencontre, et les moyens selon nous de répondre aux besoins des tout-petits, des enfants et des adolescents qui sont à risque en termes de troubles développementaux et/ou psychiques graves.

Ces mesures doivent permettre que la pédopsychiatrie puisse accomplir au mieux les missions qu'elle est seule à pouvoir remplir et éviter des dispositifs peu fonctionnels, coûteux, mais souvent proposés, de reconstruction d'un maillage territorial pour chaque type de trouble.

Il en va de l'avenir de notre jeunesse et du potentiel de notre société.

SYNTHÈSE DES RÉFLEXIONS

La psychiatrie infanto-juvénile, grâce à son organisation sectorielle, est un dispositif de maillage de tout le territoire national.

Délaisser ce modèle, c'est oublier de prendre en compte les besoins globaux de toute la population. Si son organisation est en mouvement comme tous les systèmes de soins et donc sans cesse à revoir, son existence est le garant d'un accès au soin pour tous.

La pédopsychiatrie fait le constat des limitations qu'elle a générées du fait du flux important des demandes qui lui sont adressées.

I. Il y a nécessité de les discriminer, de hiérarchiser plus clairement les réponses, préciser les compétences des différents acteurs, et enfin de rendre ces réponses plus lisibles. La SIP et le SPH prennent acte de ces nécessités en faisant les propositions de ré-organisation :
   - Organisation en 3 niveaux (référence OMS) afin de hiérarchiser et filtrer les demandes par rapport aux besoins. La pédopsychiatrie intervient aux 3 niveaux de façon différente.
     1. Initiation des programmes de prévention et de repérage, formation, coordination.
     2. Parcours diagnostique associé au parcours de soin, articulation et coordination, orientation (médico-social, libéral, …).
     3. Soins intersectoriels, expertise clinique, unité de recours.
   - Le pédopsychiatre est garant de la priorisation des premières consultations quel que soit le lieu (CMP, liaison, urgences…).
   - Ses missions sont axées sur les troubles évolutifs, complexes, avec ou non signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme, centrées sur l'expertise du risque.

La pédopsychiatrie publique est le portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSMV qui donne une large part aux troubles neuro-développementaux.

Pour remplir les missions de santé publique qui lui incombent, la psychiatrie infanto-juvénile a besoin d'être soutenue dans son expertise et ses préconisations. La disqualification systématique dont elle est l'objet est préjudiciable à ses actions, elle pénalise les familles et les enfants qui relèvent de ses soins.

II. Les besoins sont en premier **démographiques**, la situation est aiguë et les perspectives alarmantes. Un plan d'urgence doit être mis en place selon les divers volets indiqués.

Les besoins associés à des **moyens** concernent la création d'équipes mobiles, de lits d'hospitalisation, d'individualisation d'urgences pédopsychiatriques, de réalisation de la liaison dans les différents lieux (pédiatrie, maternité, structures médico-sociales) avec rattachement au secteur et non hospitalo-centrée selon le modèle somatique classique.

L'accent doit être mis sur le profil des **populations vulnérables** lorsqu'elles sont porteuses de troubles, populations qui consultent prioritairement la pédopsychiatrie et dont les besoins spécifiques sont occultés.

TABLEAU DE LA STRUCTURATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE DANS SON ENVIRONNEMENT

Grands axes	Domaines prioritaires	Organisation	Fonctions de la pédopsychiatrie publique
Organisation des soins *Au sein des CPT dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale en lien avec les GHT*	Structuration en niveaux *Actions de la psychiatrie infanto-juvénile*	Niveau 1	Formation, coordination, définition des programmes
		Niveau 2	Parcours diagnostique, élaboration du projet de soin, mise en œuvre, coordination, orientation
		Niveau 3	Soins intersectoriels, expertise clinique, recours
	Parcours de soin *Place de la psychiatrie infanto-juvénile*	Niveau 1	Référence dans le champ de l'enfance, de la santé mentale pour une continuité et efficacité
		Niveau 2	Référence comme spécialiste et coordinateur des soins intensifs, intégrés, spécifiques
		Niveau 3	Expert dans le diagnostic et le soin de pathologies ou de modalités plus rares, complexes
Mission de santé publique, articulations, déstigmatisation	Missions de santé publique	Les priorités	Portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSM V Les dimensions épigénétiques, psychopathologiques, les interactions précoces dans la dimension du risque
		La clinique des troubles	Utilisation d'outils et observation clinique par une équipe pluridisciplinaire dans une approche pluridimensionnelle
		L'accès aux soins	Centralisation dans les zones désertiques sur des CMP centraux, maillage territorial adapté
	Articulations	Les partenaires	Champ de l'enfance, champ de la santé mentale
		Fonction de synthèse et de coordination	Expertise apportée en synthèse, coordination, liaison, soins indirects
		Les CAMSP et les CMPP	Amélioration de la complémentarité
	Déstigmatisation		Soutien des populations insuffisamment reconnues dans leurs besoins Équité dans l'intérêt et les moyens dévolus quels que soient les troubles et leur origine
Formation, recherche	Formation	Formation initiale	4 ans d'externat en médecine
		Spécialisation	4-5 ans d'internat en psychiatrie générale dont 3 en pédopsychiatrie DES de psychiatrie infanto-juvénile ? Formation des infirmiers en pédopsychiatrie
		Sur-spécialisation	Élargissement à des tranches d'âges ou à des troubles précis
		Chute démographique	Diminution importante à venir du nombre de pédopsychiatres, insuffisance d'universitaires
		Formation continue	Renforcement et soutien de la formation dans les DPC
	La recherche	Participation des secteurs	Associer les secteurs de pédopsychiatrie aux recherches cliniques
		Epidémiologie	Incitation à des études épidémiologiques sur les populations reçues, sur celles qui n'ont pas facilement accès (négligences)
Axes particuliers	Suivant l'âge	Périnatalité et jeunes enfants	Développement des unités de pédopsychiatrie périnatale à partir des secteurs. Continuité sur le territoire Priorité donnée aux premières consultations par le pédopsychiatre (rapidité et expertise)
		Adolescence	Collaboration entre les pédopsychiatres et les psychiatres d'adultes Création d'équipes mobiles Présence dans les MDA
	Suivant les modalités	Urgence et hospitalisation temps plein	Création d'unités intersectorielles d'urgences pédopsychiatriques Ré-ouverture de lits
	Suivant les troubles	T. des apprentissages	Évaluation de ces troubles dans un contexte large, apports en neuropsychologie, indications, mises en œuvre et coordination des interventions
		TDAH	Facilitation du travail en équipe pluriprofessionnelle, prescription ajustée
		TSA	Priorisation sur le diagnostic précoce des moins de 3 ans, diagnostics différentiels et fonctionnels, rapidité du début des interventions
		Dépressions	Action et recherche face à l'incidence importante des dépressions chez l'enfant et l'adolescent
		Attachement	Expertise du risque lié aux troubles de l'attachement au sein d'un travail pluridisciplinaire.

MESURES PROPOSÉES PAR LE SPH ET LA SIP POUR AMÉLIORER LE CHAMP DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

1. Organisation des soins

Elle se construit dans le cadre de la loi de santé de 2016 avec sa dimension territoriale au sein des communautés psychiatriques de territoire (CPT), dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

L'organisation par niveaux est croisée avec le parcours de soins afin d'assurer fluidité et continuité.

1.1 Structuration en niveaux

Niveau 1

Repérage sanitaire, prévention primaire et secondaire, réponse courte de proximité en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

La psychiatrie infanto-juvénile a pour responsabilité, dans le champ de la santé mentale, l'initiation de programmes de repérage et de prévention, de formation des professionnels de proximité et de coordination.

Niveau 2

Parcours diagnostique – évaluation – prévention tertiaire – élaboration d'un projet de soin – coordination – orientation

La psychiatrie infanto-juvénile intervient pour des troubles évolutifs, complexes, avec ou non signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme.

Niveau 3

Réponses intersectorielles – pour des pathologies complexes – pour des situations en urgence – de recours – unités supra-sectorielles- de référence

Les offres intra-sectorielles et supra-sectorielles mutualisées par la pédopsychiatrie, en lien avec le maillage sectoriel, reçoivent les situations plus rares ou plus intenses ou plus complexes.

1.2 Parcours de soin

La psychiatrie infanto-juvénile est le portail pertinent et adéquat pour engager un parcours de soins qui permette aux bébés/enfants/adolescents porteurs de troubles d'être reçus rapidement, après repérage, pour une évaluation dans le cadre d'un parcours diagnostique suffisamment synthétique et efficient débouchant sur des interventions ajustées, dans un lieu et sur une durée adaptés.

2. Missions de santé publique de la pédopsychiatrie publique, articulations, stigmatisation

2.1 Missions de santé publique

La psychiatrie infanto-juvénile publique est le portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSMV lorsqu'il y est fait référence sur le plan scientifique.

Les troubles neuro-développementaux relèvent en France, comme dans tous les autres pays, de la psychiatrie infanto-juvénile, qui est historiquement attachée à une approche pluridimensionnelle intégrant les différents axes de compréhension du développement de l'individu.

- La définition du contour de la psychiatrie infanto-juvénile est souhaitable. Elle se décline de façon territorialisée selon les capacités spécifiques de la pédopsychiatrie et sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et enfin de réaliser des soins complexes ou intensifs. Elle se consacre aux priorités.

2.2 Articulations

Les articulations avec les partenaires nécessitent :

- Une bonne coordination, dans le respect de la place de chacun.
- Une co-construction entre les besoins des partenaires vis-à-vis de la pédopsychiatrie et les différentes possibilités de réponses qu'elle peut être à même de faire.
- Une meilleure visibilité des structures dans leur complémentarité (pédopsychiatrie publique, CAMSP, CMPP).

2.3 Déstigmatisation

- La psychiatrie infanto-juvénile et ses professionnels doivent être soutenus officiellement dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités. Il s'agit d'une spécialité s'appuyant sur la synthèse de connaissances exigeantes de nombreux domaines (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie). Elle ne peut être reléguée à un statut d'annexe d'autres spécialités.

3. Formation, recherche

3.1 Formation

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

Il faut s'assurer que, comme Madame la Ministre de la Santé l'a bien compris, chaque université nomme au moins un professeur en psychiatrie infanto-juvénile, sans laisser cela au bon vouloir des doyens et aux conseils de faculté.

3.1.1 Sur le plan démographique

Après 8 ans d'exercice, la psychiatrie infanto-juvénile est exercée à 92,3 % sous forme salariée, l'âge moyen tout exercice confondu est de 60 ans (la plus élevé de toutes les spécialités, médecine générale comprise), la diminution des effectifs entre 2007 et 2016 est de moins 48,2 % (Pédopsychiatres ayant le DESC).

3.1.2 Formation des professions du champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des partenaires

Pour une formation de qualité de l'ensemble de pédopsychiatrie, il faut :

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites. Si nécessaire, pour y parvenir, faire un DES de psychiatrie infanto-juvénile et augmenter le nombre d'universitaires.
- Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC. Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers souhaitée par nombre d'entre eux.
- Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils.
- Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance.

3.2 Recherche

- Il est urgent de développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en psychiatrie infanto-juvénile. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens nécessaires.

4. Axes particuliers

4.1 Suivant l'âge

4.1.1 Périnatalité et jeunes enfants

- La priorité est de centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence ; soutenir la psychiatrie infanto-juvénile dans l'axe de l'impact des négligences chez les moins de trois ans.
- L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et de savoir repérer les diagnostics différentiels.

4.1.2 Adolescence

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

4.2 Suivant les modalités

4.2.1 Urgence

- Un volet est la ré-ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour, par territoire, en intersectoriel, sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur.

4.2.2 Hospitalisation temps plein

- Des lits pour la tranche intermédiaire des grands adolescents sont à spécifier en collaboration avec les secteurs de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

4.3 Suivant les troubles

- La majorité des **troubles instrumentaux** (moteurs, langage), cognitifs légers, d'attention s'inscrivent dans des difficultés plus larges liées à des difficultés environnementales associées ou non à des troubles sensoriels. Ils sont adressés essentiellement par l'éducation nationale.
- Les **troubles des apprentissages** les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus complexes ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la psychiatrie infanto-juvénile.
- Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs », survenant chez d'anciens prématurés par exemple, peuvent être évalués dans les centres de référence de 3ème niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.
- L'élaboration des diagnostics précoces de **TSA** bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche éducative globale.
- Les **dépressions et les troubles graves de l'attachement** sont à évaluer et diagnostiquer précocement par la pédopsychiatrie.

