

# La LETTRE du

Numéro 20 - Septembre 2021



LE SYNDICAT DES  
**PSYCHIATRES**  
DES HÔPITAUX

ARTICLE 84

IRRESPONSABILITÉ PÉNALE

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT  
ET DE L'ADOLESCENT

ORGANISATION DES SOINS

LA RÉMUNÉRATION DES  
GARDES DES PRATICIENS

PLATE-FORME APH POUR UN  
SÉCUR DES OUTRE-MERS

# Sommaire

Présentation du Bureau national SPH 2021-2024	04
Organigramme conseillers SPH 2021-2024	05
Programme de l'Assemblée Générale du SPH	07
Enquête article 84	09
La psychiatrie lave plus blanc	11
Vadémécum communication du registre d'isolement et de contention	14
De l'irresponsabilité pénale	16
PEA, PA, PP et PPA ... et puis quoi encore ?	20
Propositions pour la réforme du financement de la psychiatrie : Quid de la psychiatrie infanto-juvénile ?	22
Recommandations de la mission IGAS sur les CMP 2021	24
Préconisations du rapport de la Cour des comptes 2021	25
La rémunération des gardes des praticiens	26
Plate-forme APH pour un Ségur des Outre-Mers	32
Programme des 39 <sup>ème</sup> journées SIP	36
Au risque d'être lu	40
Appel à cotisation SPH 2021	41

SPH - Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

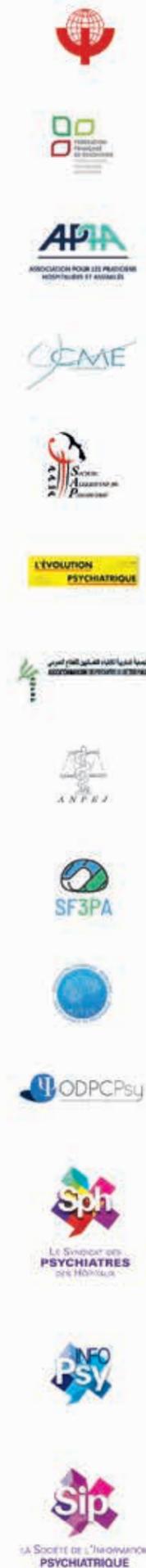
Président : Dr Marie-José Cortes  
 CH Le Vinatier - Pôle Ouest - 95 bd Pinel - BP 30039 - 69678 Bron cedex  
 Tél. : 04 37 91 52 21 - Courriel : secretariatsip2@gmail.com

#### Editeur et régie publicitaire

Réseau Pro Santé - M. Tabtab, Directeur  
 14, Rue Commines - 75003 Paris - Tél. : 01 53 09 90 05  
 E-mail : contact@reseauprosante.com - web : www.reseauprosante.fr

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.



# Médecine du CORPS / Médecine de l'ESPRIT

## 39<sup>es</sup> JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

# LA BAULE

PALAIS DES CONGRÈS ATLANTIA  
 7 > 9 OCTOBRE 2021

**VENDREDI 8 OCTOBRE À 21H**  
**SYMPOSIUM "Les 40 ans de L'APPA"**  
 Qualité de vie au travail et nouvelles technologies

**VENDREDI 8 OCTOBRE**  
**Soirée du Congrès**  
 Restaurant LE M à partir de 19h30

**Cafés Littéraires**  
 avec la librairie LAJARRIGE

**JEUDI 7 OCTOBRE**  
 de 16h à 16h30 Emmanuel VENET

**VENDREDI 8 OCTOBRE**  
 de 10h30 à 11h Claire LE MEN  
 de 16h à 16h30 Vanawine SYLVIERY



## Dr Marie-José CORTES Présidente

Vice-présidente de la CPH  
CH F. Quesnay - 1 rue Gounod  
78200 MANTES LA JOLIE  
cortesm@neuf.fr



## Dr Stéphane HENRIETTE Secrétaire général

CH de Saint Cyr au Mont d'Or  
Pôle 69G35 - Rue J.B. Perret  
69450 SAINT CYR AU MONT D'OR  
steph.henriette@gmail.com



## Dr Pierre-François GODET Trésorier

Centre Hospitalier Le Vinatier  
Pôle Ouest - Bâtiment 312 - BP 30039  
95 bd Pinel - 69678 BRON cedex  
pfgodet@gmail.com



## Pr Gisèle APTER Vice-présidente

Délégation : questions scientifiques,  
relations internationales et universitaires  
Présidente de la SIP  
Groupe Hospitalier du Havre - BP 24  
76083 LE HAVRE Cedex  
gisele.apter@gmail.com



## Dr Jean-Pierre SALVARELLI Vice-président

Délégation : organisation des soins, relations  
avec les conférences de PCME  
Représentant du SPH à la CPH et à APH  
CH de Saint Cyr au Mont d'Or  
Les Calades - Pôle 69G34 - CS 15045  
69450 SAINT CYR AU MONT D'OR  
jp.salvarelli@gmail.com

## Conseillers Nationaux et Invités permanents au Bureau National



### Dr Bernard ODIER

Conseiller National : Financement de la psychiatrie, relations  
avec les organisations de défense de la psychiatrie  
Président du CNPF, ancien président de la Fédération Française  
de Psychiatrie  
Centre Philippe Paumelle, ASM 13,  
11 rue Albert Bayet, 75013 PARIS  
odierbernard@wanadoo.fr



### Dr Georges ONDE

Conseiller National : Réhabilitation psycho-sociale, outremer, statut du  
praticien,  
Représentant du SPH à la CPH  
Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion  
42 chemin Grand Pourpier  
97866 Saint-Paul Cedex  
georges.onde@wanadoo.fr



### Dr Gérard SHADILI

Conseiller National : Exercice en ESPIC, psychiatrie légale, psychiatrie de  
l'adolescent et du jeune adulte  
Département de Psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune  
Institut Mutualiste Montsouris  
42 Boulevard Jourdan 75014 PARIS  
ggpsy17@yahoo.fr  
gerard.shadili@imm.fr



### Dr Bertrand WELNIARZ

Invité permanent au bureau national du SPH pour :  
psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, organisation des soins  
EPS de Ville-Evrard 202 Avenue Jean Jaurès  
93300 Neuilly-sur-Marne  
b.welniarz@epsve.fr



### Dr Thierry TREMINE

Invité permanent au bureau national du SPH en tant que rédacteur en  
chef de la revue l'information psychiatrique  
John Libbey Eurotext - Bat A  
30 rue Berthollet 94110 ARCUEIL  
thierry.tremine@jle.com

## Secrétaires Nationaux



### Dr Laure ANGLADETTE

Délégation : Questions scientifiques  
Secrétaire générale de la SIP  
Fondation Santé des Étudiants de France  
Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud  
5 rue Pasteur 95570 BOUFFEMONT  
laure.angladette@orange.fr



### Dr Marion AZOULAY

Délégation : Relations avec les psychiatres en début de carrière,  
statut du praticien  
SMPR Paris la Santé  
GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences  
1 rue Cabanis 75014 PARIS  
marion.azoulay13@gmail.com



### Dr Guillaume CEZANNE-BERT

Délégation : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, organisation  
des soins  
Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu  
290, route de Vienne BP 8252  
69355 LYON Cedex 08  
guillaums.cezanne-bert@arhm.fr



### Dr Pascal FAVRE

Délégation : Réhabilitation psycho-sociale, psychiatrie de  
l'adolescent et du jeune adulte, financement de la psychiatrie,  
communication syndicale.  
Chef de pôle 93G16  
EPS Ville-Evrard  
202 avenue Jean Jaurès  
93330 NEUILLY SUR MARNE  
p.favre@epsve.fr



### Dr Paul JEAN-FRANCOIS

Délégation : Expertise et psychiatrie légale, liens psychiatrie-justice  
Groupe hospitalier Paul Guiraud  
54, avenue de la République  
94800 VILLEJUIF  
paul.jeanfrancois@gh-paiguiraud.fr  
jopadan@aol.com



### Dr François LARUELLE

Délégation : Psychiatrie de liaison,  
statut du praticien, financement de la psychiatrie, articulation  
national-régional  
Secrétariat unité 6  
Centre Psychothérapique de NANCY  
1 rue du Dr Archambault BP 11010  
54521 LAXOU  
francois.laruelle@cpn-laxou.com



### Dr Bertrand LAVOISY

Délégation : Communication, site web, congrès  
EPSM Lille Métropole  
104 Rue du Général Leclerc 59280 Armentières  
blavoisy@me.com



### Dr Alexis LEPETIT

Délégation : Psychiatrie de la personne âgée, statut du praticien,  
communication, relations avec les psychiatres en début de carrière  
Equipe mobile Maladie D'Alzheimer  
Hôpital des Charpennes  
27 rue Gabriel Péri 69100 VILLEURBANNE  
alexis.lepetit@chu-lyon.fr



### Dr Jean PAQUIS

Délégation : Financement de la psychiatrie, statut du praticien  
EPSM de la Guadeloupe  
Premier Plateau  
97120 SAINT CLAUDE  
jean.paquis@epsm-guadeloupe.fr  
jean.paquis@gmail.com



### Dr Soazic PEDEN

Délégation : Psychiatrie légale, droit et psychiatrie  
Représentante du SPH à la CPH  
SHUPEA  
Hôpital de Bohars  
Route de Ploudalmézeau BP 17  
29820 BOHARS  
soazic.peden@chu-brest.fr



### Dr Anne-Sophie PERNEL

Délégation : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, organisation  
des soins  
Représentante du SPH à la Fédération Française de Psychiatrie  
Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME)  
Sto Gemmes-sur-Loire - BP 50089  
49137 LES PONTS DE CE cedex  
anne-sophie.pernel@ch-cesame-angers.fr

## CONSEILLERS RÉGIONAUX SECRÉTAIRES DÉPARTEMENTAUX (IDF, Corse, DOM) SECRÉTAIRES D'ÉTABLISSEMENT 2021-2024

RÉGION OU DEPARTEMENT	FUNCTION	NOM PRÉNOM	ADRESSE	E MAIL
AUVERGNE RHÔNE-ALPES	C. REGIONAL TITULAIRE	PERRIN Blandine	CH St Cyr au Mont d'Or 69450	bperrin@ch-st-cyr69.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	GRIGUER Jean-Louis	CH DE VALMONT, 26760 MONTELEGE	jean-louis.griguer@orange.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	GELAS-AMPLE Bernadette	CH Le Vinatier 69500 Bron	bernadette.gelas-ample@ch-le-vinatier.fr
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ	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	DEJEAN Yasmina	Hôpital de La Cavale Blanche 29200 BREST	yasmina.dejean-mazouni@chu-brest.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	BERGOT Brigitte	CH, 29200 LANDERNEAU	brigitte.bergot@hopital-landerneau.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	LE GUERN René	FONDATION BON SAUVEUR, 22140 BEGARD	rieguern@fondationbonsauveur.fr
CENTRE VAL-DE-LOIRE	C. REGIONAL TITULAIRE			
CORSE	C. REGIONAL TITULAIRE			
	C. REGIONAL SUPPLEANT			
DOM				
GUADELOUPE	C. REGIONAL TITULAIRE	TADIMI Allal	CH DE MONTERAN, 97120 ST CLAUDE	alla278@yahoo.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	EYNAUD Michel	CH DE MONTERAN, 97120 ST CLAUDE	michel.eynaud@epsm-guadeloupe.fr
GUYANE	C. REGIONAL TITULAIRE			
MARTINIQUE	C. REGIONAL TITULAIRE	URSULET Gilbert	CHU, 97261 FORT DE FRANCE	gursulet@sasi.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT			
RÉUNION - MAYOTTE	C. REGIONAL TITULAIRE	TRON Patrick	CH, 97866 ST PAUL	p.tron974@gmail.com
	C. REGIONAL SUPPLEANT	SWARTEBROECKX Myriam		myriamsw@hotmail.com
GRAND EST	C. REGIONAL TITULAIRE	PERRIER Edmond	CH ALSACE NORD, 67170 BRUMATH	edmond.perrier@ch-epsan.fr
	Délégué régional			
	C. REGIONAL TITULAIRE	EVARD Emmanuelle	CH RAVENEL - Lorraine	evardemmanuelle@aol.com
	C. REGIONAL TITULAIRE	FRUNTES Valeriu	CHU, 51000 REIMS (champagne ardenne)	vfruntes@chu-reims.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	MACZYTA Eric	Champagne-Ardenne, EPSM Brienne-Le-Chateau	ericmaczyta@sfr.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	PAPUC Crina	Lorraine, CP Nancy	crina.papuc@cpn-laxou.com
	C. REGIONAL SUPPLEANT	TRIFFAUX Vivien	CH ALSACE NORD, 67170 BRUMATH	vivien.triffaux@ch-epsan.fr
	SECRETARE ETAB	DECKER Michel	CH Jury-les-Metz	michel.decker@ch-jury.fr
	SECRETARE ETAB	FRANCOIS Yannick	CH Erstein	yant@free.fr
	SECRETARE ETAB	WEIBEL Hubert	CHG MULHOUSE	weibelh@ghrmsa.fr
SECRETARE ETAB	Emmanuelle EVRARD	CH Ravenel	evardemmanuelle@aol.com	
SECRETARE ETAB	TRIFFAUX -GHESQUIERES Aude	EPSAN (Brumath)	aude.triffaux-ghesquieres@ch-epsan.fr	
SECRETARE ETAB	LARUELLE François	CPN Nancy	Francois.laruelle@cpn-laxou.com	
HAUTS-DE-FRANCE	C. REGIONAL TITULAIRE	DOUTRIAUX Didier	CH FOURMIES 59611	didier.doutriaux@gmail.com
	C. REGIONAL TITULAIRE	SALOME Eric	EPSM DES FLANDRE, 59270 BAILLEUL	esalome@wanadoo.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	HUYGHE Dominique	EPSM, 02320 PREMONTRE	domhuyghe@me.com
	C. REGIONAL SUPPLEANT	LAUWERIER Laurent	EPSM VAL-DE-LYS, 62350 SAINT-VENANT	llauwerier@epsm-stvenant.fr
ÎLE-DE-FRANCE				
PARIS (75)	SECRETARE DEP. TITULAIRE	CANCEIL Olivier	HOPITAUX DE SAINT MAURICE, 94410 ST MAURICE	Olivier.canceil@ght94n.fr
	SECRETARE DEP. TITULAIRE	KHIDICHIAN Frédéric	HOPITAUX DE SAINT MAURICE, 94410 ST MAURICE	f.khidichian@hopitaux-st-maurice.fr
	SECRETARE DEP. SUPPLEANT	ESSAAFI Taoufik	HOPITAUX DE SAINT MAURICE, 94410 ST MAURICE	taoufikessaafi@gmail.com
	SECRETARE DEP. SUPPLEANT	MEDOUZE Frédéric	HOPITAUX DE SAINT MAURICE, 94410 ST MAURICE	Frederic.medouze@ght94n.fr



RÉGION OU DEPARTEMENT	FONCTION	NOM PRÉNOM	ADRESSE	E MAIL
SEINE ET MARNE (77)	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT			
YVELINES (78)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	BRENOT Thierry	CH THEOPHILE ROUSSEL, 78363 MONTESSON	t.brenot@th-rousseau.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT			
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
	SECRETAIRE ETAB.	GROHENS Marc	CH SUD FRANCILIEN 91106 CORBEIL-ESSONNES	marcgrohens@gmail.com
HAUTS DE SEINE (92)	SECRETAIRE DEP.			
SEINE ST DENIS (93)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	MARSAULT Benoit	E.P.S. de VILLE EVRARD	b.marsault@epsve.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT			
VAL DE MARNE (94)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	JUHEL Ann	HOPITAUX DE ST MAURICE, 94410	annjuhel@wanadoo.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	SIMON Guillaume	CH LES MURETS, 94510 LA QUEUE EN BRIE	simon.guillaume@gmail.com
VAL D'OISE (95)	SECRETAIRE DEP. TITULAIRE	DELAPORTE Jean-François	CH 95500 GONESSE	jfdelaporte@orange.fr
	SECRETAIRE DEP. SUPPLEANT	ANGLADETTE Laure	CENTRE J. ARNAUD 95570 BOUFFEMONT	Laure.angladette@orange.fr
	SECRETAIRE ETAB.	BARRETEAU Sylvie	EPS ROGER PREVOT 95570 MOISSELLES	sylvie.barreteau@eps-rogerprevot.fr
	SECRETAIRE ETAB.	HUPPERT Thomas	CH 95107 ARGENTEUIL	Thomas.huppert@ch-argenteuil.fr
	SECRETAIRE ETAB.	LAPARRE Bernard	HOPITAL SIMONE VEIL 95 600 EAU BONNE	Bernard.laparre@ch-simoneveil.fr
NOUVELLE AQUITAINE	C. REGIONAL TITULAIRE	AYOUN Patrick	CH CHARLES PERRENS, 33076 BORDEAUX	payoun@ch-perrens.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	AMEDRO Stéphanie	CH CHARLES PERRENS 33076 BORDEAUX	samedro@ch-perrens.fr
	SECRETAIRE ETAB.	GOGNAU Jean-Pierre	CH LA CANDELIE 47916 AGEN	jean-pierre.gognau@ch-candelie.fr
	SECRETAIRE ETAB.	MOREAU Anne	CH, 33410 CADILLAC	anne.moreau@ch-cadillac.fr
NORMANDIE	C. REGIONAL TITULAIRE			
	C. REGIONAL SUPPLEANT			
OCCITANIE	C. REGIONAL TITULAIRE	CALVET LEFEUVRE Jocelyne	CH GERARD MARCHANT, 31057 TOULOUSE	jocelyne.calvet-lefeuvre@ch-marchant.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	PASSERIEUX Dorothée	CHU HOPITAL LA COLOMBIERE, 34295 MONTPELLIER	d-passerieux@chu-montpellier.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	MEZERAI Mustapha	CH, 82000 MONTAUBAN	m.mezerai@laposte.net
	C. REGIONAL SUPPLEANT	MOULIS Jean-Luc	CHU HOPITAL LA COLOMBIERE, 34295	j-moulis@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.	PERROT Jean-Louis	CHU, 30029 NIMES	jeanlouisperrot30@hotmail.com
PAYS DE LA LOIRE	C. REGIONAL TITULAIRE	BURGOS Vincent	CH G. DAUMEZON, 44342 BOUGUENAIS	Vincent.Burgos@ch-gdaumezon.fr
	C. REGIONAL SUPPLEANT	YEBBAL Kahina	CH G. DAUMEZON, 44342 BOUGUENAIS	kyebbal@yahoo.fr
REGION SUD - PACA	C. REGIONAL TITULAIRE	BARUT Blandine	CHS MONTERRIN, 13616 AIX EN PROVENCE	Blandine.barut@ch-montperrin.fr
	C. REGIONAL TITULAIRE	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

## Mardi 5 au vendredi 8 octobre 2021 Palais des Congrès Atlantia LA BAULE

Chère Collègue, Cher Collègue,

Après une crise sanitaire d'une ampleur rare, et donc la tenue de notre assemblée générale en distanciel l'an dernier, c'est avec grand plaisir que nous espérons pouvoir vous revoir pour élaborer ensemble les positions de notre syndicat.

Après le Ségur, quelles avancées réelles sur le terrain, en termes d'attractivité médicale notamment ? Quel impact de l'article 84 dans nos hôpitaux ? Quelles perspectives concernant la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ? Quelle évolution à venir pour l'irresponsabilité pénale ? Différentes réformes se préparent également, celles du financement, du régime des autorisations, ou

encore la maquette de l'internat. Il nous faut donc réfléchir collectivement et travailler les positions à venir du SPH.

Votre syndicat vous invite à La Baule, du mardi 5 au vendredi 8 octobre 2021, pour participer aux travaux de son Assemblée Générale :

- Le mercredi 6 octobre, le vote des motions, qui seront issues de nos travaux, déterminera nos positions syndicales.
- Les tables rondes professionnelles viendront compléter le programme les jeudi 7 et vendredi 8 octobre.

Nous sommes ravis de pouvoir vous retrouver et comptons sur votre présence.

Syndicalement,  
**Marie-José Cortes**, présidente  
**Stéphane Henriette**, secrétaire général  
Pour le bureau du SPH

### MARDI 5 OCTOBRE 2021 17h - Salle FEDRUN - Niveau 1 OUVERTURE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

- Compte-rendu de mandat de la présidente, **Marie-José CORTES**
- Rapport moral du secrétaire général, **Stéphane HENRIETTE**
- Votes
- Rapport du trésorier, **Pierre-François GODET**
- L'information psychiatrique : état des lieux par **Thierry TRÉMINE**

### 20h - VERRIERE LES EVENS - Niveau 2 COCKTAIL D'ACCUEIL

### MERCREDI 6 OCTOBRE 2021 9h > 10h30 - Niveau 1 ATELIERS SYNDICAUX

- **Atelier 1** : Statuts, représentation syndicale : **Alexis LEPETIT, Jean-François CIBIEN, Jacques TREVIDIC**
- **Atelier 2** : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : **Laure ANGLADETTE, Gisèle APTER, Guillaume CEZANNE-BERT, Anne-Sophie PERNEL, Fabienne ROOS-WEIL, Bertrand WELNIARZ**
- **Atelier 3** : Article 84, retour de la consultation en ligne : **Marion AZOULAY, Soazic PEDEN**

- 11h > 12h30 : **Ateliers syndicaux (suite)**
- **Atelier 4** : Statuts, représentation syndicale : **Marion AZOULAY, Jean-François CIBIEN, Jacques TREVIDIC**

- **Atelier 5** : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : **Laure ANGLADETTE, Gisèle APTER, Anne-Sophie PERNEL, Fabienne ROOS-WEIL, Bertrand WELNIARZ**
- **Atelier 6** : L'état dangereux : **Blandine BARUT, Guillaume CEZANNE-BERT, Paul JEAN-FRANCOIS**

### 14h30 > 17h30 - Salle FEDRUN - Niveau 1 VOTE DES MOTIONS

20h - Restaurant Les Canetons  
**SOIRÉE SYNDICALE**  
(Inscription préalable indispensable - formulaire au dos)

### JEUDI 7 OCTOBRE 2021 16h30 > 18h30 - Salle Pierre SASTRE - NIVEAU 2 TABLE RONDE PROFESSIONNELLE :

- organisation des parcours de soins
- **1<sup>ère</sup> partie**, présidée par **Jean-Pierre SALVARELLI**  
Financement de la psychiatrie : **Bernard ODIER (SPH), Bertrand WELNIARZ (SPH)**
- **2<sup>e</sup> partie**, présidée par **Marie-José CORTES**  
Place de la psychiatrie dans les CPT et la mise en place des PTSM : **Radoine HAOUI**, Groupe Opérationnel de Psychiatrie (sous réserve), **Alexandre MOKEDE**, FHF (sous réserve), **Christian MULLER**, Conférence PCME CHS, **Zaynab RIET**, FHF (sous réserve), **Christophe SCHMITT**, Conférence PCME CHS

### VENREDI 8 OCTOBRE 2021 9h > 10h30 - Salle Pierre SASTRE - NIVEAU 2 TABLE RONDE PROFESSIONNELLE

Quel avenir pour l'irresponsabilité pénale des malades présentant des troubles psychiques ?  
Présidée par **Paul JEAN-FRANCOIS**  
**Serge PORTELLI**, Avocat et **Thierry AZEMA**, Magistrat

### 14h30 > 16h - Salle Pierre SASTRE - NIVEAU 2 TABLE RONDE PROFESSIONNELLE

Article 84 : que fait-on quand on ne peut pas appliquer la loi ?  
Présidée par **Paul JEAN-FRANCOIS**  
**Marilyse BRARD**, Juge des libertés et de la détention et **Dominique SIMONNOT**, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (sous réserve)

**Soirée syndicale** : La participation à la soirée syndicale du mercredi nécessite pour des raisons logistiques votre inscription préalable pour 10 euros.  
Si vous ne pouvez pas participer au vote des motions, vous pouvez vous faire représenter par une procuration donnée à tout autre syndiqué à jour de cotisation.

Cette année notre **SOIRÉE SYNDICALE** se déroule  
le **MERCREDI 6 OCTOBRE 2021 à 20 H**  
Restaurant Les Canetons (Restaurant Plage)  
Au 37 esplanade François André côté plage - La Baule



Le repas sera précédé d'un **APÉRITIF À 19 H 30**  
et suivi d'une **SOIRÉE DANSANTE AVEC DJ !**

**L'inscription préalable à la soirée syndicale  
est obligatoire, une participation  
de 10€ est demandée.**

## BULLETIN D'INSCRIPTION

à renvoyer **IMPERATIVEMENT AVANT L'ASSEMBLEE GENERALE :**

Dr P.-F. GODET, Trésorier SPH : CH Le Vinatier – Pôle Ouest- Bâtiment 312- 95 bd Pinel - BP 30039 - 69678 Bron Cedex

Nom, Prénom : ..... assistera

**à la soirée syndicale du SPH le mercredi 6 octobre 2021**

Nombre de membre(s) du SPH : ..... x 10€

Préciser Nom(s) Prénom(s) : .....

Nombre d'invités (non adhérents SPH) : ..... x 50€

Préciser NOM(S) Prénom(s) : .....

Soit un total de : ..... €

**Chèque libellé à l'ordre du SPH** à renvoyer avec le bulletin d'inscription

**au cocktail dînatoire d'accueil le mardi 5 octobre 2021 à 20h** au Palais des Congrès - Niveau 2 – Verrière Les Evens

**Le cocktail d'accueil du mardi soir est gratuit, mais l'inscription préalable est également obligatoire**

Renseignements : **Aicha RAMDANI** au **04 37 91 52 21** ou **secretariatSIP2@gmail.com**

# ENQUÊTE ARTICLE 84

Soazic PEDEN, Guillaume CEZANNE-BERT, François LARUELLE

La réforme législative encadrant l'isolement et la contention de nos patients provoque inquiétudes et débats.