RAPPORT INTERMÉDIAIRE DU GROUPE DE TRAVAIL DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE (FFP) SUR « PSYCHIATRIE ET RADICALISATION »[1]

Résumé *Par Michel DAVID - Vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)*

Le contexte

Avant d'exposer les éléments du rapport, il est utile de le replacer succinctement dans le contexte des relations de la psychiatrie avec la radicalisation religieuse, notamment islamiste qui a un retentissement important dans notre société.

Les actes terroristes qui en découlent interrogent souvent l'opinion publique sur l'état mental des personnes qui les commettent. La psychiatrie, en tant que discipline, et les personnels de santé en psychiatrie sont régulièrement interpellés pour intervenir dans ce domaine. La prudence étant de mise, malgré des échanges entre organisations professionnelles et pouvoirs publics, une forte pression est exercée sur la psychiatrie pour éventuellement « soigner » aussi bien ceux qui ont commis ces infractions que ceux qui pourraient les commettre.

Les motifs de la mission

À la demande du Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance et de la radicalisation (CIPDR) qui est présidé par le Premier ministre ou, par délégation par le ministre de l'Intérieur, la FFP a accepté de mener une recherche-action pour répondre aux questions suivantes :

- Mieux comprendre le processus de radicalisation et interroger la place de la maladie mentale et de la psychopathologie dans les différentes étapes de ce processus ;
- Définir la place des équipes de psychiatrie dans la prévention de ce phénomène et la prise en charge des personnes radicalisées ;
- Créer si cela paraît pertinent un module de formation pour les équipes de psychiatrie.

Le groupe de travail de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), coordonné par le Dr Jean Chambry (PH de l'EPSM Maison-Blanche), président du Collège de pédopsychiatrie de la FFP, est composé du :

- Pr Michel Botbol, Professeur de Psychiatrie Infanto-Juvénile au CHU de Brest ;
- Dr Roger Teboul, Praticien Hospitalier de l'EPSM de Ville-Evrard ;
- Dr Catherine Lacour-Gonay, Praticien hospitalier de l'Hôpital de Lagny ;
- Dr Danièle Roche-Rabreau, Praticien hospitalier honoraire de l'Hôpital de Lagny ;
- M. Nicolas Campelo, Psychologue en Pédopsychiatrie, Pitié-Salpêtrière.

Les rédacteurs du rapport intermédiaire sont Michel BOTBOL, Nicolas CAMPELO et Catherine LACOUR. Le rapport n'est qu'**intermédiaire**, alors qu'il aurait dû être définitif, car les travaux menés nécessitent des compléments d'investigation. L'importance du phénomène impose de continuer l'analyse raisonnée et non précipitée afin de ne pas conduire à des conclusions imprécises pouvant conduire à des propositions inadaptées, notamment en matière de formation comme le rappellent les rédacteurs : « (…) *La complexité des informations recueillies et la difficulté à les valider suffisamment pour en tirer des orientations consistantes,* ***ne nous a pas encore permis d'élaborer un programme de formation*** *susceptible d'être proposé aux professionnels de la psychiatrie ainsi qu'à leurs partenaires. ».*

Le rapport se compose de deux parties :

- Un exposé des travaux ;
- En annexe, les fiches résumées des 14 personnes auditionnées.

Synthèse des travaux

La revue de littérature

Le groupe de travail a débuté sa mission par une revue préalable de la littérature qui est majoritairement consacrée aux organisations terroristes des années 2000 qui sont différentes de celles des années 2010. Parmi les définitions de la radicalisation, celle de Khosrokhavar a été retenue *:* « Processus par lequel un individu ou un groupe adopte une forme violente d'action, directement liée à une idéologie extrémiste à contenu politique social ou religieux qui conteste l'ordre établi sur le plan politique, social ou culturel. » La radicalisation semble le plus souvent l'aboutissement d'un long processus de maturation d'origine multifactoriel : contexte social, trajectoire individuelle et adhésion à un groupe.

1. Le rapport intermédiaire a été publié dans le bulletin de la FFP : Pour la Recherche. N° 93-94 juin - septembre 2017 et 95-96 décembre 2017 - mars 2018.

Le recrutement récent de terroristes fait apparaître la notion d'une radicalisation jeune « *maison* » et de plus en plus souvent féminine avec les particularités d'une « *niche écologique* » définie comme « les conditions qui permettent à une épidémie sociale et psychologique d'éclore, et de se développer dans un espace culturel et historique donné, puis de s'éteindre ».

Les études cherchant à établir ou non un lien entre maladie mentale et radicalisation sont consensuelles en considérant que les terroristes n'ont pas une psychopathologie spécifique, voire même auraient « *une santé mentale solide* ». En revanche, chez le terroriste suicidaire selon un auteur (Sageman), 53 % présentent des symptômes de dépression/mélancolie, 69 % des personnalités évitantes/dépendantes, 20 % des PTSD, 40 % ont présenté des symptômes suicidaires et 13 % avaient des antécédents de tentatives de suicide. Les terroristes organisateurs ne présenteraient pas ces troubles. Le recrutement des terroristes kamikaze se ferait parmi des personnes endeuillées, handicapées, avec des maladies mentales et d'éventuelles tendances suicidaires. Ce recrutement récent diffère de celui des années 2000 (du temps d'Al-Quaida, qui écarterait les personnes fragiles, peu fiables). Il reste toutefois difficile d'établir un profil type.

Les rapporteurs se sont particulièrement intéressés au processus de radicalisation à l'adolescence. Les facteurs suivants ont été mis en évidence au cours des auditions :

- L'engagement radical comme processus de guérison d'une fragilité dans la période de transformation de l'adolescent ;
- Les failles sociales et familiales ;
- La consommation de toxiques ;
- La crise des idéologies contemporaines ne facilitant pas la construction d'une identité autour d'un idéal ;
- Les modifications du positionnement éducatif centré sur l'individu et le narcissisme ;
- Le processus de ségrégation et de stigmatisation en fonction du contexte social ;
- Le sentiment d'impasse à l'origine d'états de rage ;
- La rencontre avec un discours séducteur et pervers offrant une solution temporaire à la douleur existentielle ;
- La fusion dans un groupe créant un effacement de l'individualité, propice à l'imitation et l'uniformisation.

Les auteurs concluent provisoirement leur revue de la littérature de la manière suivante : « *La revue de la littérature ne met pas en évidence de facteurs sociodémographiques déterminants hormis la jeunesse des radicalisés. La plupart ne présentent pas de maladies mentales et présentent des profils extrêmement variés. Ils semblent néanmoins avoir en commun une « fragilité existentielle », même si elle ne s'exprime qu'à bas bruit. L'adolescence est une période sensible au cours de laquelle la rencontre avec un discours radical joue un rôle important. Ce discours, proche des méthodes d'emprise sectaires, cible les fragilités du jeune en apaisant ses angoisses, en le valorisant et en répondant à un désir d'idéal et de subversion. Enfin, l'effet de groupe participe du processus transformatif de radicalisation qui se fait progressivement, effaçant l'individualité au profit du groupe.* ».

Les thèmes abordés au cours des auditions

Les thèmes abordés concernent :

- La radicalisation et la psychiatrie ;
- La radicalisation et la religion ;
- La radicalisation et la délinquance ;
- Les enseignements tirés des prises en charge.

Radicalisation et psychiatrie

Le consensus est important parmi les spécialistes sur l'idée que « *la radicalisation ne peut être majoritairement rattachée à la maladie mentale* ». Les rares cas de pathologie mentale repérés concernent la schizophrénie et la paranoïa avec des proximités avec l'idéalisme passionné, mais dans ce dernier cas « une psychose fonctionnelle » est évoquée plutôt qu'une pathologie structurée. La psychopathie en tant que trouble de la personnalité est aussi retrouvée. Pour les adolescents, les mécanismes rencontrés ne sont guère différents de ceux observés chez des adolescents en difficulté, mais sans implication dans la radicalisation. En somme, « *Dans la pluralité de ces modèles, la radicalisation de ces adolescents résulte de* ***la rencontre d'un processus banal d'adolescence en souffrance avec la puissance du religieux qui, en abolissant le doute, réunit les conditions d'une réparation narcissique efficiente. (…) Il ne s'agit donc pas d'une psychopathologie spécifique, mais d'une forme spécifique d'expression d'une psychopathologie commune*** ».

Radicalisation et religion

Pour tous les intervenants, l'engagement dans la radicalisation est une « conversion », car elle marque une rupture avec les croyances religieuses (musulmanes ou non) de l'adolescent ou de sa famille. La place de l'Islam diverge chez les intervenants, mais sans créer de positionnements inconciliables entre les points de vue. Leur analyse est beaucoup plus nuancée que dans l'espace médiatique, d'autant plus que les formes de radicalisation sont diverses. En fait, la « *radicalisation des adolescents n'est presque jamais religieuse* ». La culture islamique est souvent pauvre parmi ces adolescents et relève plutôt de « *superstitions plus ou moins rationalisées* ».

Radicalisation et délinquance

Les données divergent également sur ce sujet. Les éducateurs auraient tendance à considérer que les adolescents radicalisés seraient différents des adolescents délinquants, mais sans que ce constat puisse être objectivé et qui pourrait être la conséquence du regard porté sur ces jeunes au contact difficile, engagés dans une rupture importante. Il est aussi possible d'envisager que « *ceux qui se radicalisent viennent du groupe de ceux qui ont raté leur délinquance* ».

Enseignement tiré des expériences pratiques de prise en charge

Préalablement, il faut préciser que les quelques équipes qui ont pris en charge des adolescents radicalisés n'ont (heureusement) pas une cohorte importante. Deux objectifs importants se dégagent de ces expériences : un objectif diagnostic et un objectif de sortie de radicalisation, pour lesquels la psychiatrie aurait un rôle important pour leur réalisation.

L'objectif diagnostic doit préciser le niveau d'engagement des jeunes présentant des signes évocateurs de radicalisation, le risque de conversion vers un engagement irréversible, le risque de transition vers l'activité terroriste.

L'objectif de sortie de la radicalisation porte sur des actions pouvant « réhumaniser » le fonctionnement du sujet.

Les diverses modalités d'intervention de la psychiatrie exposées par les rapporteurs posent deux grandes questions : la prise en compte du secret professionnel et celle de spécialiser des services. On se doute que ces deux questions n'ont pas fini d'alimenter un débat important, concernant à la fois des principes médicaux et des modalités d'organisation. Même si les auteurs avancent quelques pistes, ils constatent que « *le polymorphisme de la radicalisation à l'adolescence ne leur a pas permis de répondre encore à l'objectif de définir le rôle de la psychiatrie* ».

Les conclusions et les recommandations de ce rapport qui n'est qu'intermédiaire, rappelons-le, se terminent par ces mots : « *Dans l'état actuel de son avancement, le travail dont rend compte ce rapport intermédiaire a permis de mieux repérer le grand polymorphisme du concept de radicalisation à l'adolescence et, en conséquence, la difficulté opérationnelle à construire sur ce polymorphisme des modalités de prise en charge suffisamment stabilisées pour donner lieu à une formation validée.*
La méthode choisie a montré son efficacité pour dégager les différentes hypothèses de travail sur lesquelles se fondent ceux qui se sont intéressés à cette question ou mis en place les premières réponses proposées.
Elle n'a pas encore abouti à une saturation des données telle, qu'elle conduise à penser à son inadaptation pour ***continuer*** *de croiser des informations qui permettront de réduire notre incapacité actuelle à répondre à nos objectifs de départ.*
C'est la raison pour laquelle, nous recommandons la poursuite de ce travail, sur les bases établies par ce rapport intermédiaire, afin de tester et évaluer les différentes hypothèses et options dégagées à ce stade et aller au-delà du constat actuel. ».