Constatant que le législateur n'a tenu aucun compte des avis et des inquiétudes exprimées, le 22 mai dernier, le SPH a lancé une consultation nationale en ligne, adressée aux psychiatres. Ce questionnaire demande aux médecins psychiatres leur avis clinique personnel sur les modalités de mise en œuvre de l'article 84 et leur faisabilité sur le terrain.

Au 3 juin, 655 psychiatres ont répondu, dont 1/4 sont syndiqués au SPH. Leur origine couvre l'ensemble du territoire national, l'ensemble des types d'établissements (CH, EPSM, ESPIC, CHU).

Le questionnaire met en évidence la grande hétérogénéité des pratiques et des établissements : une centaine de praticiens signalent qu'ils exercent dans un établissement ne disposant pas de service fermé, plus de trois cents praticiens signalent qu'ils ne disposent pas d'espace d'apaisement, plus de 200 praticiens signalent qu'ils ne disposent pas de chambre avec lit de contention dédiée. Si peu de praticiens (22) signalent qu'ils ne disposent pas de chambre d'isolement dédiée..., 46 % des praticiens disent qu'ils pratiquent aussi l'isolement en chambre non dédiée, le nombre de chambre d'isolement dédiée variant de 0 à plus de 10 selon les établissements. Le nombre de patients isolés en moyenne par jour sur un établissement est lui aussi très variable. Les conditions d'isolement des mineurs sont souvent méconnues. Le nombre de praticiens participant à la permanence médicale varie de moins de cinq à plus de 50 et les établissements font parfois appel à des intérimaires ou d'anciens psychiatres de l'établissement devenus libéraux.

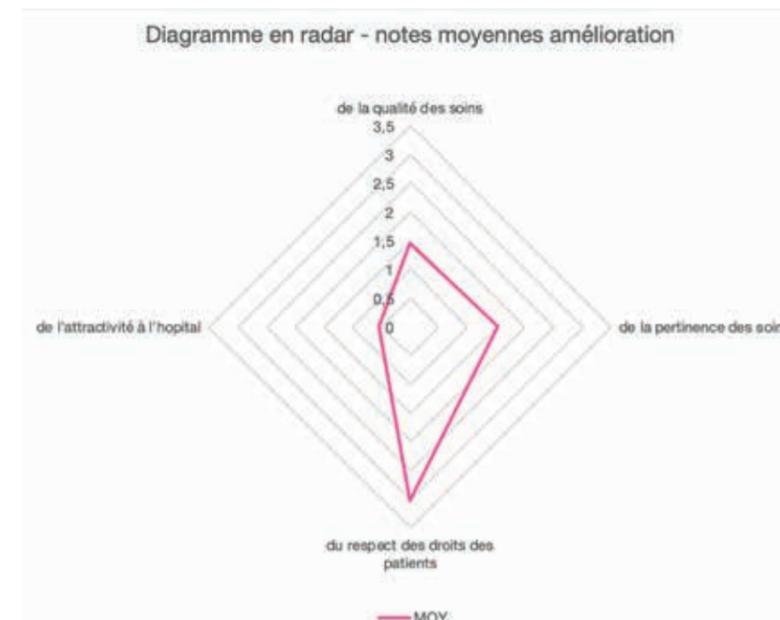
Si quelques praticiens (48) disent que leur établissement a pu appliquer l'article 84 en totalité dès le 1<sup>er</sup> janvier, dans la majeure partie des cas, il n'est appliqué que partiellement ou pas du tout. 57 % des psychiatres interrogés

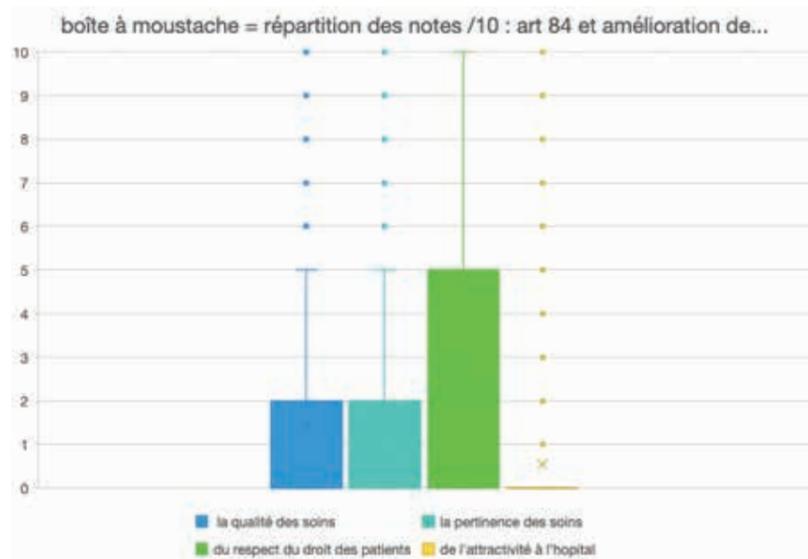


indiquent que le délai des 12h maximum pour le renouvellement ne peut en général pas être respecté. Une réorganisation particulière de la permanence médicale doit être mise en place, et les praticiens alertent sur les répercussions sur les activités de soin ambulatoire et dans les services, et la fuite à venir des praticiens de l'hôpital public si de telles mesures sont prises sans concertation avec les professionnels, au

mépris des nécessités cliniques, des moyens humains, informatiques et architecturaux.

Ainsi, interrogés sur leur appréciation si l'article 84 et son décret d'application leur semble participer à l'amélioration de la qualité des soins, de la pertinence des soins, du respect des droits des patients, de l'attractivité à l'hôpital, les notes moyennes obtenues sur 10 se situent respectivement <2, <2, à 3, et 0,5 !





Bien que parfois réticents au départ, s'interrogeant sur la judiciarisation de la psychiatrie comme gage d'amélioration des pratiques, ou demandant à s'appuyer plutôt sur les recommandations HAS, comme guidelines de leurs pratiques de soins, les médecins psychiatres français, dans leur majorité, reconnaissent la nécessité de solliciter le JLD pour contrôler les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie.

Les collègues psychiatres précisent pour autant qu'il n'est pas possible d'envisager une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, y compris pour les mesures d'isolement et de contention :

- ◆ avec un tel alourdissement des contraintes administratives ;
- ◆ avec une pratique qui fragilise la relation médecin-malade par la transmission de données de santé ou sur des soins, pouvant faire l'objet de stigmatisation, sans précaution ;
- ◆ et en l'absence de moyens financiers et humains définis pour ces tâches.

Les alternatives aux mesures d'isolement et de contention reposent aussi sur des mesures alternatives à l'hospitalisation, en contradiction avec la nécessité de réaffecter des moyens sur l'intra-hospitalier, devant l'absence d'augmentation des DAF pour répondre au cadre législatif. En développant des lignes de gardes et d'astreintes supplémentaires pour répondre aux rythmes de réévaluation clinique, et multipliant ainsi les nécessités de la permanence des soins, c'est l'élaboration des soins qui est mise à mal !

La loi reflète une méconnaissance de la pratique psychiatrique, notamment de son travail en équipe. Les collègues psychiatres soulignent l'intérêt de mobiliser et reconnaître le travail, le rôle et la qualité de l'infirmier, d'être attentif à leur formation, pour participer et aux soins et à l'évaluation de l'isolement et de la contention. Ils demandent de réfléchir aux modalités de réévaluation et pas exclusivement aux durées.

Les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie doivent être engagés et concernés par cette démarche visant à apporter un cadre sécurisé pour le patient, avec des conditions architecturales et de dignité des soins en isolement et contention qui doivent être respectées, portées conjointement avec les administrations et les directions, avec un travail régulier avec les familles qui ne peut se soutenir seulement d'échanges d'informations par mails, et jusqu'à une mobilisation effective des pouvoirs publics qui ne peuvent se contenter d'injonctions.

Il est même déploré dans certains établissements que les logiciels des dossiers patients ne respectent pas les termes de la loi, voire compliquent la traçabilité dans les dossiers des réévaluations nécessaires !

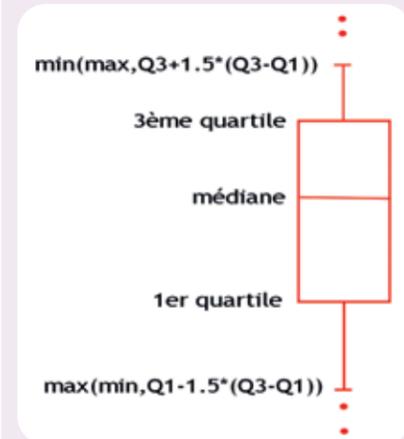
Certaines situations pour des patients mineurs peuvent aussi nécessiter un isolement, voire une contention, et il faut pouvoir informer les parents, ne pas reléguer dans l'ombre, voire dans la clandestinité ces pratiques, réfléchir aux pratiques d'isolement et de contention pour le patient mineur.

L'article 84 ayant été invalidé par le conseil constitutionnel, il est urgent que les professionnels soient associés à sa réécriture ! Il est aussi urgent que les pouvoirs publics attribuent les moyens nécessaires pour des soins hospitaliers et ambulatoires qui participeront aussi à la réduction des isolements et contentions et au respect des droits des patients.

La réécriture d'un texte sur les pratiques d'isolement et de contention impose la concertation de tous ses acteurs. Le SPH lance un groupe de travail.

### Comment est construit un box-plot

Un box-plot est un graphique simple composé d'un rectangle duquel deux droites sortent afin de représenter certains éléments des données.



- ◆ La valeur centrale du graphique est la médiane (il existe autant de valeurs supérieures qu'inférieures à cette valeur dans l'échantillon).
- ◆ Les bords du rectangle sont les quartiles (Pour le bord inférieur, un quart des observations ont des valeurs plus petites et trois quart ont des valeurs plus grandes, le bord supérieur suit le même raisonnement).
- ◆ Les extrémités des moustaches sont calculées en utilisant 1.5 fois l'espace interquartile (la distance entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> quartile).

On peut remarquer que 50 % des observations se trouvent à l'intérieur de la boîte.

Les valeurs à l'extérieur des moustaches sont représentées par des points. On ne peut pas dire que si une observation est à l'extérieur des moustaches qu'alors elle est une valeur aberrante. Par contre, cela indique qu'il faut étudier plus en détail cette observation.

# LA PSYCHIATRIE LAVE PLUS BLANC

Pierre-François GODET, Psychiatre de service public, Trésorier du SPH

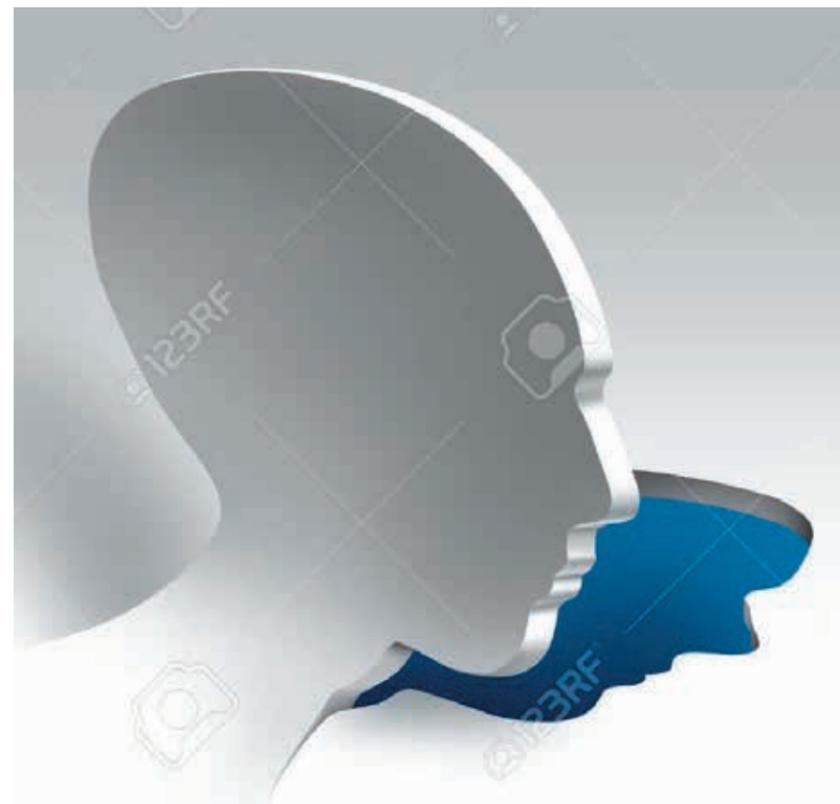
Nous y sommes ! Grâce à l'article 84 suscité, corrigé, revisité, censuré et enfin libéré, la psychiatrie lavera plus blanc.

Résumons les épisodes précédents. Le psychiatre peut priver de liberté son patient en le contraignant à l'hospitalisation. Certes pour son bien. Le SPH ne s'est jamais caché derrière son petit doigt : tout en assumant la dimension parfois obligée du soin, sans jamais ériger le psychiatre en garde-chiourme, le syndicat a soutenu le contrôle judiciaire de cette privation de liberté. Et ceci de longue date, bien avant la promulgation de la loi de 2011.