Annexe

Le corps du rapport est complété par la transcription des 14 auditions sur environ 2/3 pages chacune. Les personnalités auditionnées — 11 psychiatres et/ou pédopsychiatres, 1 psychologue clinicien, 1 sociologue et 1 magistrat — sont les suivantes :

- **Bénézech Michel** (Psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chef de service SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, professeur de droit privé à l'Université de Bordeaux IV)
- **Campelo Nicolas** (Psychologue clinicien et référent pour les jeunes radicalisés du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière)
- **Choquet Luc-Henry** (Sociologue du droit)
- **Cohen David** (Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière)
- **Dayan Jacques** (Pédopsychiatre au CHU de Caen, consultant honoraire à l'institut de psychiatrie de Londres)
- **Garapon Antoine** (Magistrat, docteur en droit, secrétaire général de l'Institut des hautes études sur la Justice)
- **Hefez Serge** (Pédopsychiatre, responsable de l'unité de thérapie familiale dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière)
- **Marcelli Daniel** (Pédopsychiatre, professeur à la faculté de médecine et chef de service de psychiatrie infanto-juvénile du CHU de Poitiers, Président de la SFPEADA)
- **Monod Guillaume** (Pédopsychiatre à l'Hôpital T. Roussel, docteur en philosophie et consultant en maison d'arrêt)
- **Moro Marie-Rose** (Professeur de psychiatrie, chef de service de de la « Maison de Solenn », Cohin)
- **Oppenheim Daniel** (Psychiatre et psychanalyste, Institut de cancérologie Gustave-Roussy)
- **Piot Marie-Aude** (Pédopsychiatre Institut Mutualiste-Montsouris et Dispositif Étape)
- **Varnoux Aurélien** (Pédopsychiatre, Hôpital Ballanger et Direction Interrégionale de la PJJ Ile-de-France - Outre-Mer)
- **Zagury Daniel** (Chef de service au Centre psychiatrique du Bois-de-Bondy, expert-psychiatre)

Pour conclure le résumé de ce rapport qui fera l'objet d'une publication par la Fédération Française de Psychiatrie, il convient d'insister sur la prudence de l'analyse des rapporteurs et leur démarche raisonnée et méthodique qui doit se poursuivre. Ces travaux, encore provisoires, pourront être utiles aux professionnels de la psychiatrie sollicités pour intervenir dans des questions de radicalisation religieuse. Ils sont à apporter aux débats, notamment quand des certitudes sont assénées avec force, essentiellement pour impliquer la psychiatrie dans des fonctions sécuritaires qui, même si elles ne sont pas absentes de ses missions depuis 1838, ne doivent pas occulter sa fonction primordiale qui est thérapeutique.

Liens d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt avec cet article.

COMMUNIQUÉS

Communiqué SPH 21 avril 2018

Soins ambulatoires sans consentement en prison : l'injonction paradoxale de la double contrainte

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) s'alarme de voir que la proposition d'étendre au domaine de la prison les soins ambulatoires sans consentement en psychiatrie, a été exposée à l'Assemblée Nationale dans le récent rapport du député Mazars, membre d'un groupe de travail sur la détention.

Cette suggestion soulève des questions de Droit, des problèmes de déontologie médicale, ainsi que des obstacles liés à la simple faisabilité.

En termes de Droit, la complexité d'application des lois de 2011 et de 2013 sur les soins sans consentement en psychiatrie, alimente en continu une jurisprudence qui en 2012, a dissocié la notion de soins contraints de celle de privation de liberté : par décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012, la contrainte aux soins ne peut s'entendre que par hospitalisation complète, et le juge des libertés n'a pas de compétence de contrôle sur les soins ambulatoires sans consentement. Pour le Droit constitutionnel, la privation de liberté que constitue par définition la détention est donc parfaitement en contradiction avec le cadre légal des soins ambulatoires sans consentement.

Pour ce qui est des conditions de leur réalisation, les soins ambulatoires sans consentement sont selon le code de la santé publique, placés sous la responsabilité des établissements auxquels sont attribuées les missions de psychiatrie de secteur. Cette responsabilité s'exerce en particulier par la rédaction par les psychiatres de ces établissements, des pièces juridiques obligatoires que sont les certificats légaux et les programmes de soins ambulatoires sans consentement. Etendre cette modalité à la prison reviendrait à faire glisser sur les psychiatres de secteurs, la responsabilité de rédaction de ces certificats, pour une décision initiale prise par d'autres praticiens. Puisque que sur le territoire national, l'organisation des soins aux détenus ne concerne les UHSA que de manière partielle, cette proposition engage à devoir modifier plusieurs articles des codes de la santé publique et du code de procédure pénale, mais surtout à revoir les organisations des établissements de santé et donc de la psychiatrie dans son ensemble.

Sur le plan déontologique et de l'efficacité des soins, la profession doit, pour pouvoir assurer ses missions, réaffirmer sans cesse la nécessaire indépendance médicale au service des droits des patients : cette proposition qui associe condamnation pénale, privation de liberté de circuler, et contrainte aux soins en psychiatrie, ouvre encore une fois la voie à une confusion inquiétante entre peine et psychiatrie.

Le SPH alerte sur les risques de mener des réflexions fragmentaires sur les soins psychiatriques : les principes de continuité des soins et la réalité des demandes d'interventions adressées à la psychiatrie publique, font que les suivis ne se limitent plus aux hôpitaux psychiatriques et les professionnels interviennent dans de nombreux lieux.

S'il s'agit de favoriser la continuité des soins quel que soit le lieu, et rendre cohérents des parcours sans rupture pour le patient, fut-il détenu, cette proposition n'apporte rien en termes d'efficacité : pour améliorer la cohérence des dispositifs de soins, le SPH invite les députés à réfléchir à une loi globale pour la psychiatrie plutôt qu'à des mesures partielles, sources de désorganisation de l'ensemble.

La Ministre de la Santé s'est-elle (déjà ?) trop écartée de la psychiatrie ?

2 mai 2018

Madame la Ministre de la Santé invitée par France Culture à faire le bilan de sa première année d'exercice, a cité en réponse à la question qui lui était posée sur la souffrance de la psychiatrie, le refus des établissements de santé mentale de s'inclure aujourd'hui dans les GHT, à l'appui d'une explication selon laquelle cette discipline s'était « *écartée progressivement de la médecine* ».

Face à ce double diagnostic porté alors que l'EPSM de la Sarthe paraît bien seul, engagé dans un bras de fer avec l'ARS pour défendre des spécificités d'exercice face à l'hôpital général, il est nécessaire de rappeler à Madame la Ministre que les décisions ministérielles qui ont été appliquées à la psychiatrie depuis plus de 30 ans, ont pour point commun de vouloir l'amener vers une conception conjointe à la médecine : inclusion de la psychiatrie dans les diplôme d'études spécialisées de médecine dans la réforme de l'internat de 1982, disparition du diplôme spécifique d'infirmier en psychiatrie en 1992, fin du volet psychiatrie dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire selon la circulaire de simplification de 2003, fin des spécificités pour les psychiatres hospitaliers dans le statut de praticiens selon la loi HPST en 2009.

A voir la succession des rapports parlementaires de ces dernières années sur la situation de la psychiatrie, les effets d'amélioration pour les besoins de santé mentale de ces choix tardent à se faire connaître. Et à voir l'état de crise exprimé dans les services de soins somatiques au sein de GHT constitués, on peut se demander en quoi le sort de la psychiatrie sera plus enviable une fois rejoint celui de la « médecine » hospitalière réformée. Les services de psychiatrie existant au sein des hôpitaux généraux pourraient même témoigner du contraire lorsque leurs DAF servent à corriger les défauts de la T2A appliquée aux services de soins somatiques.

Les secteurs de psychiatrie publique, qui envoient tous du personnel dans les hôpitaux généraux et les services d'urgence au titre de la psychiatrie de liaison, pourraient même oser avancer que ce n'est pas la psychiatrie qui s'est écartée de la médecine, mais que c'est la médecine qui par son évolution et celle de ses moyens, s'est détournée de la psyché.

Le virage ambulatoire, cher aux ministres successifs, et le travail de réseau nécessaire à la prévention prônée dans la « stratégie de transformation du système de santé » du gouvernement actuel, avaient été initiés par la psychiatrie de secteur dans les années 60 : comme la naissance aujourd'hui des conseils locaux de santé mentale, ou l'exercice infirmier en psychiatrie de secteur qui ressemble aux pratiques avancées qu'un décret projette pour les maladies somatiques, la création de CMP, celle des alternatives ambulatoires à l'hospitalisation, les conventions d'interventions psychiatriques dans le médico-social, avaient dû leur déploiement aux initiatives de terrain plutôt qu'à des politiques sanitaires volontaristes pour la santé mentale. Ce qui aurait pu servir d'exemple pour les modèles maintenant recommandés d'organisation de la médecine, risque en fait de disparaître face à l'hospitalocentrisme mutualisé qui a inspiré la création des GHT.

Si quelques établissements de santé mentale ont obtenu des dérogations à être partie d'un GHT, c'est a priori parce qu'ils ont eu des arguments valables sur leurs réponses aux besoins territoriaux, qui peuvent parfaitement inclure le développement de conventions avec les établissements de MCO, et, faut-il le rappeler, parce que selon la loi, des projets médicaux partagés sont les préalables obligés aux conventions constitutives de GHT : en appelant les établissements de psychiatrie à rentrer dans le rang des GHT, Madame la Ministre de la santé ne désavoue-t-elle pas un peu rapidement les diagnostics territoriaux examinés par les acteurs de terrain ?

La santé mentale de la population française répond à des déterminismes multiples et plus complexes qu'une séparation entre corps et esprit à résoudre par des filières de soins ordonnées par les GHT. L'augmentation du recours à la psychiatrie, et avec elle celle du nombre des hospitalisations sans consentement, variable selon les régions, ou l'emprise sociétale de l'ordre public sur les soins psychiatriques, le montre. Conscient de cette complexité, le SPH ne s'est pas replié sur une vision nostalgique de l'organisation des soins psychiatriques, et s'est engagé dans des propositions d'adaptation du système sanitaire, comme aurait pu l'être l'expérimentation audacieuse de groupements de coopération sanitaire établissements de santé mentale, et doit l'être aujourd'hui la création dans les régions de communautés psychiatriques de territoires.

Madame la Ministre de la santé a annoncé en janvier qu'elle prendrait la tête d'un futur comité stratégique de psychiatrie et de santé mentale. Si tel est son choix, le SPH en appelle donc à sa qualité d'universitaire pour ne pas céder aux conclusions rapides, et attend d'elle qu'elle ne se contente pas d'attribuer à la psychiatrie la responsabilité de ses propres difficultés, qui serait celle de refuser la modernité hypothétique des réformes.

Casier psychiatrique et pressurisations sécuritaires

6 juin 2018

Pour minimiser la portée sur les patients du décret du 23 mai relatif au fichier HOPSYWEB, qui n'est rien moins qu'un casier psychiatrique pour toute personne qui aurait la malchance d'avoir besoin de soins psychiatrique sans consentement, les ministères de l'Intérieur et de la Santé ont développé pour calmer les réactions des associations, un argumentaire qui s'inscrit dans une banalisation de l'étau sécuritaire appliqué ces derniers temps à la psychiatrie publique.

En le présentant comme une simple actualisation du fichier préexistant depuis 1994, les auteurs du décret semblent vouloir faire oublier que ce qui l'a motivé est la 39e mesure du plan national de prévention de la radicalisation, exposé quelques semaines plus tôt par le Premier Ministre. Manière de dissimuler l'amalgame fait entre psychiatrie et terrorisme.

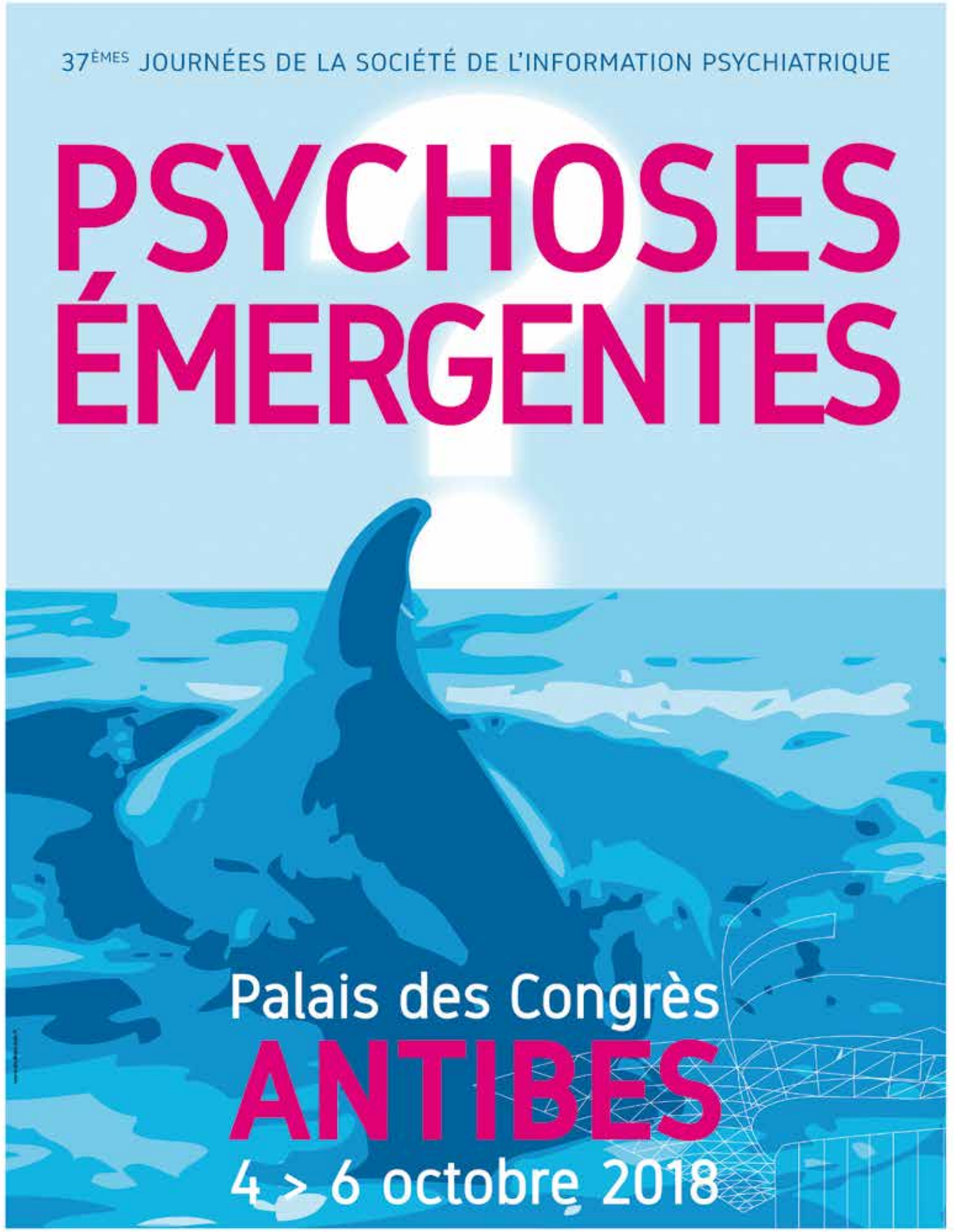
Les problèmes très concrets posés par ce décret tiennent à l'augmentation du nombre de personnes ayant accès à l'identité et aux données de patients en soins psychiatriques, au flou sur les mesures de sécurisation de ces données, à la collecte (sans avoir besoin de leur autorisation) de données sur l'identité des avocats de défense du patient et les coordonnées des psychiatres rédacteurs des certificats médicaux, à l'allongement du délai de conservation des données au-delà de la durée des soins, et à l'interdiction faites aux patients de s'opposer à la collecte de ces informations : que reste-t-il dans ces conditions du secret médical ? Que reste-t-il des droits de la défense et de l'indépendance professionnelle des médecins ? Le patient psychiatrique n'est-il pas, aux yeux du Premier Ministre et de la Ministre de la santé signataires du décret, un citoyen à part entière ?

Encouragés par les arguties et les interprétations interminables que permettent jusqu'à l'absurde les défauts de la loi sur les soins sans consentement, les administrations préfectorales sont d'ores et déjà nanties du pouvoir de recourir à la notion de trouble à l'ordre public pour faire obstacle aux sorties en permission, qui sont pourtant des aménagements de soins, ou refuser les sorties définitives demandées par le médecin. En collaborant avec les ARS, les préfectures disposent de toujours plus d'informations sur les patients en soins sans consentement, sans faire de distinction entre les modes (demandes de tiers ou décision du préfet) et les motifs des soins : tout un chacun peut ainsi se retrouver fiché s'il subit un événement de vie susceptible de justifier une mesure de soins psychiatriques sans consentement.

Des campagnes nationales de déstigmatisation de la maladie mentale ont été engagées, et dans le même temps est publié ce décret qui méprise l'impact que peuvent avoir les antécédents psychiatriques sur la vie privée des personnes, en créant les conditions de divulgation d'informations confidentielles et de stigmatisation des personnes : les patients et leurs proches peuvent alors y réfléchir à deux fois avant d'accepter des soins nécessaires.

Le décret ne respecte pas plusieurs articles du Règlement Général de Protection des Données qui s'impose aux états membres de l'Union européenne : défauts de respect des droits et libertés individuelles au regard des finalités du traitement des données, négligence du « droit à l'oubli » ou insuffisance de garanties de confidentialité. Et il soulève en Droit plusieurs points contestables par l'usage qui est fait d'un décret pour ordonner des décisions sur des domaines qui relèvent de la loi.

Le SPH dénonce donc les dispositions du décret du 23 mai 2018 et forme un recours gracieux devant le Premier Ministre pour son retrait. En l'absence d'annulation, les conditions de recours auprès du Conseil d'Etat sont déjà réunies.



37e JOURNEES DE LA SOCIETE DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE | PSYCHOSES ÉMERGENTES
ANTIBES - PALAIS DES CONGRÈS

JEUDI 4 OCTOBRE MATIN

9h >12h30 **13 SESSIONS DE DPC ORGANISÉES PAR L'ODPCPSY**
Sur inscription uniquement

17201800001 : Évaluation du traumatisme psychique des victimes : du certificat initial à l'expertise psychiatrique.
Atelier animé par **Bernard CORDIER et Paul JEAN-FRANÇOIS**

17201800002 : Psychopharmacologie - résistance à un traitement psychotrope correctement mené : Intérêt clinique du monitorage plasmatique et du génotypage des cytochromes P450.
Atelier animé par **Marion PERIN-DUREAU et Hugo TRESPALACIOS**

17201800003 : ABC du psychotrauma en secteur/CMP.
Atelier animé par **Christine EHLY et Pierre HUM**

17201800004 : Psychotropes chez l'adolescent.
Atelier animé par **Bertrand WELNIARZ et Guillaume CEZANNE-BERT**

17201800005 : Mise au point sur la prise en charge de la dépression et des troubles anxieux chez le patient âgé.
Atelier animé par **Alexis LEPETIT et Blandine PERRIN**

17201800006 : L'entretien motivationnel en addictologie.
Atelier animé par **Guillaume CHABRIDON et Gérard SHADILI**

17201800007 : Instabilité, agitation, TDAH.
Atelier animé par **Jocelyne CALVET-LEFEUVRE et Fabienne ROOS-WEIL**

17201800008 : Indications d'hospitalisation en psychiatrie : critères cliniques, sociaux et contextuels.
Atelier animé par **Bernard ODIER et Stéphane Henriette**

17201800009 : Prescription en périnatalité.
Atelier animé par **Bénédicte GOUDET-LAFONT et Valérie GAREZ**

17201800010 : Soins psychiatriques sans consentement et actualités des fiches mémo de la HAS pour la rédaction des certificats.
Atelier animé par **Eric PECHILLON et Michel DAVID**

17201800011 : Lecture et intérêt des bilans neuropsychologiques dans les troubles spécifiques des apprentissages.
Atelier animé par **Antoine FRADIN et Anne-Sophie PERNEL**

17201800012 : Prise en charge d'un premier épisode psychotique.
Atelier animé par **Nelly DOLIGEZ et Pierre BROKMANN**

17201800013 : La famille face à la psychose émergente : premières rencontres avec la psychiatrie.
Atelier animé par **Julien FOUSSON et Marie-José CORTES**

Sip
LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

JEUDI 4 OCTOBRE APRES-MIDI

13h30 > 14h **OUVERTURE DES JOURNÉES**

14h > 15h **Jean CHAMBRY**
Psychoses émergentes
Conférence inaugurale présidée par **Gisèle APTER**

15h > 16h **Philippe CONUS**
Traitement d'un premier épisode de psychose : quels défis et quels enjeux ?
Grande Conférence présidée par **Suzanne PARIZOT**

16h > 16h30 Pause et Café Littéraire

16h30 > 17h30 **Marie-Odile KREBS**
Conférence psychoses émergentes
Grande Conférence présidée par **Jean-Charles PASCAL**

16h30 > 17h30 **Juliette MARTIN, François MONVILLE**
Table ronde Dispositifs
Présidée par **Manuella DE LUCA**

16h30 > 18h30 Table ronde professionnelle SPH
Psychiatrie publique priorité de la stratégie nationale de santé
Raymond LE MOIGN (sous réserve), Cécile COURREGES (sous réserve), Zaynab RIET (sous réserve), Christian MULLER

17h30 > 18h30 **Alain DERVAUX**
Comment le cannabis peut favoriser les troubles psychotiques
Conférence présidée par **Marie-José CORTES**

17h30 > 18h30 **Isabelle BLONDIAUX**
Emergence, vous avez dit émergence ?...
Conférence présidée par **Florence ASKENAZY**

VENDREDI 5 OCTOBRE MATIN

9h > 10h30 Symposium Recherche Translationnelle n°1.
Coordonné par **Gisèle APTER** avec **Bruno GIORDANA**
Atelier de communication n°1 présidé par **Thierry TREMINE**
Atelier de communication n°2 présidé par **Guillaume CEZANNE-BERT**
Atelier de communication des internes sous l'égide de l'**AFFEP**
Table ronde professionnelle **SPH**
Risques psychosociaux et qualité de vie au travail en psychiatrie
Edouard COUTY (sous réserve), **Bernard GRANGER, Sébastien POTIER, Jérémie SECHER, Jacques TREVIDIC**
Symposium Association Marocaine des Psychiatres de Service Public présidé par **Hugo TRESPALACIOS**
Atelier Films psy. Coordonné par **Alain BOUVAREL**
Symposium d'échange familles - équipes soignantes : prises en charge des psychoses émergentes. Coordonné par **Patrick BANTMAN**

10h30 > 11h PAUSE ET CAFÉ LITTÉRAIRE

11h > 12h30 Atelier de communication n°3 présidé par **Manuella DE LUCA**
Atelier de communication n°4 présidé par **Georges JOVELET**
Atelier de communication n°5 présidé par **Suzanne PARIZOT**
Carte blanche **AFFEP**
Symposium Recherche Translationnelle n°2. Coordonné par **Laurent HOLZER** avec **Paul KLAUZER**
Symposium Histoire des concepts psychiatriques. Coordonné par **Jérémie SINZELLE**
Atelier Images de la psychose émergente. Coordonné par **Pierre HUM**
Symposium Société Algérienne de Psychiatrie présidé par **Fabienne ROOS-WEIL** et **Monique D'AMORE**
Atelier WPA avec **Joao Mauricio CASTALDELLI-MAIA**

VENDREDI 5 OCTOBRE APRES-MIDI

14h > 15h **Amal ABDEL-BAKI**
Implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce en francophonie : éléments essentiels et clés du succès
Conférence présidée par **Gisèle APTER**

14h > 15h **David COHEN**
Schizophrénies à début précoce : actualités
Conférence présidée par **Marie-José CORTES**

14h30 > 16h Table ronde professionnelle SPH
Les soins sans consentement : complexité de la loi et soins prodigués
Éric PECHILLON, Adeline HAZAN, Michel DAVID

15h > 16h **Gail ROBINSON**
Gender issues in first psychotic episodes
Conférence présidée par **Gisèle APTER**

15h > 16h **Priscille GERARDIN, Alain FUSEAU**
Les psychoses émergent aussi dans les maisons des adolescents
Conférence présidée par **Gérard SHADILI**

16h > 16h30 PAUSE ET CAFÉ LITTÉRAIRE

16h30 > 17h30 **Béatrice BEAUFILS**
Troubles schizophréniques débutants : enjeux et prise en charge en Hôpital de Jour spécialisé
Conférence présidée par **Jean-Charles PASCAL**

16h30 > 17h30 **Nicole GARRET-GLOANEC**
Négligence et possibles émergences psychotiques
Conférence présidée par **Anne-Sophie PERNEL**

16h30 > 18h Symposium de l'Evolution Psychiatrique
Cliniques des commencements
Présidente : **Manuella DE LUCA**
Modérateur : **Pierre CHENIVESSE**

17h30 > 18h30 **Jean-Pierre BENOIT, Bernard ODIER**
Regards croisés psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale : psychoses émergentes et adolescence
Présidé par **Stéphane HENRIETTE**

17h30 > 18h30 **Ali AMAD**
Migrations et psychose émergente
Conférence présidée par **Fabienne ROOS-WEIL**