Nous avons ensuite mesuré combien la pensée juridique n'est pas la pensée clinique. Le fait clinique ne se superpose pas à l'élément matériel du juge. L'argument diagnostique du psychiatre n'est pas l'élément légal du texte de loi. L'élément intentionnel du clinicien n'est pas l'élément intentionnel de la faute qui pourra lui être reprochée. Mais nous avons serré les rangs, et nous avons appris à clarifier pour le juge l'usage thérapeutique du non-consentement.

L'isolement était-il le dernier carré, la part laissée dans l'ombre par la loi de 2011 ? Reconnaissons le parallélisme des formes : l'isolement étant rarement consenti, dans une logique républicaine - celle de l'état de droit - il était normal que l'isolement soit contrôlé.

Concernant la privation de liberté, l'ordre judiciaire et l'ordre clinique pouvaient encore tomber d'accord sur des formes partagées de langage. Le gardé à vue ou le détenu restent privés de liberté car des éléments matériels de leurs conduites coïncident avec un élément légal du droit. Le patient soigné sans consentement reste en établissement hospitalier car le psychiatre fournit au juge des éléments cliniques actualisés, opposables et argumentés. Tant que le fait clinique justificatif persiste, la privation peut se poursuivre.



Or le malade mental ne l'est pas à temps plein ni complètement. Et tout une part de notre travail consiste précisément à trouver, susciter, ramener, conforter sa part de raison. Et à un moment donné, avec son expérience, sa connaissance et son humanité, le clinicien perçoit ce moment de bascule qui lui fait proposer la sortie du patient. Avec une part de risque, toujours. Car à soigner sans risque, on risque de ne plus soigner.

Ainsi, dans le contrôle des soins sans consentement, la subtilité clinique s'est accommodée de la rigueur juridique. Et réciproquement, pour ne fâcher personne.

Mais lors du contrôle judiciaire de l'isolement en psychiatrie, la logique clinique et la logique judiciaire s'inscrivent cette fois dans des logiques bien différentes l'une de l'autre.

En effet, l'isolement est défini comme une méthode mise en œuvre en dernier recours. Sur le papier, ou la main sur le cœur, il est également normal d'affirmer que l'isolement est une décision de dernier recours : ceci implique que l'isolement se décide lorsque tout a été essayé en amont avant d'en arriver à cette extrémité, et qu'après cela, il n'y a plus d'autre solution.

(Oui, j'ai bien écrit *la main sur le cœur*. Je dois en effet à l'article 84 d'avoir enfin compris le point commun entre l'humour et la mise en isolement : on peut tout dire sur l'isolement, mais pas avec tout le monde ! Car les Tartuffe de toutes écoles font légion en la matière. « *Moi m'ôssieur, je ne pratique pas l'isolement ! – Mes félicitations, collègue, et que faites-vous donc ? – De l'éducation thérapeutique en*

consultation ambulatoire. — Vous voulez dire de l'éducation thérapeutique exclusive ? — En fait, non, exclusivement de l'éducation thérapeutique... ». Quant aux petits Pinel — les anciens comme les nouveaux — brisant les chaînes de leurs patients, on aimerait qu'ils reconnaissent de temps en temps que le « sale boulot » se fait ailleurs, parfois aux portes de leur service. Et aucune raison non plus d'oublier les chantres de la bonne pratique, de la bonne écoute, du bon traitement, etc., dont on ne comprend toujours pas pourquoi dans leur service les patients sont isolés plus souvent et plus longtemps qu'ailleurs. Je ferme la parenthèse, avant qu'elle ne se referme sur moi.)

A contrôler une décision de derniers recours, il était inévitable que l'ordre judiciaire — par la voix de son instance supérieure — exige du droit le moyen de vérifier à tout moment qu'il s'agit effectivement d'un dernier recours. En termes de principes, peu importe qu'il s'agisse d'un contrôle toutes les n heures ou les n jours : si une mesure de dernier recours se poursuit, le juge devra périodiquement contrôler que les conditions du dernier recours sont juridiquement vérifiables et toujours constituées.

Le parallélisme formel entre privation judiciaire de liberté et isolement pour motif psychiatrique devient ici caduc. Le droit limite et encadre la durée des gardes à vue ou des peines privatives, car il y a toujours un après. Le gardé à vue sort soit libre, soit détenu. L'emprisonné finit par sortir de prison. Il est mis fin à ce dernier recours que sont la garde à vue ou la prison sur la base d'un texte de loi. Or si la loi peut et doit contrôler la mesure d'isolement, il n'existe et n'existera jamais aucun texte de loi qui permette de définir a priori le temps pendant lequel un patient devra rester isolé. L'isolement est toujours une peine pour le patient, et l'isolement est toujours une privation de liberté ; mais l'isolement ne sera jamais une peine privative de liberté au sens du code pénal.

On ajoutera que la peine privative de liberté est indépendante de l'état personnel du prévenu ou du condamné lorsqu'elle arrive à péremption. La situation est diamétralement opposée pour l'isolement psychiatrique. Car la levée de l'isolement est déterminée par l'état actuel du patient. Or,

un patient isolé en dernier recours peut, pendant son isolement, se présenter apaisé par moment, apparemment départi de l'agitation et de l'agressivité qui ont motivé cet isolement ; puis s'agiter de nouveau, rattrapé par ses démons. L'isoler sans le sédaté serait inhumain. La sédation nécessite aussi un délai d'action. Trop le sédaté serait abusif. Autant il est simple de constater à un instant précis si un patient s'agit ou menace, autant il est difficile d'affirmer la conduite qui sera la sienne une heure plus tard. Prenons le risque de passer pour un contempteur de l'isolement : la science de l'isolement n'est pas une science exacte. Et son corollaire est le suivant : à lever l'isolement sans risque, on risque de ne plus lever d'isolement.

La loi reconnaît d'ailleurs elle aussi qu'un temps d'observation clinique est utile pour apprécier les modalités de privation de liberté pour motif psychiatrique. Le psychiatre hospitalier dispose d'un temps légal pour apprécier la validité du consentement de son patient. Puisqu'il s'agit d'une décision grave, la loi lui consacre un temps significatif par deux certificats successifs : insistons ici sur ce délai de 72 heures laissé aux cliniciens pour décider des modalités sous lesquelles se poursuivront les soins sans consentement. La loi prescrit un délai de 72 heures avant de décider des modalités de poursuite éventuelle d'une privation de liberté pour motif psychiatrique.

Nous avons tenté de soutenir au SPH la dimension thérapeutique de l'isolement. J'ai initialement exprimé une interrogation minoritaire sur ce seul aspect sémantique. J'ai admiré ensuite l'énergie et la rigueur intellectuelle avec lesquelles Michel DAVID a porté pour nous tous le combat plus général du cadre légal, clinique et déontologique de l'isolement.

Mais je me demande par ailleurs si nous n'avons pas collectivement pêché par optimisme en

affichant notre volonté thérapeutique sur cette question. Certes, de nombreux lobbies — tous bien intentionnés — nous poussaient à défendre ce qui fait notre cœur de métier : soigner, apaiser, accompagner.

Qu'il me soit donc permis de revenir sur certains aspects de formation réactionnelle qui sont les nôtres quand nous affirmons, en notre âme sincère de médecins, juste vouloir le bien du patient que nous isolons.

Bien sûr que je protège mon patient halluciné qui cherche à s'arracher les yeux. Bien sûr que je protège cette jeune patiente maniaque prête

à tout avec le premier venu. Mais serais-je le seul à avoir peur de ce patient menaçant, admis avec violence, et qui vient de dégonder la porte du service ? Ou de cet autre, défoncé à son xième joint de la journée, malgré la vigilance de tous, et qui veut expliquer à une des deux infirmières présentes en service, en la saisissant par les cheveux, pourquoi

elle a tort de lui dire que c'est l'heure des traitements, alors qu'il est amour, qu'il se sent si fort et tellement peu malade ? Ou le seul à se demander par quel moyen éviter que ce patient instable, qui exaspère tous les autres en les harcelant de demandes, en rentrant dans leur chambre, en subtilisant leurs cigarettes et leurs écouteurs, par quel moyen d'éviter que ce patient ne se fasse frapper une nouvelle fois par cet autre patient exaspéré, lui-même schizophrène certes mais aussi légèrement dyssocial, sans porter atteinte à leur liberté respective d'aller et venir ?

Évidemment, tous nos patients ne sont pas indéliçats. Bien sûr, nous avons raison de répéter que les malades mentaux sont plus souvent victimes que le reste de la population, et plus souvent victimes qu'auteurs de violences. Mais dire « mon patient est violent » ce n'est pas nier sa part d'humanité et sa place de patient. Est-il permis de rappeler que, sous les vocables



puériques de « troubles des conduites » ou « troubles psycho-comportementaux », il arrive à certains de nos patients d'être agressifs et violents ? Que toutes les violences en service ne relèvent pas de l'adressage automatique en UMD ? Qu'un service d'hospitalisation complète de secteur concentre à ce moment précis non pas les milliers de patients du secteur, mais ceux qui sont les plus malades parmi ces milliers de patients ? Evidence que la loi elle-même consacre, puisque le représentant de l'Etat confie à nos bons soins des citoyens-patients qui portent atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public. Et ces fameux « SDRE » sont en général plusieurs au même moment dans la même unité. Qu'il soit permis de rappeler ici qu'en général un équipage de police ou de pompiers a été nécessaire pour accompagner le patient jusqu'à son établissement d'accueil.

Donc, oui nous isolons le patient pour son bien — je veux dire pour sa sécurité. Mais nous le faisons souvent aussi pour des raisons de sûreté : pour la sûreté des patients et des soignants se trouvant dans le service. Et agir par sûreté ne nous transforme pas en *flicistes*.

Récapitulons : l'isolement est une décision de dernier recours, l'isolement n'est pas une science exacte et l'isolement participe de la sûreté des personnes. Donc tous les moyens ont normalement été épuisés avant ce dernier recours, et ils seront de nouveau disponibles et activés après la levée de l'isolement. Tous les moyens ?

Inversons la charge de la preuve. Ou plutôt, que chacun en prenne sa part : les soignants (c'est

nous), mais aussi l'Etat-employeur (c'est nous tous). La question est aussi celle-là : l'Etat assure-t-il la sûreté de ses soignants en psychiatrie ?

En faisant évoluer nos pratiques — psychiatres, infirmiers, assistantes sociales, psychologues — nous avons collectivement fait diminuer le nombre de lits en psychiatrie. Et nous pouvons en être fiers, car il s'agit d'un des piliers fondateurs du secteur, que de permettre au patient de vivre chez lui dans la cité. Or, cette diminution des lits a eu des effets en termes de sûreté : les patients les plus difficiles, les plus agités et partant, les plus insécures, se retrouvent mathématiquement concentrés dans les unités. En outre, le risque de violence a augmenté indépendamment de la psychiatrie, du fait des évolutions sociétales (incivilité, cannabis, réseaux sociaux en guise de liberté, bashing en guise de fraternité, tout-à-ego en guise d'égalité, etc.). Mais le risque de violence en service a aussi augmenté du fait... des propres performances de la psychiatrie !

Quels seront les effets à moyens termes d'un article 84 qui assimile la décision d'isolement à une peine privative de liberté, et qui cantonne les services de soins en avant-poste du greffe ? L'érosion.

Il deviendra compliqué de replacer en isolement le patient qui s'est déjà vu signifier qu'il en sortait par décision de justice. Il pourra d'ailleurs se réclamer de son bon droit et de la justice. On imagine le dialogue... Le paradoxe peine privative-décision clinique fera retour sur la scène du soin. Qui peut penser que la tension s'en trouvera apaisée avec le même nombre d'infirmiers par patient aujourd'hui que 20 ans plus tôt ?

Le patient indéliçat pourra ainsi jouir librement de son aliénation. Entre le retour en isolement, la sortie sèche et le passage à l'acte, le hasard fera son choix. Entre le risque de l'infamie, le risque de se prendre un coup et l'idée que finalement le patient n'était pas si dangereux, puisque la justice en a jugé ainsi... les portes de l'asile s'ouvriront. La conséquence du passage à l'acte mérite d'être soulignée, car le malheureux patient violent jouira alors pleinement de sa citoyenneté retrouvée. L'avocat chargé de le défendre pourra toujours tenter de plaider la responsabilité du JLD qui l'a libéré de ses chaînes. La cour appréciera, selon la formule consacrée.

Tout espoir citoyen n'est pas perdu, car l'irresponsabilité pénale fera sa propre mue, pour *empowerment* encore un peu plus le patient libéré de ses chaînes vers sa pleine conscience citoyenne : le risque diminuera de voir le méchant revenir en service avec les gentils, car il augmentera sa « chance » de se retrouver derrière les barreaux.

Les patients indéliçats ne seront plus en services. L'isolement s'éteindra. Les indicateurs scintilleront. Aujourd'hui et demain, la psychiatrie lavera plus blanc.