Soirée du Congrès

VENDREDI 5 OCTOBRE

Restaurant La Plage des Pirates
Apéritif à partir de 19h30

Sur inscription préalable par courrier adressé à la SIP, 50€ par personne (chèque distinct à l'ordre de la SIP), 2 couverts maximum par demande
Les inscriptions seront traitées dans l'ordre d'arrivée des courriers

SAMEDI 6 OCTOBRE MATIN

9h > 9h45 **Pascale GIRAVALLI**
Délirer en prison : "la grande évasion"
Conférence présidée par **Paul JEAN-FRANCOIS**

9h45 > 10h30 **Daniel ZAGURY**
Approche expertale des processus de radicalisation
Conférence présidée par **Paul JEAN-FRANCOIS**

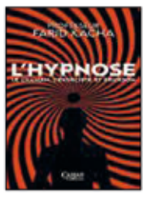
10h30 > 11h Pause

11h00 > 12h30 **Esther BENBASSA**, sénatrice (sous réserve), **Michel BOTBOL, Fabienne BRION, Coline GARRE, Daniel ZAGURY**
Table ronde autour de la radicalisation
Table ronde présidée par **Michel DAVID**

12h30 **CLÔTURE DES JOURNÉES**

les Cafés Littéraires

librairie Massena



JEUDI 4 OCTOBRE 16H

FARID KACHA
L'HYPNOSE. LE CHAMAN, L'EXORCISTE ET ERICKSON
CASBAH ÉDITIONS

VENDREDI 5 OCTOBRE 10H30

PIERRETTE ESTINGOY
L'ÉCLIPSE D'UN ANGE
WWW.ARTAMBULES.COM

VENDREDI 5 OCTOBRE 16H

DANIEL ZAGURY
LA BARBARIE DES HOMMES ORDINAIRES
EDITIONS DE L'OBSERVATOIRE

Les CONFÉRENCIERS

JEUDI 4 OCTOBRE APRES-MIDI

14h >15h **PSYCHOSES ÉMERGENTES**

Jean CHAMBRY est pédopsychiatre, chef de pôle, responsable du CIAPA (Centre Interhospitalier d'Accueil Permanent pour Adolescents), GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, président élu de la SFPEADA, président du collège de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie.

15h > 16h **TRAITEMENT D'UN PREMIER ÉPISODE DE PSYCHOSE : QUELS DÉFIS ET QUELS ENJEUX ?**

Philippe CONUS est psychiatre, chef de service et adjoint au chef du Département de Psychiatrie du CHU de Lausanne. Ayant travaillé pendant 4 ans à Melbourne, dans le programme EPPIC mis en place par le Pr Mc GORRY, il a développé une expertise dans le domaine des psychoses émergentes. Il a lancé dès 2004 à Lausanne le programme TIPP (Traitement et Intervention dans la phase Précoces des troubles Psychotiques). Il a conduit sur ce thème de nombreux travaux de recherche clinique à partir d'un suivi de cohorte prospectif, ainsi que des travaux sur les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent les maladies psychotiques, en collaboration le centre de neurosciences psychiatriques (CNP) du département de psychiatrie de l'université de Lausanne

16h30 > 17h30 **CONFERENCE PSYCHOSES EMERGENTES**

Marie-Odile KREBS est professeure de psychiatrie à l'Université Paris Descartes, chef du Service Hospitalo-Universitaire du Centre hospitalier de Sainte-Anne, Paris. Elle dirige l'équipe de recherche «Physiopathologie des maladies psychiatriques » au Centre de Psychiatrie et Neurosciences de l'Hôpital Sainte-Anne. Elle est également présidente du comité de recherche clinique de l'Hôpital Sainte-Anne depuis 2007. Elle est à l'initiative de la création de l'Institut de psychiatrie qu'elle préside depuis 2010. Marie-Odile KREBS coordonne le réseau Transition, fondateur avec le Québec et la Suisse de la nouvelle branche francophone de l'association Early Intervention in Mental Health (IEPA).

16h30 > 17h30 **TABLE RONDE DISPOSITIFS**

Juliette MARTIN, psychiatre, est responsable du CIPP (Centre d'Intervention Précoce pour Psychose) au Centre Hospitalier La Chartreuse, Dijon.

François MONVILLE est psychiatre à l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège, responsable thérapeutique d'ECOTONE, programme de soins et d'accompagnement des jeunes adultes présentant un premier épisode de décompensation psychotique

16h30 > 18h30 **TABLE RONDE PROFESSIONNELLE SPH PSYCHIATRIE PUBLIQUE PRIORITÉ DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ**

Raymond LE MOIGN est le directeur du cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès BUZYN. Il a été le directeur général du CHU de Toulouse.

Cécile COURREGES est la directrice générale de l'offre de soins. Elle a été précédemment directrice générale de l'ARS Pays de la Loire.

Zaynab RIET est déléguée générale de la Fédération Hospitalière de France (FHF). Elle a été directrice de l'EPS Ville-Evrard puis du groupe hospitalier du Havre.

Christian MULLER est le président de la Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés (CHS) en psychiatrie. Il est également président de la CME de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de l'agglomération lilloise à Saint-André-lez-Lille (Nord).

17h30 > 18h30 **COMMENT LE CANNABIS PEUT FAVORISER LES TROUBLES PSYCHOTIQUES**

Alain DERVAUX est professeur de psychiatrie au CHU d'Amiens. Il est chercheur dans le Groupe de Recherche sur l'Alcool et les Pharmacodépendances (GRAP, Unité INSERM 1247) à Amiens (Pr. M. Naassila) et chercheur associé au Centre de Psychiatrie et Neurosciences (CPN), Unité INSERM U-894, Laboratoire de Physiopathologie des Maladies Psychiatriques (Pr. MO Krebs), à l'Université Paris Descartes. Il travaille depuis une vingtaine d'années sur les comorbidités addictions/troubles psychiatriques et a publié de très nombreux articles sur le sujet. Il est rédacteur en chef adjoint du Courrier des Addictions, Associate Editor de Frontiers in Psychiatry, membre du comité de rédaction de Perspectives Psychiatriques et du Site Internet du Congrès Français de Psychiatrie.

17h30 > 18h30 **EMERGENCE, VOUS AVEZ DIT ÉMERGENCE ?...**

Isabelle BLONDIAUX est psychiatre des Hôpitaux (Hôpital Maison Blanche), ancien chef de clinique (Paris Ouest). Elle est également docteur en littératures française et comparée, et docteur en philosophie. Habilitée à diriger des recherches en philosophie pratique, elle est chercheur associé au LIPHA-PE (Laboratoire interdisciplinaire étude du politique Hannah Arendt-Université Paris Est). Ses recherches portent sur les relations médecine, littérature et philosophie, le discours polémique et les fondements philosophiques de la thérapeutique. Secrétaire adjointe de la FFAB (Fédération Française Anorexie Boulimie) et secrétaire générale de la Société d'études céliniennes, elle est l'auteur de : Céline Portrait de l'artiste en psychiatre (Paris, Société d'études céliniennes, 2004), Psychiatrie contre psychanalyse ? Débats et scandales autour des psychothérapies (Paris, Le Félin, 2009) et de La Littérature peut-elle soigner ? La lecture et ses variations thérapeutiques (Paris, Honoré Champion, 2018).

VENDREDI 5 OCTOBRE

9h > 10h30 **ATELIER DE COMMUNICATION N°1**
présidé par **Laure ANGLADETTE**

9h > 10h30 **ATELIER DE COMMUNICATION N°2**
présidé par **Thierry TREMINE**

9h > 10h30 **SYMPOSIUM RECHERCHE TRANSLATIONNELLE N°1**
Coordonné par **Gisèle APTER** présidente de la SIP

9h > 10h30 **TABLE RONDE PROFESSIONNELLE SPH RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL EN PSYCHIATRIE**

Edouard COUTY est médiateur national. Ancien directeur des hôpitaux, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes, il a dirigé la mission sur le Pacte de confiance pour l'hôpital.

Bernard GRANGER est vice-président de l'association nationale Jean-Louis MEGNIEN de lutte contre la maltraitance et le harcèlement au sein de l'hôpital public. Il est professeur de psychiatrie à l'université René Descartes (Paris 5), chef de service à l'hôpital Tarnier. Il est également l'un des fondateurs et animateurs du Mouvement de défense de l'hôpital public depuis 2009.

Sébastien POTIER est interne en psychiatrie. Il est vice-président de l'Inter Syndicale Nationale des Internes (ISNI), en charge de la prévention des risques psychosociaux. Il est aussi interne en psychiatrie.

Jérémie SECHER est président du Syndicat des Manageurs Publics de Santé (SMPS) et directeur du centre hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins

Jacques TREVIDIC est président d'Action Praticiens Hôpital (APH) et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH).

9h > 10h30 **SYMPOSIUM D'ÉCHANGE FAMILLES - ÉQUIPES SOIGNANTES : PRISES EN CHARGE DES PSYCHOSES ÉMERGENTES.**

Coordonné par **Patrick BANTMAN,** psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chef de pôle, médiateur aux Hôpitaux de Saint Maurice et thérapeute familial.

9h > 10h30 **ATELIER FILMS PSY**

Coordonné par **Alain BOUVAREL** pédopsychiatre, ancien chef de pôle, créateur du Festival du Film Psy de Lorquin, directeur scientifique du Centre National Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) créé à Lorquin par Simone VEIL. Membre du Conseil Scientifique de la SIP

11h > 12h30 **ATELIER DE COMMUNICATION N°3**
présidé par **Manuella DE LUCA**

11h > 12h30 **ATELIER DE COMMUNICATION N°4**
présidé par **Georges JOVELET**

11h > 12h30 **ATELIER DE COMMUNICATION N°5**
présidé par **Suzanne PARIZOT**

11h > 12h30 **SYMPOSIUM RECHERCHE TRANSLATIONNELLE N°2**
Coordonné par **Laurent HOLZER**

Laurent HOLZER est pédopsychiatre, médecin-chef dans le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne. Il est Privat docent à l'Université de Lausanne. Il a dirigé un ouvrage "La pédo-psychiatrie basée sur les preuves".

11h > 12h30 **SYMPOSIUM HISTOIRE DES CONCEPTS PSYCHIATRIQUES**

Coordonné par **Jérémie SINZELLE** psychiatre, exerçant en libéral à Paris. Il est le vice-président de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (AFPEP)

11h > 12h30 **ATELIER IMAGES DE LA PSYCHOSE ÉMERGENTE**

Coordonné par **Pierre HUM,** psychiatre, praticien hospitalier au CP2A à Lille (Centre Psychiatrique d'Accueil d'urgence et d'Admission), docteur en philosophie

11h > 12h30 **ATELIER WPA**
Coordonné par **Joao Mauricio CASTALDELLI-MAIA**

14h > 15h **IMPLANTATION À GRANDE ÉCHELLE DE PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE EN FRANCOPHONIE : ÉLÉMENTS ESSENTIELS ET CLÉS DU SUCCÈS**

Amal ABDEL-BAKI est professeure de psychiatrie à l'Université de Montréal, chef du service santé mentale Jeunesse du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM), Clinique JAP (Jeunes Adultes ayant eu un épisode Psychotique) et EQIIP SOL (Équipe d'Intervention Intensive de Proximité).Elle est directrice adjointe aux études supérieures, Département de psychiatrie, Université de Montréal, responsable de la recherche à la clinique JAP (Jeunes Adultes ayant eu un épisode Psychotique) et chercheur-investigateur du centre de recherche du CHUM. Elle est également présidente de l'Association des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) et membre du comité directeur du Consortium Canadien en Intervention précoce pour la psychose (CCEIP).

14h > 15h **SCHIZOPHRÉNIES À DÉBUT PRÉCOCE : ACTUALITÉS**

David COHEN est professeur de pédopsychiatrie à l'Université Pierre et Marie Curie, membre du laboratoire "Institut des Systèmes Intelligents et Robotiques" (CNRS UMR 7222) de l'Université Pierre et Marie Curie et chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Groupe Hospitalier Pitié-Salpétrière, APHP, Paris. Il est également rédacteur en chef de la revue Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence

14h30 > 16h **TABLE RONDE PROFESSIONNELLE SPH LES SOINS SANS CONSENTEMENT : COMPLEXITÉ DE LA LOI ET SOINS PRODIGUÉS**

Éric PECHILLON est professeur des universités en droit public à l'université Bretagne Sud, habilité à diriger des recherches, spécialisé en droit de la psychiatrie, également membre de divers groupes de réflexion éthique au sein des établissements de santé

Adeline HAZAN est Contrôleure générale des lieux de privation de liberté depuis juillet 2014. Adeline HAZAN est diplômée de l'École nationale de la magistrature (1979). Magistrate, elle a été juge d'application des peines puis juge des enfants. Elle a été présidente du syndicat de la magistrature. Elle a été députée européenne de 1999 à 2008 et a siégé à la commission des affaires constitutionnelles puis à la commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures. Adeline HAZAN a également été maire de Reims de 2008 à 2014.

Michel DAVID est président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), administrateur de la SIP, rédacteur en chef adjoint de L'Information Psychiatrique, vice-président du SPH, chargé de la délégation Psychiatrie en milieu pénitentiaire au Bureau National du SPH, animateur de la Commission juridique du SPH dont il coordonne les travaux sur l'isolement et la contention

LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE Sip

Les CONFÉRENCIERS

15h > 16h **GENDER ISSUES IN FIRST PSYCHOTIC EPISODES**

Gail Erlick ROBINSON est professeure de psychiatrie et de gynécologie-obstétrique à l'Université de Toronto. Elle a été à l'origine du Programme de Santé Mentale de la Femme dans cette même Université. Elle s'intéresse particulièrement à l'impact psychologique des aspects de la vie des femmes liées à la reproduction et ses aléas. Elle a reçu le Prix YWCA Women of Distinction Award et est inscrite parmi les 100 femmes les plus influentes du Canada pour son travail sur la Santé Mentale des Femmes. Elle a également reçu le Prix Alexandra Symonds de l'American Psychiatric Association pour son travail en faveur de l'amélioration de la santé mentale des femmes et la promotion de leurs statuts. En 2013, elle a reçu la médaille du Jubilé de Diamant de la Reine pour son travail de défense des femmes dans les situations de violences et de vulnérabilité. En 2017, enfin, elle reçoit la Médaille de l'Ordre du Canada pour l'ensemble de son œuvre en direction de la santé physique et mentale des femmes et la formation des professionnels de santé dans ce domaine.

15h > 16h **LES PSYCHOSES ÉMERGENT AUSSI DANS LES MAISONS DES ADOLESCENTS**

Priscille GERARDIN est professeure de pédopsychiatrie au CHU de Rouen, chef de pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CH Rouvray et de la Fédération Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (FHUPEA) au CHU. Elle mène des recherches sur stress, dépression et développement de la périnatalité à l'adolescence. Elle a été à l'initiative de toute la filière universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Haute-Normandie, créée en 2008.

Alain FUSEAU est pédopsychiatre et chef de service des unités adolescent (Maison de l'Adolescent et unité d'hospitalisation «Équinoxe») du Groupe Hospitalier du Havre dont il est président de CME. Il a fondé la première maison des adolescents en 1999 et est Président d'Honneur de son Association nationale. Il est membre de l'observatoire national du suicide. Il est vice-président de la FHF Normandie et participe activement aux travaux du Comité de Pilotage de la Psychiatrie. Il allie son intérêt pour les spécificités cliniques de l'adolescence et du passage vers le jeune adulte à la préoccupation de santé publique et de l'organisation des soins intégrées sur les territoires.

16h30 > 17h30 **TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES DÉBUTANTS : ENJEUX ET PRISE EN CHARGE EN HÔPITAL DE JOUR SPÉCIALISÉ**

Béatrice BEAUFILS est psychiatre, ancien chef de service et ancien chef de pôle. Elle travaille depuis 25 ans à l'Hôpital Corentin-Celton d'Issy-les-Moulineaux (secteur 92G12) devenu depuis Pôle Psychiatrie-Addictologie du Groupe HUPO (Hôpitaux Universitaires Paris Ouest), pôle actuellement dirigé par le professeur Frédéric LIMOSIN. Elle y a créé un Hôpital de Jour spécialisé dans le traitement des schizophrénies en 1999 mais aussi un programme de soins en HDJ pour les troubles de la personnalité de type Etats Limites en 2005 et, plus récemment, un programme de soins en HDJ d'Addictologie (2016).

16h30 > 17h30 **NÉGLIGENCE ET POSSIBLES ÉMERGENCES PSYCHOTIQUES**

Nicole GARRET-GLOANEC est pédopsychiatre au CHU de Nantes, spécialisée dans la parentalité et le développement des enfants de moins de trois ans. Elle a développé des compétences spécifiques dans l'impact des négligences et les signes précoces des TSA. Elle est ancienne Présidente de la Fédération Française de Psychiatrie et de la Société de l'Information Psychiatrique.

16h30 > 18h **SYMPOSIUM DE L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE**
CLINIQUES DES COMMENCEMENTS
Présidente : **Manuella DE LUCA**
Modérateur : **Pierre CHENIVESSE**

17h30 > 18h30 **REGARDS CROISÉS PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE ET PSYCHIATRIE GÉNÉRALE : PSYCHOSES ÉMERGENTES ET ADOLESCENCE**

Jean-Pierre BENOIT est pédopsychiatre, chef de service de pédopsychiatrie, chef de pôle au CH de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis)

Bernard ODIER est psychiatre à l'Association Santé Mentale du 13e arrondissement de Paris (ASM 13). Il est ancien président de la Fédération Française de Psychiatrie, vice- président de la Conférence nationale des Présidents de CME des ESPIC de psychiatrie, invité permanent du Conseil d'Administration de la SIP et chargé de la délégation Relations avec les organisations de défense de la psychiatrie au bureau national du SPH.

17h30 > 18h30 **MIGRATIONS ET PSYCHOSE ÉMERGENTE**

Ali AMAD est psychiatre, maître de conférences à la faculté de médecine de Lille, praticien hospitalier référent de l'unité en charge des pathologies résistantes au CHRU de Lille et chercheur en neurosciences.

SAMEDI 6 OCTOBRE

9h > 9h45 **DÉLIRER EN PRISON : « LA GRANDE ÉVASION »**

Pascale GIRAVALLI, vice-présidente de l'ASPMP et représentante de la coordination nationale des UHSA, est psychiatre des Hôpitaux exerçant en milieu pénitentiaire depuis 1994 dans le service médicopsychologique de Marseille (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille). Elle est actuellement en charge de la coordination de l'UHSA de Marseille et de la coordination de l'enseignement de psychiatrie légale à la faculté de Médecine de Marseille, ainsi que de la formation et de la recherche pour le SMPR et l'UHSA.

9h45 > 10h30 **APPROCHE EXPERTALE DES PROCESSUS DE RADICALISATION**

Daniel ZAGURY est psychiatre des hôpitaux, chef de pôle, à l'EPS Ville-Evrard, (Centre psychiatrique du bois de Bondy), expert près la cour d'appel de Paris. Son dernier ouvrage, «La Barbarie des hommes ordinaires», a été publié en février 2018 aux éditions de L'Observatoire

10h30 > 11h **PAUSE**

11h00 > 12h30 **TABLE RONDE AUTOUR DE LA RADICALISATION**
Esther BENBASSA, sénatrice (sous réserve)

Michel BOTBOL est professeur de psychiatrie infanto-juvénile au CHU de Brest ; il a été précédemment conseiller psychiatrique de l'Administration Centrale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Il est l'un des membres du groupe de travail de la FFP sur la radicalisation et ses rapports avec la psychiatrie. Depuis 2017, il est le responsable des publications scientifiques du comité exécutif de la WPA après avoir été pendant plusieurs années le représentant de l'Europe de l'Ouest au Conseil d'Administration de cette Association. Il est membre du comité de pilotage de la psychiatrie présidé par Yvan HALIMI. Dans ce cadre, il est l'un des rapporteurs pour la pédopsychiatrie.

Fabienne BRION est professeur de droit et de criminologie à l'université de Louvain. Elle est spécialiste d'islamologie, de discrimination et de l'œuvre de Michel Foucault.

Coline GARRE est journaliste au Quotidien du médecin, rédaction qu'elle intègre en 2010 après des études de philosophie puis de journalisme à Sciences Po Paris. Elle suit notamment l'actualité de la santé publique, de la psychiatrie, et les sujets sociétaux, et de ce fait, écrit sur les questions de radicalisation. Elle est également chef de la rubrique «Questions d'éthique».

Daniel ZAGURY est psychiatre des hôpitaux, chef de pôle, à l'EPS Ville-Evrard, (Centre psychiatrique du bois de Bondy), expert près la cour d'appel de Paris. Son dernier ouvrage, «La Barbarie des hommes ordinaires», a été publié en février 2018 aux éditions de L'Observatoire

LES PRÉSIDENCES

Laure ANGLADETTE, psychiatre à la Fondation Santé des Etudiants de France, Bouffémont (Val d'Oise), administratrice de la SIP et membre du comité de lecture de L'Information Psychiatrique

Gisèle APTER, présidente de la Société de l'Information Psychiatrique, professeur de pédopsychiatrie au Groupe Hospitalier du Havre, Université de Normandie.

Florence ASKENAZY, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Nice. Elle est chef du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU-Lenval. Membre du CA et Membre titulaire de la SFPEADA et de l'AFDAS TCA. Responsable de la sous-équipe neuro-développement de l'équipe d'accueil CoBTeK de l'Université Nice Sofia Antipolis, elle est engagée dans la recherche clinique et les nouvelles technologies ainsi que dans la recherche translationnelle dans le domaine de l'autisme, de la schizophrénie très précoce et la psychopharmacologie.

Marc BETREMIEUX, président du SPH, chef de pôle de psychiatrie au Centre Hospitalier Hénin-Beaumont (Pas de Calais)

Guillaume CEZANNE-BERT, pédopsychiatre, chef du pôle de pédopsychiatrie du centre hospitalier Le Vinatier (Rhône), il exerce comme clinicien dans une unité d'hospitalisation pédopsychiatrique périnatale, membre du CA de la SIP, président de l'ODPCPSY, conseiller national du SPH

Marie-José CORTES, chef de pôle de psychiatrie générale à Mantes-la-Jolie (Yvelines), médecin coordonnateur du Réseau de Santé Mentale Yvelines Nord, chargée de la délégation Urgence et réseaux en psychiatrie au Bureau National du SPH

Monique D'AMORE est psychiatre, praticien hospitalier au Centre Hospitalier de Montperrin à Aix en Provence. Elle est membre du bureau du SPH, chargée de la délégation "Statut des praticiens hospitaliers".

Michel DAVID, président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), administrateur de la SIP, rédacteur en chef adjoint de L'Information Psychiatrique, vice-président du SPH, chargé de la délégation Psychiatrie en milieu pénitentiaire au Bureau National du SPH, animateur de la Commission juridique du SPH dont il coordonne les travaux sur l'isolement et la contention

Manuella DE LUCA, psychiatre, responsable du pôle de psychiatrie de l'adolescent et jeune adulte à l'Institut de la Verrière, MGEN (Yvelines), secrétaire générale de L'Evolution Psychiatrique, Professeur associé à l'université Paris-Descartes

Stéphane HENRIETTE, praticien hospitalier au Centre Hospitalier Le Vinatier (Rhône), chef de service d'un secteur de psychiatrie générale, membre du CA de la SIP, Conseiller National du SPH

Paul JEAN-FRANCOIS, psychiatre des hôpitaux, expert près la cour d'appel de Paris, praticien hospitalier au groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, conseiller national du SPH en charge de l'expertise psychiatrique, président de l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires (ANPEJ)

Georges JOVELET, psychiatre des hôpitaux, praticien contractuel au CH de Laon (Aisne), ancien vice-président de la SIP

Isabelle MONTET, psychiatre, secrétaire générale du SPH, chef de pôle au CHI de Clermont de l'Oise (Oise)

Suzanne PARIZOT, psychiatre honoraire des Hôpitaux, ancien chef de service à l'Hôpital Saint Jean de Dieu, Lyon. Membre du Conseil Scientifique de la SIP, dont elle est également ancienne vice-présidente. Membre du Comité de rédaction de l'Information Psychiatrique, elle coordonne actuellement la rubrique "Mémoires Vives", ainsi que la "Série sur les Psychoses Emergentes" Depuis 1998, Suzanne PARIZOT a œuvré à promouvoir en France une prise en charge spécifique et précoce des troubles psychotiques naissants, en les nommant "psychoses émergentes" (comme traduction de "early psychosis"). Elle a publié de nombreux articles sur le sujet.