#### L'auteur déclare des liens d'intérêts :

En tant que trésorier du SPH, il confesse agir avec son syndicat pour la défense de la psychiatrie de service public.

En tant que praticien, il prône une diminution de la durée et de la fréquence de l'isolement et de la contention, avec des témoins pour sa défense.

# VADÉMÉCUM COMMUNICATION DU REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Le Bureau du SPH, 6 septembre 2021

## DEMANDE DE COMMUNICATION DU REGISTRE D'ISOLEMENT ET CONTENTION D'UN ÉTABLISSEMENT AUTORISÉ EN PSYCHIATRIE

### Contexte

Ce document a pour objet d'aider les praticiens exerçant dans les établissements autorisés en psychiatrie confrontés à une demande de communication du registre d'isolement et de contention.

Pour rappel, l'accès au document administratif est un droit encadré par la loi du 17 juillet 1978 (1).

La bonne application de ce droit d'accès est contrôlée par la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA) qui peut donc être saisie par tout requérant qui aurait vu sa demande d'accès refusée par une administration.

**1** Une personne (morale ou physique) peut-elle demander communication du registre d'isolement et contention d'un établissement autorisé en psychiatrie alors qu'elle n'est pas concernée directement ou personnellement par la ou les situations colligées dans ce registre ?

**OUI**

La loi du 17 juillet 1978 ne reconnaît ni qualité à agir, ni intérêt à agir pour le demandeur de documents administratifs : quiconque peut le faire sans avoir à justifier de sa qualité, ni de son intérêt à une telle demande comme le rappelle une note commune de la DGS et de la DGOS en date du 24 février 2020 (2).

**2** Le registre d'isolement et contention d'un établissement autorisé en psychiatrie est-il considéré comme un document communicable dans le cadre de la loi du 17 juillet 1978 ?

**OUI ET NON**

*Attention : cette réponse est susceptible d'évolution en fonction de la jurisprudence*

**OUI** pour la CADA, la DGS et la DGOS, le régime de droit commun s'applique pour ces documents après occultation des informations relevant du secret, de la vie privée et des comportements des personnes physiques concernées. Par ailleurs, il revient à l'établissement d'apprécier le risque pour ses professionnels de voir leurs noms divulgués et de choisir de les occulter (2, 3).

**NON** pour le Conseil d'Etat. Dans un arrêt du 31 mars 2021 (4), cette juridiction reconnaît un régime spécial de communication de documents administratifs dérogeant au droit commun du CRPA.



Le Conseil d'Etat met en avant le régime spécial de consultation de ces documents prévu par l'article L3222-5-1 du Code de Santé Publique (CSP) (cet article définit les règles inhérentes au registre d'isolement et de contention) face au droit commun de communication prévu par l'article L311-1 du CRPA, auquel ces documents ne peuvent répondre (3).

Pour Isabelle Génot Pok, juriste consultante au centre de droit JuriSanté du Centre National de l'Expertise Hospitalière, dans son billet de blog du 5 mai 2021 (3), il faut alors attendre l'arrêt de cassation pour avoir une visibilité juridique précise sur le régime de communication applicable aux documents visés par l'article L3222-5-1 du CSP.

**3** Dans l'attente d'une jurisprudence plus stable que faire en cas de demande de communication du registre d'isolement et contention d'un établissement autorisé en psychiatrie ?

Une concertation entre les professionnels de santé et la direction de l'établissement de santé semble nécessaire pour que tous les acteurs impliqués aient connaissance du cadre législatif et jurisprudentiel exposé précédemment.

Si l'établissement de santé choisit de communiquer le registre, nous conseillons l'application des directives présentées dans la note commune de la DGS et de la DGOS en date du 24 février 2020 à savoir l'occultation :

◆ De toutes les mentions permettant d'identifier les patients au sens large (nom, adresse, numéro de sécurité sociale, numéro d'identifiant dans l'établissement...).

◆ De toutes les mentions permettant d'identifier les professionnels de santé consignés dans le registre, « s'ils apparaissait que la divulgation de l'identité d'un de ces professionnels seraient susceptible de révéler de sa part un comportement dont la divulgation est susceptible de leur porter préjudice, ou si des informations précises laissent craindre que la divulgation de l'identité d'un professionnel de santé conduise à des représailles sur cette personne ».

Attention, concernant le dernier point qui concerne la divulgation du nom des professionnels de santé, l'occultation est laissée à la libre appréciation de l'établissement de santé.

Nous vous conseillons d'exiger l'occultation des noms des professionnels de santé eu égard au risque de représailles possibles que des mouvements antipsychiatriques extrémistes pourraient entamer contre les dits professionnels une fois leur identité révélée.

Nous vous conseillons de réaliser cette demande par écrit, idéalement par courrier avec accusé de réception adressé à la direction de l'établissement de santé.

### Ressources bibliographiques

(1) <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000339241/>

(2) <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/ReponseDGOS-Registres.PDF>

(3) <https://www.cneh.fr/blog-jurisante/publications/psychiatrie-et-sante-mentale/communication-du-registre-des-isolements-et-des-contentions-des-etablissements-psychiatriques-qui-de-la-cada-ou-du-conseil-detat-aura-le-dernier-mot/>

(4) <https://juricaf.org/arrêt/FRANCE-CONSEILDETAT-20210331-445846>

# DE L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE

## EXTRAITS DU MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

**Michel DAVID**

**Président sortant de la Fédération Française de Psychiatrie**

**Ancien vice-président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux**

### Audition de Michel DAVID par le groupe socialiste du Sénat sur des propositions de loi (PPL) sur l'irresponsabilité pénale le lundi 17 mai 2021

L'audition était menée par Jean-Pierre Sueur.

Jean-Pierre Sueur me demande préalablement mon avis sur une éventuelle modification de l'article 122-1. Les sénateurs ayant lu les travaux de la Fédération française de psychiatrie, je rappelle brièvement qu'il ne paraît pas opportun de modifier l'article 122-1, surtout dans l'urgence et sous le coup d'une émotion de l'opinion publique. S'il fallait changer envisager des modifications, elles ne pourraient être que l'aboutissement d'une méthodique réflexion pluridisciplinaire.

Le temps de l'audition étant compté, les sénateurs optent pour m'interroger sur chaque article des deux PPL, l'une présentée par Jean Sol et l'autre par Nathalie Goulet.

#### PROPOSITION DE LOI du sénat relative aux causes de l'irresponsabilité pénale et aux conditions de réalisation de l'expertise en matière pénale, Jean SOL

##### Article 1<sup>er</sup>

Au premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, après le mot : « neuropsychique », sont insérés les mots : « , issu d'un état pathologique ou d'une exposition contrainte aux effets d'une substance psychoactive, ».

**Commentaire :** Les ajouts compliquent la situation et me semblent inutiles. Par principe, l'abolition du discernement est la conséquence d'un trouble psychique, donc d'un état pathologique qu'elle qu'en soit la cause. Quant à « l'exposition contrainte » à une substance psychoactive, il conviendrait d'en préciser le sens, car en l'état cette précision complexifie une situation et ne pourra conduire qu'à des interprétations multiples, sans oublier tous les débats autour de l'intentionnalité, notamment homicide, qui peut être bien absente avant l'état aigu et qui est un élément juridique important pour caractériser une infraction.

##### Article 2

L'article 158 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque cet objet vise la détermination du discernement mentionnée à l'article 122-1 du code pénal, la décision mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut comprendre l'examen d'autres questions. ».

**Commentaire :** Pour quelles raisons faudrait-il limiter la mission d'expertise au simple discernement et pourquoi ne plus traiter les autres questions de l'expertise pourtant importantes<sup>1</sup> ? Par ailleurs, lors de la discussion, les sénateurs se sont demandé s'il ne faudrait pas introduire dans la loi une définition du discernement. Celui-ci ne connaît pas une définition scientifique consensuelle. Le discernement est un concept qui paraît évident, mais qui est peu précis comme je l'exposais dans une publication récente (avril 2021) intitulée « Errances du consentement et labilité du discernement ».

##### Article 3

Après le deuxième alinéa de l'article 161 du code de procédure pénale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque l'expert est commis pour se prononcer sur la détermination du discernement mentionnée à l'article 122-1 du code pénal, la première expertise ne peut avoir lieu dans un délai excédant deux mois après le placement en détention de la personne concernée. ».

**Commentaire :** Il est hautement souhaitable que l'expertise soit faite au plus près des faits, mais est-ce bien utile de donner un délai de deux mois, souvent dépassé du fait de la pénurie d'experts. Quelle conséquence juridique si la procédure n'est pas respectée : perte de chance pour l'auteur, contestation par les parties civiles ?

##### Article 4

Le code de procédure pénale est ainsi modifié : 1° Le deuxième alinéa de l'article 63-3 est complété par les mots : « , aux mêmes fins que celles mentionnées au premier alinéa » ;

2° La première phrase du quatrième alinéa de l'article 706-88 est complétée par les mots : « aux seules fins mentionnées au premier alinéa de l'article 63-3 » ;

3° La première phrase du troisième alinéa de l'article 706-88-1 est complétée par les mots : « aux seules fins mentionnées au premier alinéa de l'article 63-3 ».

**Commentaire :** L'examen en garde à vue doit se limiter aux seules questions suivantes rappelées à différentes occasions (p. ex la conférence de consensus relative à l'intervention du médecin auprès des personnes gardées à vue) : l'état de santé de l'intéressé est-il compatible avec une GAV ? Relève-t-il d'une éventuelle hospitalisation ? Or trop souvent, les missions en GAV reprennent les questions de l'expertise sur le discernement. Les examens sont souvent en situation d'urgence, souvent en pleine nuit, sur réquisitions de psychiatres de garde, le plus souvent sans compétences médico-légales en matière pénale. L'expertise, comme son nom l'indique, requière une compétence et ne peut être réalisé dans des conditions non satisfaisantes, et le plus souvent sans communication du contexte. Le recours à des non-experts est le plus souvent motivé par la pénurie d'experts. Cet article rappelle opportunément les limites de l'examen en garde à vue.

##### Article 5

Le premier alinéa de l'article 163 du code de procédure pénale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque la mission de l'expert vise la détermination du discernement mentionnée à l'article 122-1 du code pénal, les scellés comprennent le dossier médical de la personne concernée. ».

**Commentaire :** Cet article ne peut appeler qu'un seul commentaire : NON, NON et NON ! Cet article s'inspire du rapport récent sur l'expertise pénale qui propose que l'expert fasse partie de l'équipe de soin. Comme le rappelle le code de déontologie médicale : « Nul ne peut-être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade » (article R. 4127-105 du code de la santé publique). Il s'agit d'un tabou de même ordre que le tabou de l'inceste. La confusion des fonctions ne peut être acceptée.

##### Article 6

Le code de procédure pénale est ainsi modifié : 1° Au début de la première phrase du troisième alinéa de l'article 167, les mots : « Dans

tous les cas » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'il n'a pas déjà été fait application du premier alinéa de l'article 161-1 » ;

2° Au premier alinéa de l'article 186, après la référence : « 148 », est insérée la référence : « , 156, deuxième alinéa » ;

3° Après la référence : « 82-3 », la fin du premier alinéa de l'article 186-1 est supprimée.

**Commentaire :** On ne peut être que d'accord sur le principe. Reste encore la question de la faisabilité, surtout dans l'urgence, du fait du manque d'experts.

##### Article 7

Le septième alinéa de l'article 717-1 du code de procédure pénale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le même sixième alinéa est applicable aux personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation, ainsi qu'aux professionnels chargés des expertises mentionnées aux articles 706-53-14, 723-31-1 et 730-2. ».

**Commentaire :** La communication des expertises à tous les experts s'impose, mais je suis réservé pour les CPIP qui pourraient mésinterpréter des propos techniques avec le risque d'interférer sur leur exercice professionnel (même les professionnels de santé peuvent connaître une défiance excessive perturbant leur prise en charge).

##### Article 8

Le code de procédure pénale est ainsi modifié : 1° Le deuxième alinéa de l'article 706-53-14 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « psychiatres ou par un expert psychiatre et un expert psychologue titulaire d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée en psychopathologie. Avant leur transmission à la commission, les conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité et de l'expertise sont mutuellement portées à la connaissance de leurs auteurs respectifs. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article 723-31-1 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « psychiatres ou par un expert psychiatre et un expert psychologue titulaire d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée en psychopathologie. Avant leur transmission au juge de l'application des peines ou au procureur

de la République, les conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité et de l'expertise sont mutuellement portées à la connaissance de leurs auteurs respectifs. » ;

3° Le 2° de l'article 730-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Avant leur transmission au tribunal de l'application des peines, les conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité et de l'expertise sont mutuellement portées à la connaissance de leurs auteurs respectifs. ».

**Commentaire :** Pourquoi pas, mais il faudrait être clair sur les missions de la commission et des experts pour bien comprendre les enjeux.

##### Article 9

L'article L. 3711-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « L'expert mentionné au troisième alinéa de l'article 706-47-1 du même code peut exercer les fonctions de médecin coordonnateur. ».