Jean-Charles PASCAL, psychiatre, ancien chef de service à l'Hôpital Erasme, et Président d'Honneur de la SIP

Anne-Sophie PERNEL, pédopsychiatre à Angers au CESAME et au SESSAD précoce pour enfants avec TSA. Chargée de la délégation Communications et publications syndicales / psychiatrie infanto-juvénile au Bureau National du SPH, corédactrice d'articles sur la petite enfance, notamment dans l'EMC et L'Information Psychiatrique, elle est engagée dans une certification au modèle de Denver

Fabienne ROOS-WEIL, pédopsychiatre dans le pôle de psychiatrie infanto-juvénile du 19e arrondissement de Paris, GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, administratrice de la Société de l'Information Psychiatrique et membre du bureau de la Fédération Française de Psychiatrie

Gérard SHADILI, pédopsychiatre, médecin responsable de l'addictologie adolescente dans le service du Pr CORCOS à l'institut mutualiste Montsouris, et médecin coordonnateur de la Consultation Jeunes Consommateurs du centre « Emergence Tolbiac » (Paris 13e). Il est membre de la Commission Juridique du SPH et Conseiller National SPH chargé de la délégation Exercice en ESPIC, psychiatrie légale et mineurs.

Thierry TREMINE, psychiatre, ancien chef de service au CH Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), rédacteur en chef de la revue L'Information Psychiatrique et membre du Conseil Scientifique de la Société de l'Information Psychiatrique

Hugo TRESPALACIOS, psychiatre à l'EPSM Val de Lys Artois de Saint-Venant, secrétaire général de l'ODPCPSY, administrateur de la SIP et membre du comité de lecture de l'Information Psychiatrique

Renseignements et inscriptions : Pierre-François GODET et Aicha RAMDANI
T. 04 72 42 35 98 - F. 04 72 42 13 99 - secretariatSIP2@gmail.com

Secrétariat SIP - ODPCPsy : CH Saint Cyr - Les Calades - Rue J. B. Perret
CS 15045 - 69450 Saint-Cyr-au-Mont-d'Or Cedex

L'Information Psychiatrique

Revue officielle du «syndicat des psychiatres des hopitaux» (SPH)

L'Information Psychiatrique est la revue clinique et professionnelle du psychiatre.

Elle publie des travaux dont l'axe majeur est la psychopathologie et aborde également les questions d'éthique, d'organisation, de politique des soins, au carrefour des sciences humaines et des neurosciences.

L'Information Psychiatrique - face aux mutations en cours dans la psychiatrie en général et publique en particulier - apparaît comme le reflet des préoccupations cliniques de ses lecteurs.

Tribune d'information, de réflexion et de discussion autour de la prise en charge globale du patient, la revue anime aussi les grands débats qui traversent régulièrement la profession. Elle a pour objectif de former les praticiens sur tous les aspects de la psychiatrie.

Enfin, L'Information Psychiatrique s'affirme comme la revue de référence incontournable pour les psychiatres des hôpitaux.

http://www.jle.com/fr/revues/ipe/revue.phtml

10 Bonnes raisons d'adhérer au Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

1. Le SPH est le premier syndicat des Psychiatres Hospitaliers
2. Le SPH soutient concrètement ses adhérents lorsque ceux-ci rencontrent des difficultés administratives, judiciaires, ordinales...
3. Le SPH, implanté dans toutes les régions de France et d'Outre-Mer, s'appuie sur le réseau de ses secrétaires d'établissement, conseillers régionaux ou nationaux
4. Le SPH défend une psychiatrie publique dynamique et novatrice basée sur ses valeurs humanistes
5. Le SPH défend le service public hospitalier avec l'ensemble des syndicats de la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH) et la CPH s'est réunie avec Avenir Hospitalier sous la bannière intersyndicale commune Action Praticiens Hôpital (APH)
6. Le SPH est membre du Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP)
7. Le SPH c'est aussi une société scientifique : la Société de l'Information Psychiatrique (SIP), membre fondateur de la Fédération Française de Psychiatrie
8. Le SPH c'est aussi un Organisme de Développement Professionnel Continu Psy (ODPCPsy) agréé pour le DPC
9. Le SPH c'est aussi une revue scientifique mensuelle : l'Information Psychiatrique
10. Enfin c'est aussi l'exigence d'une meilleure protection sociale des PH, le SPH étant à l'origine de la création de l'APPA

www.studiopoulain.fr

Tous les ans, l'Assemblée générale à laquelle vous serez conviés, s'articule avec les Journées annuelles de la **Société de l'Information Psychiatrique.**
L'inscription aux Journées de la SIP vous est offerte lors de votre première adhésion au SPH !
Sur votre **nouveau site www.sphweb.fr** retrouvez l'actualité syndicale et professionnelle, adhérez au SPH en ligne et inscrivez-vous aux Journées annuelles de la SIP.
Renseignements : Aicha RAMDANI, secrétaire SPH SIP ODPCPsy
Téléphone : 04 72 42 35 98 - email : secretariatsip2@gmail.com

Sip LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Sph LE SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX

ODPCPsy

Cotisations 2018

La cotisation annuelle complète comprend l'adhésion au SPH, l'adhésion à la Société de l'Information Psychiatrique et l'abonnement à la revue mensuelle des Psychiatres des Hôpitaux L'Information Psychiatrique.
Les adhérents du SPH bénéficient d'un tarif préférentiel d'abonnement à la revue de 61€ par an (au lieu de 156€) pour l'abonnement aux 10 numéros annuels de la revue.
Les adhérents SIP bénéficient d'une réduction d'au minimum 20 % sur les tarifs d'inscription aux Journées annuelles de la SIP, et sur le tarif de toutes les formations organisées ou parrainées en régions par la SIP.

Réductions d'impôts

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

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

Adhésion des internes

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

Première adhésion

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

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

Paiement sécurisé en ligne sur : www.sphweb.fr/adhesion

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

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

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

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

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

Les nouvelles syndicales sont sur www.sphweb.fr 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 **PRENOM**
NOM DE JEUNE FILLE **DATE DE NAISSANCE** / /

Adresse électronique (au moins une des deux)

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

Statut professionnel actuel

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

Fonction institutionnelle (le cas échéant)

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

Exercice de la psychiatrie

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

Votre établissement de rattachement

Type (CHS, CH, CHU, etc.)
Nom de l'établissement
Code postal **Localité**
Tél.

Adresse postale de correspondance

N° **Rue**
CS **BP** **CP** **Localité**

ORGANIGRAMME DU SPH 2015-2018

BUREAU NATIONAL

Président	**Marc BETREMIEUX**	CH - 62119 HENIN BEAUMONT Tel. 03 21 08 15 15 marcbetrem@gmail.com
Secrétaire Général	**Isabelle MONTET**	CHI - 60617 CLERMONT DE L'OISE Tel. 03 44 77 51 43 montet.isabelle@wanadoo.fr
Trésorier	**Pierre-François GODET**	CH SAINT-CYR AU MONT D'OR 69450 pfgodet@ch-st-cyr69.fr
Vice Présidente Questions scientifiques, relations internationales et universitaires Présidente de la SIP	**Gisèle APTER**	CH Le Havre 76600 LE HAVRE gisele.apter@gmail.com
Vice Président Chargé de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et questions médico-légales Président élu FFP	**Michel DAVID**	CHS Fondation Bon Sauveur 50360 PICAUVILLE Tel. 02 33 21 84 66 michel.david.sph@gmail.com
Territorialité et réseaux en psychiatrie, Psychiatrie à l'hôpital général, Urgences – représentante du syndicat à la CPH	**Marie-Josée CORTES**	CH F. Quesnay – 78200 MANTES LA JOLIE cortes-marie-jose@neuf.fr
Organisation des soins en psychiatrie, relations avec les conférences de PCME – représentant du syndicat à la CPH	**Jean-Pierre SALVARELLI**	CH Le Vinatier - 69677 BRON cedex Tel. 04 37 91 50 10 begin_of_the_skype_highlighting jean-pierre.salvarelli@ch-le-vinatier.fr
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - organisation des soins –représentante du syndicat à la FFP	**Anne-Sophie PERNEL**	CESAME, 49130 SAINTE-GEMMES-SURLOIRE anne-sophie.pernel@ch-cesame-angers.fr
Expertise et psychiatrie légale - CASP	**Paul JEAN-FRANCOIS**	CH Paul Guiraud - 94806 VILLEJUIF paul.jeanfrancois@gh-paulguiraud.fr
Relations avec les psychiatres en début de carrière - Statut du praticien	**Marion AZOULAY**	CH Paul Guiraud 94800 VILLEJUIF marion.azoulay13@gmail.com
Communication – Site web - Congrès	**Bertrand LAVOISY**	EPSM Lille Métropole– 59 ARMENTIERES blavoisy@epsm-lille-metropole.fr
Statut du praticien – Qualité de vie et organisations du travail - OSAT	**Monique D'AMORE**	CHS Montperrin -13617 AIX-EN-PROVENCE monique.damore@orange.fr

CONSEILLERS NATIONAUX

Délégations

Exercice en ESPIC –Financement de la psychiatrie - Relations avec les organisations de défense de la psychiatrie	**Bernard ODIER**	Association de Santé Mentale du 13e arrondissement – 75013 PARIS Tel. 01 40 77 44 53 begin_of_the_skype_highlighting odierbernard@wanadoo.fr
Rédacteur en Chef de la revue L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE	**Thierry TREMINE**	thierry.tremine@dbmail.com thierry.tremine@jle.com
Formation et DPC – Président ODPCPsy-AEFCP	**Guillaume CEZANNE - BERT**	CH Le Vinatier – 69677 BRON Guillaume.CEZANNE-BERT@ch-le-vinatier.fr
Financement de la psychiatrie – Statut du praticien	**Jean PAQUIS**	CH Montéran - SAINT-CLAUDE 97120 GUADELOUPE Jean.paquis@ch-monteran.fr
Statut du psychiatre en outremers	**Georges ONDE**	CH - 97866 SAINT-PAUL LA REUNION georges.onde@wanadoo.fr
Praticiens Temps partiel, relations avec le conseil de l'Ordre des médecins	**Catherine SAMUELIAN-MASSAT**	CH Ste Marguerite - 13274 MARSEILLE Tel. 04 91 38 70 90 begin_of_the_skype_highlighting catherine.massat@mail.ap-hm.fr
Secrétaire général de la Société de l'Information Psychiatrique – FMC DPC	**Stéphane HENRIETTE**	CH Le Vinatier - 69677 BRON cedex Stephane.henriette@ch-le-vinatier.fr
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	**Bertrand WELNIARZ**	CHS Ville Evrard, 93330 NEUILLY SUR MARNE b.welniarz@epsve.fr
Organisation des soins en psychiatrie	**Alain POURRAT**	CH Le Vinatier - 69677 BRON cedex alain.pourrat@ch-le-vinatier.fr
Organisations et relations au travail	**Jean-Marc CHABANNES**	APHM Hôpital de la Conception, 13005 MARSEILLE jean-marc.chabannes@ap-hm.fr
Exercice en ESPIC psychiatrie légale - Psychiatrie de l'adolescent	**Gérard SHADILI**	Institut Mutualiste Montsouris, 75014 PARIS ggpsy17@yahoo.fr
Organisation et défense syndicale	**Didier BOILLET**	CHS Ville Evrard, 93330 NEUILLY SUR MARNE d.boillet@epsve.fr
Statut, retraite et protection sociale des praticiens hospitaliers	**Denis DESANGES**	denisdesanges@voila.fr