**Commentaire :** Pour moi pas de contre-indication à ces deux fonctions successives. Je ne l'ai jamais vraiment comprise (en tant qu'ancien expert et médecin coordonnateur) et cette question est très différente de la problématique du dossier remis à l'expert. À voir ce qu'en pensent les experts et les médecins coordonnateurs.

##### Article 10

L'article 6 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque commission d'expert donne lieu à la transmission par ce dernier, dans un délai maximal de sept jours, au premier président de la cour d'appel concernée d'une déclaration exhaustive, exacte et sincère de ses intérêts, où figure toute activité professionnelle ou bénévole et toute fonction ou mandat électif, passés ou en cours, susceptibles de faire naître un conflit d'intérêts. Cette déclaration peut être consultée par les parties intéressées ainsi que par leurs conseils. ».

**Commentaire :** Pas de problèmes pour les déclarations d'intérêt, mais il faut éviter qu'elles se fassent à chaque commission d'expert afin d'éviter l'alourdissement des formalités administratives. Les déclarations d'intérêt seraient à faire à l'inscription, lors du renouvellement et à chaque modification de liens d'intérêt et accessibles en ligne.

<sup>1</sup> Les questions classiques de l'expertise psychiatrique pénale sont les suivantes : L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques et si elles sont présentes au moment des faits, son discernement était-il aboli ou altéré ? L'infraction est-elle en relation avec ces anomalies ? Le sujet présente-t-il un état dangereux ? Est-il curable ? Est-il accessible à une sanction pénale ?

## PROPOSITION DE LOI du Sénat relative aux causes de l'irresponsabilité pénale et aux conditions de réalisation de l'expertise en matière pénale, Nathalie Goulet

L'audition ne fera que survoler cette PPL qui ne comporte qu'un seul article : « *Les dispositions de l'article 122-1 du code pénal ne s'appliquent pas lorsque l'état de l'auteur résulte de ses propres agissements ou procède lui-même d'une infraction antérieure ou concomitante* ». On imagine aisément les difficultés que fait surgir cet article. Une infraction résulte toujours des « agissements » de son auteur et si l'agir survient dans le cadre d'un discernement aboli, la personne ne sera pas pénalement responsable. Même remarque si le discernement est aboli lors de l'infraction antérieure et concomitante.

Aussi convient-il de faire quelques remarques sur les motifs.

D'emblée se trouvent amalgamées l'abolition du discernement et la radicalisation islamiste avec l'article actuel pouvant ainsi éviter la sanction aux auteurs d'infractions terroristes qui pourraient, et la formulation est étrange pour des faits souvent très graves, « invoquer leur propre turpitude pour échapper à un procès et à une sanction ». Il est

d'ailleurs étonnant de lire, alors que le but de cette PPL est d'éviter que certaines personnes échappent à la sanction, qu'il « *ne s'agit pas de faire passer la radicalisation pour une seule forme de démence psychiatrique, beaucoup de chercheurs considèrent que certains détenus pour faits de radicalisation auraient davantage leur place dans une structure psychiatrique que dans une cellule de prison* ». On apprend également que « *Le débat sur la psychiatrie en milieu carcéral est tout à fait lié à cette question* » (la question étant celle du terrorisme et de la déradicalisation). De quel débat sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'agit-il ? Et après plus de trente ans d'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, s'il y a débat sur ce sujet, ce n'est certainement pas la radicalisation qui occupe la première place. À défaut de débat sur ce sujet, les motifs avancent qu'il « *est donc nécessaire d'ouvrir ici et maintenant un vrai débat sur la place de la psychiatrie dans la prise en compte des phénomènes de radicalisation* ».

La Fédération française de psychiatrie suggère aux parlementaires de prendre connaissance de son rapport sur ce sujet.

Enfin, un autre point important des motifs ne peut pas être passé sans réaction : la pénalisation de l'auteur d'un acte délictueux qui aurait arrêté son traitement médicamenteux. Il faut rappeler avec insistance qu'un patient psychotique qui arrête de prendre son traitement antipsychotique, soit parce qu'il ne supporte pas les effets indésirables (qui sont nombreux et importants), soit parce qu'il se sent mieux et peut se sentir guéri (disparition des hallucinations par exemple), soit du fait des caractéristiques de sa maladie, ne peut pas se voir reprocher cette décision. Mettre sur le même plan l'arrêt d'un traitement ou la prise de toxiques montre une méconnaissance du sujet et donc le risque d'une loi inadaptée et confuse.

### Question subsidiaire et remarques conclusives

Jean-Pierre Sueur m'a posé en fin d'audition la question délicate : comment répondre aux gens qui disent que l'alcool renforce la sanction et pas le cannabis ?

Pour répondre correctement à cette question, qui ne pose en général pas autant de difficultés que dans l'affaire Traoré, assez exceptionnelle, il convient d'autant plus d'avoir un débat élargi. On peut déjà remarquer qu'alcool et cannabis, bien qu'étant des toxiques aux effets psychotropes, leur situation n'est pas complètement comparable. L'alcool, toxique légal, ouvre à une pénalisation dans certaines circonstances précises, notamment la conduite sous alcool avec un taux qui a d'ailleurs varié selon les époques (1,20 g/l, puis 0,80 g/l et maintenant 0,5 g/l, voire 0,2 g/l pour les titulaires d'un permis probatoire), tout en considérant que les boissons alcoolisées ont une traçabilité pour leur degré alcoolique. Il devient dans ce cas possible, sinon aisé, d'apprécier son imprégnation alcoolique. Ce qui n'est pas le cas avec le cannabis ou les autres toxiques illégaux, non seulement en considération de leur teneur en composants toxiques, mais aussi dans les mélanges éventuels qu'ils comportent. En somme pas de « nutricode » pour les toxiques.

En fait, la place du cannabis ou d'autres drogues dans des infractions, et l'émoi qu'elle suscite, sont aussi le symptôme d'un débat tendu en France sur ce sujet, notamment sur la légalisation du cannabis (qui permettrait au moins une traçabilité des produits), sur le cannabis thérapeutique et également sur la réduction des risques, notamment en milieu pénitentiaire comme le prévoit l'article 41 de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, mais qui échoue à se voir appliquer. Un collectif essaye d'ailleurs actuellement de relancer les discussions avec la chancellerie sur ce dernier point. Il conviendrait donc que le débat soit élargi bien au-delà de la question sur l'irresponsabilité pénale.

Enfin, n'oublions pas que la consommation de drogues, légales ou illégales, peut être à l'origine (ou la conséquence) de réelles maladies avec des issues mortelles d'où un débat complexe autour de la notion de troubles psychiques.

L'expertise psychiatrique pénale a fait l'objet d'une audition publique en 2007 et ses travaux sont accessibles sur le site de la Haute Autorité de santé. Comme dans toute conférence de consensus ou audition publique, un important travail bibliographique est fait antérieurement à la tenue de la conférence et permet d'appuyer le travail scientifique et d'élaborer des recommandations. Il conviendrait d'avoir la même démarche méthodique pour modifier un principe essentiel de droit pénal et qui est un marqueur civilisationnel tout en remarquant que le droit français ne comporte pas de permis de tuer qui que ce soit.

## Audition de Michel DAVID par l'Assemblée nationale dans le cadre de la mission « flash » sur l'application de l'article 122-1 du code pénal le 2 juin 2021

Les questions posées par les député(e)s sont similaires à celles posées par le Sénat. Aussi le compte-rendu de cette audition (en visioconférence) restituera les points principaux sous un mode « flash ». Les échanges ont été menés par Naïma Moutchou et Antoine Savignat.

- ◆ Rappel de la position de la Fédépsychiatrie : ne pas modifier l'article 122-1 ;
- ◆ Ne pas modifier ou supprimer le distinguo abolition/altération, même s'il est difficile cliniquement à préciser et qu'il s'inscrit dans un principe qui remonte à la circulaire Chaumié de 1905 qui envisage une responsabilité atténuée en cas d'altération du discernement ;
- ◆ Sur l'opportunité d'un procès à part entière et non d'une audience d'irresponsabilité pénale comme il est acquis depuis 2008, il s'agirait d'une régression civilisationnelle alors que les sociétés antiques avaient eu la sagesse d'établir que l'on ne jugeait pas les « fous, les déments ou forcenés » ;
- ◆ Sur la consommation de toxiques qui est des points autour duquel tourne une éventuelle réforme de l'article 122-1 :
  - ▶ Pas d'ambiguïté sur la responsabilité conservée d'une personne absorbant un toxique pour faciliter un passage à l'acte planifié ;
  - ▶ Ne pas pénaliser la non-prise d'un psychotrope prescrit pour un trouble mental et dont l'observance avait failli du fait des caractéristiques de la maladie mentale ;
  - ▶ Sur la question de prévoir une infraction de consommation d'un toxique préalable à l'infraction délictuelle ou criminelle qui peut y succéder : il sera probablement difficile pour l'expert de se positionner sur cette question, car il faudra aussi se pencher sur l'état du discernement de la personne au moment de la prise de toxiques. La complexité expertale qui en découlera ne favorisera probablement pas les vocations d'experts psychiatres, dont on sait qu'elles sont actuellement défailtantes.
- ◆ La modification éventuelle de l'article 122-1 est un sujet extrêmement complexe qui mobilise des compétences pluridiscipli-



naires interrogeant notamment les champs cliniques, juridiques, éthiques, sociologiques, politiques, etc. Cette modification ne peut pas se faire dans la précipitation et l'émotion dans le contexte d'une affaire dramatique, et nécessiterait de larges débats qui pourraient se tenir dans le cadre d'une conférence de consensus ou d'une audition publique.

On peut rappeler à ce propos que la Fédération française de psychiatrie avait organisé avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la Haute Autorité de santé et le soutien de la Direction Générale de la Santé l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007.

Pour terminer l'audition, ici résumée, Naïma Moutchou me demande ce que je pense de l'affaire Traoré. La réponse que j'ai donnée n'engage que moi, n'ayant pu être préparée collectivement par le bureau de la Fédération et son collège de psychiatrie légale.

Je précise d'abord que je ne peux me prononcer sur une affaire que je ne connais que par les médias, voire par un document très sérieux comme l'avis circonstancié de l'avocate générale près la Cour de cassation. Toutefois, de manière générale, en tant que psychiatre, je considère que tout ce qui est exprimé dans un

épisode délirant, dont la caractéristique essentielle est d'être subi par la personne qui en est atteinte, doit être reçu comme la conséquence du processus délirant.

Pour mieux me faire comprendre, je personnalise : dans mon milieu professionnel ou privé, je ne suis pas connu comme ayant des opinions racistes, homophobes, antisémites, islamophobes, etc., pourtant rien ne me protège si j'étais affecté par un état délirant, qu'il soit subi ou provoqué par des toxiques, de ne pas tenir de tels propos indignes et pénalement condamnables quand ils sont tenus en pleine conscience. Il va sans dire que je ne serai pas fier après coup d'avoir tenu de tels propos et qu'ils m'imposeraient une profonde réflexion sur les ressorts cachés de mon inconscient, mais en aucun cas leur dystonie avec mon moi social ne devrait faire l'objet d'aucune qualification juridique ou d'instrumentalisation de quelque origine que ce soit, quelle que soit l'horreur qu'ils peuvent inspirer à une personne respectueuse des droits de l'homme.

Il conviendrait d'une manière générale de faire preuve de pédagogie pour mieux expliquer la maladie mentale dont les expressions sont, il faut le reconnaître, bien complexes et hermétiques pour les non professionnels.

# PEA<sup>1</sup>, PA<sup>2</sup>, PP<sup>3</sup> ET PPA<sup>4</sup> ... ET PUIS QUOI ENCORE ?

Gisèle APTER

La paupérisation de la Psychiatrie publique est un fait connu de longue date. Les rapports d'experts produits ces dernières années n'ont cessé de le dire (Robiliard, 2013, IGAS, 2017 pour les plus récents). Et c'est comme si rien ne changeait. Ou plutôt des changements se font, par simple effet du temps qui s'écoule, en usant les êtres et les choses.

C'est ainsi que notre beau système de santé français s'épuise. Il y a certes un bon côté dans la longue durée de cette course de fond : pas facile de casser quelque chose qui tient et bénéficie à un grand nombre. Il y a aussi un grave inconvénient : une dérive lente qui

semble irrésistible, qui conduit à l'agonie – ce que l'on n'ose modifier, ce que l'on ne sait réorienter, ce que l'on a peur de voir couler. On peut se dire, un peu lâchement et sans gloire, que « tant que ça tient et que les décideurs politiques regardent ailleurs, c'est toujours ça de gagné ». Mais à faire le dos rond face à l'adversité et à la dégradation, nous savons tous qu'il n'y a que des coups à prendre.

Comment trouver une issue ? Certains bons esprits ont trouvé la solution. Elle est fort simple, il suffisait d'y penser : diminuer ce qui ressort de la solidarité (ce qui est remboursé) et laisser chacun « décider » de comment et où il veut

être soigné. Pour la psychiatrie, c'est d'autant plus vrai que nombreux sont ceux qui se satisferaient qu'elle n'existe pas. Si seulement on n'en avait pas besoin, si seulement les troubles mentaux étaient illusions, ou inventés... Tout ira enfin pour le mieux dans le meilleur des mondes : les plus forts ne sont-ils pas de tout

**La paupérisation de la psychiatrie a donc fini par être reconnue ces temps derniers, à l'occasion de la pandémie. On reconnaît maintenant qu'elle est un parent pauvre.**

temps ceux qui survivent le plus longtemps ?

Plus sérieusement, comment convaincre qu'il faut trouver un autre chemin ? Si nous n'y parvenons pas, les soins continueront à se dégrader malgré l'effort de tous, et le pire est que cette dégradation ne deviendra totalement visible qu'au moment

d'atteindre un point de non-retour.

On n'en est pas très loin :

La paupérisation de la psychiatrie a donc fini par être reconnue ces temps derniers, à l'occasion de la pandémie. On reconnaît maintenant qu'elle est un parent pauvre.

(France-Inter, Dimanche 27 juin 2021, par Philippe Bardonnaud, Vanessa Descouraux, Géraldine Hallot : Psychiatrie, la grande oubliée de la médecine française).

Comment la renforcer, cette pauvre psychiatrie ? Soulignons que personne n'est pressé, à juste titre, de passer à un système « à la mode

T2A ». Les effets pervers de cette tarification à l'activité (pas seulement à l'acte rappelons-le mais au type d'activité) sont connus depuis longtemps et dénoncés :

« je (le soin) te (l'hôpital) rapporte plus pour couper l'orteil de ton (le patient) pied diabétique que de te refaire un pansement tous les jours pour éviter qu'il s'infecte ».

Sauf que si ce système rapporte plus à la structure de soins, il coûte plus cher au système de remboursement, notre branche maladie de la Sécurité sociale. L'hôpital va mal, mais la Sécurité sociale ne s'en porte pas mieux : les patients seront soignés à plus grand coût à moins qu'ils ne soient pas soignés du tout...

La psychiatrie elle, était, et reste encore, à part, dans sa tarification. Néanmoins, ce financement est en train d'évoluer lentement mais sûrement vers une T3C qui est ou n'est pas une forme de T2A (autre débat cf. article de Bertrand WELNIARZ page 22). La T3C ne serait pas une tarification à l'activité même si une part serait à l'acte. Elle serait populationnelle. A noter tout de même que les critères de définition des risques des populations restent à définir ainsi que la manière dont ils pourraient évoluer...

Une tarification plus complexe mais néanmoins plus « dynamique » que la dotation globale est demandée et attendue. Sauf que ce qui est demandé par la psychiatrie, comme par le MCO aujourd'hui, c'est une tarification qui tienne compte de la spécificité des soins aux patients.



Or la T2A a été pensée pour les pathologies aiguës dont les soins sont, si possible, standardisables. Pourtant, il ne s'agit que d'une toute petite part aujourd'hui des soins à l'hôpital et d'une encore plus infime part de ceux de la Psychiatrie. C'est évidemment toute la question qui est posée en creux, celle du financement des pathologies aiguës au regard des pathologies chroniques. Est-ce à dire que la psychiatrie ne serait concernée que par la pathologie chronique ?

Autre genre de questions, et pas des moindres : c'est quoi, au fait, la psychiatrie ? Une discipline ? Une spécialité ?

Ce genre de débat dont notre pays a le secret, se trouve réactualisé par la question de la « séparation » de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de la Psychiatrie de l'Adulte. Adieu la Psychiatrie générale ? Ce débat divise de nombreuses assemblées de psychiatres. Mais en dehors des cercles de la psychiatrie, dans le grand public, les choses semblent pourtant claires : les médecins qui s'occupent spécialement des enfants, ce ne sont pas les mêmes que ceux qui s'occupent des adultes. Autre façon de le dire : la pédiatrie est la médecine de l'enfance et cela n'a jamais empêché l'existence de la médecine généraliste. Il y a ensuite en pédiatrie, des « sur-spécialités », comme la pneumo-pédiatrie, ou la cardio-pédiatrie, dont l'exercice est essentiellement hospitalier. En chirurgie, autre section des études médicales, personne ne s'étonne que l'on soit chirurgien de l'enfant (CHIR+PED) ou chirurgien de l'adulte (CHIR +A). On n'en est pas moins chirurgien.

Mais alors pourquoi semble-t-il si difficile d'imaginer que l'on puisse être soit psychiatre et « de l'Adulte », soit psychiatre « de l'Enfant » ? Pourquoi semble-t-il si difficile d'envisager l'autonomie des uns et des autres au sein d'une filière commune ?

Pourquoi les psychiatres d'adultes, universitaires ou non universitaires (pour une fois réunis dans une cause commune) vivent-ils ainsi comme insupportables les besoins propres de formation et la reconnaissance de leur spécialité de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent ? Serait-ce que la psychiatrie de l'adulte redouterait qu'en se « séparant », la psychiatrie de l'enfant ne détruise en quelque sorte la particularité de la psychiatrie au sein de la grande famille de la médecine.

La psychiatrie de l'adulte et celle de l'enfant se trouvant construites sur un modèle semblable à celui des autres disciplines médicales, la Psychiatrie perdrait ainsi sa spécificité ? Paradoxe ultime, pour rester singulière, la psychiatrie n'autoriserait aucune différenciation en son sein. Elle serait totipotente.

Alors, crainte que la spécificité de la psychiatrie ne se dilue en un contexte de perte d'identité et la perte de sens souvent mise en avant ces dernières années dans l'exercice des soins psychiques ? Appréhension d'un retour parfois évoqué à la neuropsychiatrie et à la neuropsychiatrie infantile, comme dans certains pays où les deux, Psychiatrie de l'adulte (PA) et psychiatrie de l'Enfant et de l'Ado (PEA) sont depuis longtemps deux spécialités à part entière ?

Et si le problème de fond était une représentation inaccessible de cette « séparation » ? Cette impossibilité à penser a abîmé les rapports et autorisé une mise sous tutelle fréquente de la Psychiatrie de l'enfant par la Psychiatrie de l'adulte. S'y ajoute également la question budgétaire ; celle-ci mine aussi les relations, les besoins des enfants sont d'autant plus faciles à contourner que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'est le plus souvent, ni visible ni sanctuarisée dans le budget global.

Et puis voici qu'une proposition de résoudre partiellement ce conflit par le haut est arrivée par un deus ex machina bicéphale : les cabinets des deux ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur proposent la mise en place d'une seule formation de spécialité DES à deux branches, avec deux coordinateurs à équivalence, un pour la PEA, un pour la PA et pour la PPA. Une formation de meilleure qualité nous aiderait tous à prendre soin des patients qui ont des besoins différenciés, à n'en point douter.

La Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pourrait enfin être une spécialité à part entière sans se mettre à part de la grande famille des Psychiatres. Les uns comme les autres, nous serions reconnus dans nos spécificités... Et si de ce fait, nous trouvions ainsi, individuellement, de quoi renforcer notre unité dans les combats qui nous sont communs ?

<sup>1</sup> Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
<sup>2</sup> Psychiatrie de l'Adulte  
<sup>3</sup> Psychiatrie périnatale  
<sup>4</sup> Psychiatrie de la personne âgée

# PROPOSITIONS POUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE : QUID DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE ?

Bertrand WELNIARZ

Le 12 mai 2021 le SPH signait aux côtés des autres syndicats de psychiatres, de la conférence des présidents de CME, de l'ADESM et de la FHF un courrier à Monsieur Jean Castex, premier ministre, dont l'objet était : « Mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie en 2022 pour soutenir l'hôpital public ».

Ce courrier dénonce comme cause structurelle majeure du sous-financement de la psychiatrie publique : « la coexistence de deux modes de financement différents entre, d'une part, des établissements publics sous dotation annuelle, et, d'autre part, des établissements lucratifs bénéficiant d'une tarification au prix de journée beaucoup plus dynamique, alors même que les établissements n'accueillent pas les mêmes patients ni les mêmes pathologies ».

Les signataires de ce courrier affirment leur attachement à ce que la réforme aboutisse pour le 1<sup>er</sup> janvier 2022 en un modèle de financement commun aux acteurs publics et privés.

La dotation populationnelle doit être le principal vecteur de financement et ils marquent leur opposition à l'apparition d'une T2A en psychiatrie, raison pour laquelle la dotation appelée improprement « à la file active » ne devrait pas dépasser 15 % du financement.

Les principales revendications des signataires sont en outre une suppression de la dégressivité qui touche les séjours longs, l'augmentation de la DAF et son alignement sur l'ONDAM.

Dans le groupe de réflexion des pédopsychiatres du Conseil National de Psychiatrie, principalement issus de la Fédération Française de Psychiatrie, cette réforme du financement ne suscite pas du tout l'enthousiasme car la promesse d'une réévaluation et d'un rattrapage de la DAF géopopulationnelle ne suffit pas à faire avaler la pilule d'une tarification à l'activité qui avance masquée derrière un pudique « tarification à la file active ». En effet une partie du financement provient du décompte, non de la file active (nombre de patients vus dans l'année) mais des journées d'hospitalisation et du nombre d'actes ; nul n'est besoin d'être un épidémiologiste averti pour connaître la différence entre file active et activité ! Et dans cette réforme c'est bien d'une tarification à l'activité dont il est question pour 15 % de l'enveloppe. On nous dit que c'est peu ... en fait 15 % c'est beaucoup sur un budget hospitalier.

De surcroît, il faut souligner que cette réforme du financement de la psychiatrie est inadaptée à la pratique de la pédopsychiatrie.

Certes, En ce qui concerne la dotation attribuée sur des critères géo-populationnels, les mineurs seront survalorisés par rapport aux majeurs. Mais il serait nécessaire de sanctuariser cette dotation pour la pédopsychiatrie de secteur et de la décliner dans chaque établissement non pas de façon régionale mais par territoire de santé prenant en compte le nombre de mineurs ainsi que les critères de vulnérabilité liés aux particularités territoriales. Cette dotation devrait

de plus être augmentée de façon fléchée pour inclure les moyens nécessaires à la prévention auprès des partenaires, faute de quoi tout sera utilisé pour les soins.

La part de la dotation consacrée à l'activité, dont on connaît les effets néfastes produits en MCO, propose des tarifs moyens ne prenant pas en compte les spécificités des âges, des types de pathologie, des modes de prise en charge ainsi que la sévérité des troubles.

Pour l'hospitalisation temps plein : la réforme avec sa dégressivité pénalise lourdement et même plus qu'en psychiatrie adulte l'hospitalisation temps plein des patients les plus graves en diminuant le prix de journée des hospitalisations au-delà de 11 semaines de 34 % (durée réservée aux cas très sévères) ou à des pathologies particulières (TCA etc.) alors qu'elle n'est diminuée que de 11 % en psychiatrie adulte pour la même période. En tout état de cause les syndicats ne veulent pas de cette dégressivité aussi bien pour les mineurs que pour les adultes.

Peut-être, comme les unités parents-bébés ou autres activités de recours régional, s'agirait-il de considérer l'hospitalisation temps plein des enfants et adolescents comme relevant des activités spécifiques et donc à dotation sanctuarisée.

Pour l'hospitalisation de jour la réforme propose un tarif moyen qui ne prend pas en compte la réalité des coûts des différentes organisations

de soins en fonction des pathologies et âges ainsi que des méthodes de soins utilisées (développementales, intégratives, pour adolescents, etc.). En outre une place d'hôpital de jour a un coût constant annuel quelles que soient les variations du taux d'occupation (maladies des jeunes enfants, etc.).

## Pour l'ambulatoire

Il n'y a pas de tarification spécifique pour les activités de périnatalité - entretiens parents bébés, VAD - qui sont des soins longs et coûteux nécessitant davantage de temps et de professionnels formés.

Les caractéristiques des CATTP enfant ne sont pas reconnues et les soins intensifs en CATTP moins valorisés que par exemple des prises en charge médico-sociales en SESSAD.

Les activités de consultation, surtout lors des prises en charge intensives, sont peu valorisées alors qu'il est communément admis que les actes sont plus longs qu'en psychiatrie adulte. Notamment les entretiens avec les parents ne sont pas valorisés.

Les nombreuses activités de liaison avec les partenaires ne sont pas prises en compte (réunion à l'école, avec les services sociaux, etc).

Le travail des unités mobiles n'est pas reconnu de façon spécifique.

En outre la tarification à l'activité pénalise les secteurs œuvrant dans des zones de grande précarité où l'absentéisme des patients est plus fréquent.

Nous devrions donc demander de nouvelles propositions pour cette réforme du financement et ne pas nous précipiter vers le mois de janvier 2022. Cette alternative pourrait comprendre un calcul exclusivement basé sur des données géo-populationnelles beaucoup plus poussées qu'elles ne se présentent actuellement. Si une part de tarification à l'activité doit absolument persister, des travaux doivent être menés de façon sérieuse de façon à créer des groupes

de type de prise en charge différenciés, faute de quoi la proposition actuelle de tarification « moyenne » risque de contraindre à la suppression des soins les plus spécifiques ou pour les patients les plus graves, alors qu'ils doivent relever justement du service public.

Une augmentation très substantielle des moyens dévolus à la pédopsychiatrie est nécessaire prenant en compte l'élargissement des tranches d'âge concernées (notamment les 16-18 ans et la psychiatrie périnatale) et les pathologies émergentes (dépression, troubles liés à une surexposition aux écrans, etc.). Aussi, un travail doit être effectué sur le chiffrage des moyens totaux à partir de critères épidémiologiques récents et travaux de santé publique. Ce travail permettrait à la pédopsychiatrie coordonnée à ses nombreux partenaires de dispenser des soins de façon non dégradée, en continuant à faire évoluer ses pratiques (cf. cahier des charges des CMP de la FFP), à les étoffer, avec un nombre de profes-

sionnels formés suffisant (des orthophonistes aux pédopsychiatres), tout en soignant les bébés, enfants et adolescents qui actuellement ont les plus grandes difficultés à entrer dans le parcours de soins.

Pour conclure nous souhaitons une attention particulière au développement des soins psychiques pour

la périnatalité qui risque, faute de compartiments spécifiques, de faire les frais de cette réforme. Rappelons que chaque euro investi dans les deux premières années de la vie (soin et prévention sanitaire) « rapporte » entre 7 et 8 fois son investissement en termes d'économie de coût pour le système sanitaire 20 ans plus tard par la diminution des comportements à risque (addictions notamment) et donc diminution des troubles physiques et psychiques ultérieurs.

**Une augmentation très substantielle des moyens dévolus à la pédopsychiatrie est nécessaire prenant en compte l'élargissement des tranches d'âge concernées et les pathologies émergentes**



# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS SUR LES CMP 2021

Jean-Pierre SALVARELLI

Reproduire les travaux des ARS Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France dans les autres régions pour identifier les difficultés d'accès.

Identifier une section budgétaire dans le budget des établissements dédiée à la psychiatrie et au sein de celle-ci à l'ambulatoire en distinguant ses différentes composantes dont les CMP.

Inclure la question de l'organisation des urgences et des soins non programmés dans les PTSM en lien avec les CPTS pour s'assurer que chaque type de demande reçoit une réponse adaptée.

Organiser la participation de chacun (CMP, équipes mobiles, autres acteurs du soin psychique incluant secteur privé) à la gestion coordonnée des urgences par le biais de plateformes de coordination à un niveau intersectoriel (dispositif intersectoriel avancé type CESAM ou SECOP, CMP référent) telles que présentées dans la recommandation suivante.

Organiser une consultation nationale pour améliorer l'attractivité salariale et fonctionnelle des postes de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers en CMP.



02 Poursuivre les investigations de la mission sur les délais en faisant réaliser par l'ANAP un outil de mesure et d'identification des leviers d'amélioration.

04 Dans le cadre des PTSM et CPTS et dans la mesure où l'environnement le permet, renforcer les collaborations avec les acteurs du soin psychique hors CMP pour alléger la charge des CMP.

Proposer une définition administrative, juridique et organisationnelle des CMP qui permette d'en recenser le nombre tout en s'assurant d'un minimum de caractéristiques et de moyens communs, en envisageant la possibilité d'un régime d'autorisation fondé sur un cahier des charges à définir collégialement (fonctionnement, organisation, délégations, coordinations...).

Désigner dans les territoires (inter-secteur ou département) un chef de file (dispositif intersectoriel avancé ou CMP référent) en capacité, sous réserve de moyens complémentaires, de garantir une équité dans les prises en charge en évaluant et régulant les demandes sans réponses ou en mal d'orientation (notamment urgences et soins non programmés) et en animant un réseau de correspondants susceptibles de faire de la prévention d'amont (repérage précoce, formation des acteurs) et d'aider à la prévention d'aval (suivi médicosocial...).

Dans le sillage des pratiques développées lors du confinement, évaluer la faisabilité et les limites d'utilisation de l'expertise et de la consultation psychiatrique à distance dans des zones privées de CMP ou dans des CMP insuffisamment dotés en psychiatres en vue, le cas échéant, d'équiper et de former les structures en conséquence.

# PRÉCONISATIONS DU RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES 2021

Jean-Pierre SALVARELLI



01 Soumettre l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie à des conditions techniques de fonctionnement propres aux activités psychiatriques, comportant notamment la traçabilité du travail pluridisciplinaire et l'obligation de coordination interne et externe à l'établissement, afin de garantir la continuité des soins (ministère des solidarités et de la santé).

02 Enrichir le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec l'ensemble des établissements autorisés d'un socle d'indicateurs relatifs aux parcours des patients ; y intégrer, pour les établissements désignés à cet effet, un volet relatif à la mission d'accueil des patients en soins sans leur consentement et à la mission de secteur (ministère des solidarités et de la santé, ARS).

03 Mettre à la disposition de toutes les équipes chargées de suivre les projets territoriaux de santé mentale (et les contrats qui s'en déduisent avec les ARS) un panel socle d'indicateurs relatifs aux parcours et les données correspondantes (ministère des solidarités et de la santé).

04 Généraliser dès que possible la prise en charge par l'Assurance Maladie des psychothérapies faites par des psychologues et prescrites par le médecin traitant (ministère des Solidarités et de la Santé, Cnam).

05 Prévoir que l'accès aux soins en centre médico-psychologique pour les adultes passe par le filtrage d'un service de « première ligne » et que le secteur (ou l'inter-secteur) contribue à la mission d'appui aux professionnels de « première ligne » (ministère des solidarités et de la santé).

06 Réaliser une enquête épidémiologique en population générale tous les dix ans (ministère des Solidarités et de la Santé).

07 Rendre obligatoire l'usage d'une échelle de sévérité des pathologies et la transmission des données anonymisées correspondantes, dans le cadre des données transmises à l'ATIH par les établissements (ministère des Solidarités et de la Santé).

# LA RÉMUNÉRATION DES GARDES DES PRATICIENS

Dr Pierre-François GODET, Trésorier du SPH



## Impact de la réforme de l'isolement sur les lignes de gardes

Même si sa nouvelle mouture vient de nouveau d'être censurée par le conseil constitutionnel, l'article 84 encadrant les pratiques d'isolement et de contention a pour conséquences l'augmentation des lignes de gardes dans de nombreux établissements, et par conséquent une **augmentation du nombre de gardes par praticiens**.

Or, la France est championne toutes catégories du nombre de ligne sur nos bulletins de salaires. Les praticiens ont le plus souvent le nez dans le guidon que sur leur bulletin de

salaire ; et quand il le regarde, leur attention se porte immédiatement sur la petite case en bas à droite avec le montant net versé.

Les vicissitudes induites par l'article 84 sur nos lignes de gardes sont l'occasion de faire ici un point sur les modalités de rémunération – fort complexes ! – de nos gardes. Point d'information qui pourra donner à quelques-uns l'idée de prendre quelques minutes de plus pour vérifier les éléments variables de leur paye.

## Impact des gardes sur le temps de travail des praticiens et leur rémunération

En tant que médecins, **nous ne sommes pas habitués à compter notre temps de travail**. Ce n'est pas dans notre culture. Les propos syndicaux sur cette question du temps de travail sont parfois traités avec condescendance par certains de nos collègues.

**Mais vous lirez cet article, et vous changerez votre point de vue sur cette question**, car vous comprendrez combien elle impacte vos revenus, et donc votre retraite. Sans parler de votre bien-être personnel et professionnel.

Malgré des avancées obtenues en 2003, vous comprendrez les batailles qui restent à mener pour obtenir une juste valorisation de gardes. Vous constaterez que des avancées significatives n'ont pas encore été concédées par le ministère.

**Et peut-être aussi percevrez-vous différemment l'action syndicale et l'adhésion syndicale.**

**Une bonne motivation pour adhérer ou continuer d'adhérer au SPH** (trésorier ne saurait mentir !).

Les psychiatres de service public ne travaillent pas en temps médical continu, même s'ils exercent parfois dans des services d'hospitalisation complète : nous considérons donc ici la situation des praticiens qui travaillent en journée et sont amenés à assurer des gardes en plus de leur tableau de service ordinaire.

Pour parler de garde, il faut définir ce qu'est une garde. La garde se définit par opposition au service normal.

La rémunération des gardes prend en compte deux dimensions différentes de la garde : la sujétion et le temps de travail additionnel. La valorisation de la sujétion et la création du temps de travail additionnel ont été obtenus de haute lutte par les intersyndicales, et tout particulièrement par les intersyndicales dont le SPH est membre actif : la Confédération des Praticiens Hospitaliers et Action Praticien Hospitalier.

## Définition du service normal

Le praticien travaille sur un tableau de service qui couvre la période dite de la continuité des soins : en journée sur une amplitude de 10h, du lundi au samedi matin inclus. La journée de travail est bornée par la durée légale de la garde qui est de 14h. Donc en enlevant la garde de 14h sur une journée de 24 heures, il reste 10h de service normal de jour. Pendant la période de continuité des soins, chaque service

ou pôle doit être en capacité d'assurer les soins de ses patients avec ses propres médecins et sa propre organisation interne.

Ainsi, le tableau de service définit la présence obligatoire et le lieu de présence de chaque médecin de l'entité (service ou pôle) sur la période de continuité des soins. Le tableau de service se construit par demi-journées.

## Le temps de travail du praticien

Cette amplitude de 10h du service normal génère une **profonde ambiguïté sur la définition des journées et demi-journées** : cela laisse planer l'idée que la journée normale d'un praticien dure 10h et sa demi-journée normale 5h. C'est souvent vrai. Mais est-ce juste ?

### Une première raison d'adhérer au SPH.

Le temps de travail en France est de 35h : ainsi, tout travail compris entre 35h et 40h hebdomadaires de travail effectif génère des RTT. Nous sommes réputés travailler au moins 40h, et donc nous générons 20 jours de RTT (pour un temps plein).

Mais nos statuts jettent un voile pudique sur ce que génère – ou plutôt ne génère pas – notre temps de travail au-delà de 40h par semaine. Nous y revenons plus loin.

L'article R. 6152-27 CSP précise dont que « Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-

journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées » (statuts du PH).

En usage, les praticiens ne pointent pas quand ils travaillent en journée, et ils sont donc réputés ne pas dépasser les 5x10h=50h de travail hebdomadaire.

Selon le Code du travail, le droit à pause réglementaire est une pause de 20 minutes à partir de 6h de travail d'affilée : cette pause étant comptée comme du temps de travail et le salarié peut vaquer à ses occupations personnelles pendant sa pause. Il peut aussi la fractionner. En général la pause est prise sur le temps de repas. Dans la fonction publique hospitalière (dont les praticiens ne font pas partie) les 20 minutes et le temps de repas sont en général accolés

L'amplitude quotidienne de 10h de service normal ne signifie pas que tout praticien doit travailler 10 heures chaque jour, mais que l'organisation collective des tableaux de service assure la continuité des soins sur 10h en service normal (9h-19h ou 8h30-8h30 selon les CH).

pour permettre un temps de repas suffisant. Si l'on soustrait de 24mn (soyons précis !) pour chacun des 5 repas de la semaine, auquel le praticien peut accoler ses 20mn de pause (soit 5 repas de 44 mn), il restera exactement 48h de travail effectif.

Les 48h de travail hebdomadaire effectif correspondent à la borne supérieure de temps de travail autorisé en moyenne sur 4 mois par une directive européenne (directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail).

Il n'empêche : la durée des demi-journées n'est pas définie. Donc la durée des journées ne l'est pas non plus. Ainsi, avec un service normal de 50h, un praticien ayant effectué ses 10 demi-journées de travail peut être considéré comme ayant travaillé 48 heures.

## Définition des gardes

La garde (ou « garde postée ») se définit par une présence imposée sur le lieu de travail et en dehors du service normal. Ce n'est pas la nature du travail qui importe, mais sa temporalité et son lieu : la définition du travail débute à partir du moment où l'employeur impose au salarié d'être présent sur le lieu de travail. Et en conséquence, toute présence obligée du salarié

sur son lieu de travail est du temps de travail. A contrario, un salarié qui décide de son propre gré de rester plus tard, ou d'arriver plus tôt, ne génère pas réglementairement du temps de travail.

La garde implique donc une modification du tableau de service normal, c'est-à-dire un travail supplémentaire en dehors de la période de

continuité des soins : cette période est appelée la permanence des soins, par opposition à la notion de continuité des soins.

Pendant la permanence des soins, l'organisation collective du travail permet et impose qu'un médecin d'une autre entité soit en responsabilité et potentiellement en intervention sur plusieurs entités.

## La sujétion = rémunération de la garde elle-même

La pénibilité particulière de la garde tient à son déroulement en dehors du service normal. Cette pénibilité est prise en compte par le versement d'indemnités dites de sujétion. La sujétion est la situation d'une personne astreinte à une obligation pénible, une contrainte.

La rémunération des indemnités de