CONSEILLERS NATIONAUX

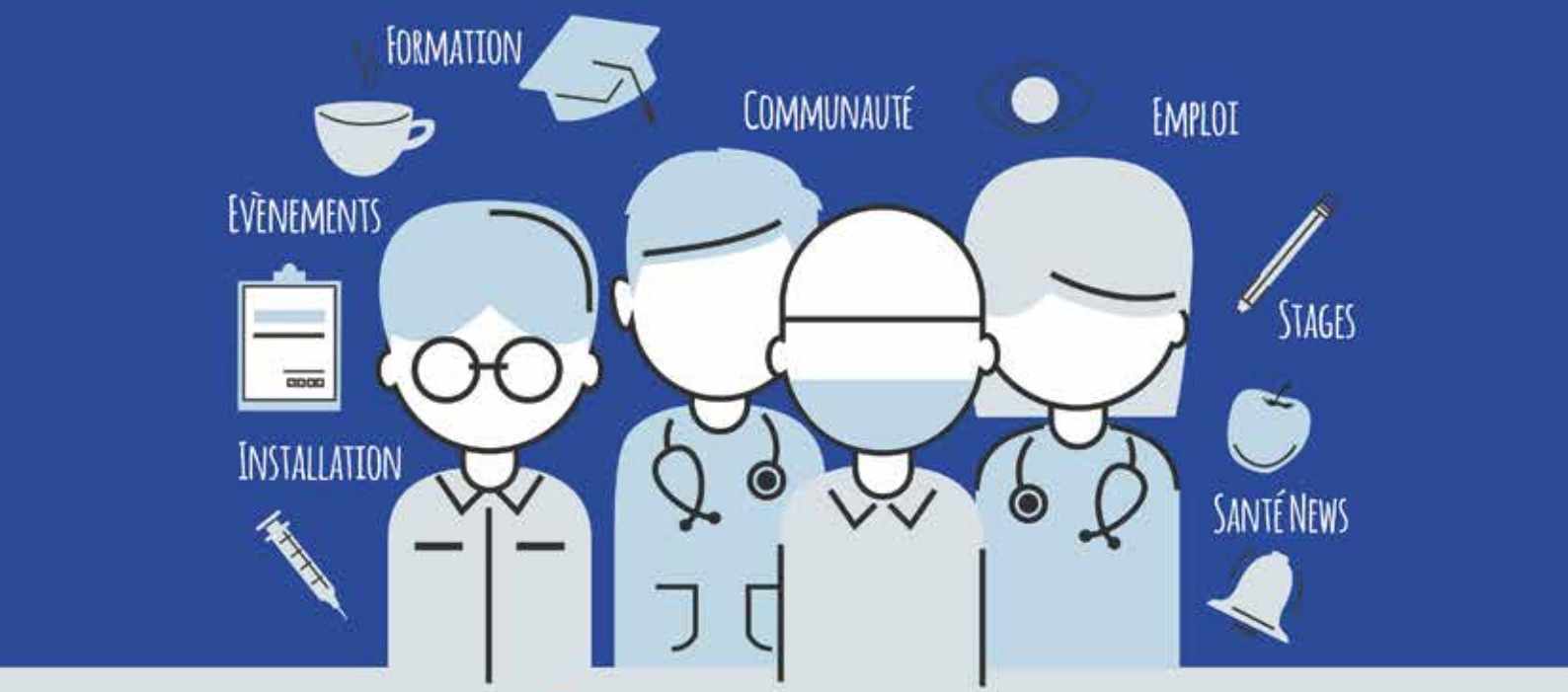
SECRETAIRES DEPARTEMENTAUX (IDF, Corse, DOM) SECRETAIRES D'ETABLISSEMENT 2017-2020

REGION ou DEPARTEMENT (IDF, CORSE, DOM)	FONCTION	NOM Prénom	ADRESSE	E MAIL
AUVERGNE-RHONE ALPES	C. REGIONAL TITULAIRE	**GRIGUER Jean-Louis**	CH DE VALMONT, 26760 MONTELEGER	jean-louis.griguer@orange.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**LEPETIT Alexis**	CH DES CHARPENNES, HOSPICES CIVILS DE LYON, 69100 VILLEURBANNE	alexis.lepetit@chu-lyon.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**PERRIN Blandine**	CH LE VINATIER, 69677 BRON	Blandine.perrin@ch-le-vinatier.fr
BOURGOGNE-FRANCHE COMTE	C. REGIONAL TITULAIRE	**BESSE Pierre**	CH LA CHARTREUSE, 21033 DIJON	pierre.besse@chlcdijon.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**BOSSI Arnaud**	CH ST REMY, 70160 ST REMY	arnobossi@yahoo.fr

BRETAGNE	C. REGIONAL TITULAIRE	**LESTREZ Laurent**	CH CHARCOT, 56954 CAUDAN	laurent.lestrez@ch-charcot56.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**PEDEN Soazic**	CHU, 29200 BREST	soazic.peden@chu-brest.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**BERGOT Brigitte**	CH, 29200 LANDERNEAU	brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**LE GUERN René**	FONDATION BON SAUVEUR, 22140 BEGARD	rleguern@fondationbonsauveur.fr
CORSE	C. REGIONAL TITULAIRE	**RAPTELET Jocelyne**	CH, 20604 BASTIA	jocelyne.raptelet@wanadoo.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT			
DOM-TOM				
GUADELOUPE	C. REGIONAL TITULAIRE	**EYNAUD Michel**	CH DE MONTERAN, 97120 ST CLAUDE	michel.EYNAUD@ch-monteran.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**TADIMI Allal**	CH DE MONTERAN, 97120 ST CLAUDE	alla278@yahoo.fr
	SECRETAIRE D'ETAB.	**SCHEIDER Frédéric**	CH MONTERAN, 97120 ST CLAUDE	Frederic.scheider@orange.fr
GUYANE	C. REGIONAL TITULAIRE		CAYENNE	yves.simchowitz@gmail.com
MARTINIQUE	C. REGIONAL TITULAIRE	**POTIE François**	CH DE COLSON, 97261 FORT DE FRANCE	potie.francois@wanadoo.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**GILLET Christel**	CH DE COLSON, 97261 FORT DE FRANCE	christel.gillet@laposte.net
	SECRETAIRE ETAB.	**URSULET Gilbert**	CHU, 97261 FORT DE FRANCE	gursulet@sasi.fr
REUNION -MAYOTTE	C. REGIONAL TITULAIRE	**TRON Patrick**	CH, 97866 ST PAUL	p.tron974@gmail.com
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**SWARTEBROECKX Myriam**		myriamsw@hotmail.com
	SECRETAIRE ETAB. (Réunion)	**BRYDEN Benjamin**		b.bryden@epsmr.org
	SECRETAIRE ETAB. (Mayotte)	**HERAUD.BARRAULT Marine**		marineheraud.barrault@gmail.com
GRAND EST	C. REGIONAL TITULAIRE Délégué régional	**PERRIER Edmond**	CH ALSACE NORD, 67170 BRUMATH	edmond.perrier@ch-epsan.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**LARUELLE François**	CPN, 54521 LAXOU,	francois.laruelle@cpn-laxou.com
	C. REGIONAL TITULAIRE	**FRUNTES Valeriu**	CHU, 51000 REIMS	vfruntes@chu-reims.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**TRIFFAUX Vivien**	CH ALSACE NORD, 67170 BRUMATH	vivien.triffaux@ch-epsan.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**NEU Philippe**	CH, LORQUIN	neup@ch-lorquin.fr
HAUTS DE FRANCE	C. REGIONAL TITULAIRE	**LEGRAND Eric**	CH PINEL, 80044 AMIENS	elegrand@ch-pinel.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**LE MARCHAND Jean-Michel**	EPSM DES FLANDRES, 59270 BAILLEUL	jean-michel.lemarchand@epsm-des-flandres.com
	C. REGIONAL TITULAIRE	**HUM Pierre**	EPSM AGGLO LILLOISE 59350 ST ANDRE	hum.pierre@neuf.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**HUYGHE Dominique**	EPSM, 02320 PREMONTRE	domhuyghe@me.com
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**SALOME Eric**	EPSM DES FLANDRE, 59270 BAILLEUL	esalome@wanadoo.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**LAUWERIER Laurent**	EPSM VAL-DE-LYS, 62350 SAINT-VENANT	llauwerier@epsm-stvenant.fr
ILE-DE-FRANCE				
PARIS (75)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	**PONS Cécile**	APHP	ponscecile@wanadoo.fr
	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	**KHIDICHIAN Frédéric**	HOPITAUX DE SAINT MAURICE, 94410 ST MAURICE	f.khidichian@hopitaux-st-maurice.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	**ESSAAFI Taoufik**	CH ESQUIROL, 94413 ST MAURICE	taoufikessaafi@gmail.com
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	**ROOS-WEIL Fabienne**	CH MAISON BLANCHE, 93330 NEUILLY SUR MARNE	fabrwl@wanadoo.fr

YVELINES (78)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	**VIALLE Christian**	CH THEOPHILE ROUSSEL, 78363 MONTESSON	c.vialle@th-roussel.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	**BRENOT Thierry**	CH THEOPHILE ROUSSEL, 78363 MONTESSON	t.brenot@th-roussel.fr
ESSONNE (91)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	**GHANEM Teim**	GH Nord-Essonne, CH ORSAY, 91440 BURES SUR YVETTE	t.ghanem@gh-nord-essonne.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	**SIXOU Jean**	CH BARTHEMY DURAND, 91152 ETAMPES	Jean.sixou@eps-etampes.fr
HAUTS DE SEINE (92)	SECRETAIRE DEP.	**BOUAZIZ Nora**	EPS ERASME, 92160 ANTONY	nora.bouaziz@eps-erasme.fr
SEINE ST DENIS (93)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	**FAVRE Pascal**	EPS DE VILLE-EVRARD, 93332 NEUILLY-SUR-MARNE	p.favre@epsve.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	**DAOUD Véronique**		v.daoud@epsve.fr
VAL DE MARNE (94)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	**PICHARD Valéri**	CH LES MURETS, 94520 LA QUEUE EN BRIE	vpichard@hotmail.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	**JUHEL Ann**	HOPITAUX DE ST MAURICE, 94410	annjuhel@wanadoo.fr
	SECRETAIRE ETAB.	**JEAN-FRANCOIS Paul**	CH PAUL GUIRAUD, 94806 VILLEJUIF	jopadan@aol.com
NOUVELLE AQUITAINE	C. REGIONAL TITULAIRE	**AYOUN Patrick**	CH CHARLES PERRENS, 33076 BORDEAUX	payoun@ch-perrens.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**ROUSSEAU Marie-José**	CH CAMILLE CLAUDEL, 16400 LA COURONNE	marie-jose.rousseau@ch-claudel.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**MOREAU Anne**	CH, 33410 CADILLAC	anne.moreau@ch-cadillac.fr
NORMANDIE	C. REGIONAL TITULAIRE	**JOUY Marc**	CH JAMET, 76600 LE HAVRE	marc.jouy@ch-havre.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**CANOVILLE Marie-France**		marie-france.canoville@fbs50.fr
OCCITANIE	C. REGIONAL TITULAIRE	**CALVET LEFEUVRE Jocelyne**	CH GERARD MARCHANT, 31057 TOULOUSE	jocelyne.calvet-lefeuvre@ch-marchant.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**VILAMOT Bernard**	CHS, 8100 ALBI	vilamotb@bonsauveuralby.fr
	SECRETAIRE ETAB.	**PASSERIEUX Dorothée**	CHU HOPITAL LA COLOMBIERE, 34295 MONTPELLIER	d-passerieux@chu-montpellier.fr
	SECRETAIRE ETAB.	**SULAIMAN Ahmad**	CH CAMILLE CLAUDEL, 34525 BEZIERS	agsulaiman@gmail.com
	SECRETAIRE ETAB.	**VIGNES Michel**	CHU, 31 TOULOUSE	vignes.michel@chu-toulouse.fr
	SECRETAIRE ETAB.	**MEZERAI Mustapha**	CH, 82000 MONTAUBAN	m.mezerai@laposte.net
	SECRETAIRE ETAB.	**PERROT Jean-Louis**	CHU, 30029 NIMES	jean.louis.PERROT@chu-nimes.fr
	SECRETAIRE ETAB.	**NASSIF Raphaël**	CH TOSQUELLES, 48120 SAINT-ALBAN	raphael.nassif@chft.fr
PAYS DE LA LOIRE	C. REGIONAL TITULAIRE	**BURGOS Vincent**	CH G. DAUMEZON, 44342 BOUGUENAIS	Vincent.Burgos@ch-gdaumezon.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**QUEZEDE Erwan**	CESAME, 49130 SAINTE GEMMES SUR LOIRE	equezede@meslin.biz
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**Dr YEBBAL Kahina**	CH G. DAUMEZON, 44342 BOUGUENAIS	kyebbal@yahoo.fr
REGION SUD	C. REGIONAL TITULAIRE	**BARRUT Blandine**	CHS MONTPERRIN, 13616 AIX EN PROVENCE	Blandine.barut@ch-montperrin.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	**DUAULT Marie-Thérèse**	CH EDOUARD TOULOUSE, 13917 MARSEILLE	duaultmt@yahoo.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**BRAS Maxence**	CHS VALVERT, 13011 MARSEILLE	maxencebras@gmail.com
	C. REGIONAL SUPPLEANT	**MORVILLE Véronique**	CH TOULON LA SEYNE, 83100 TOULON	Veronique.morville@ch-toulon.fr

Les Annonces de
Recrutement



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 · pôle emploi · UniHA · FEHAP

01 53 09 90 05 CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode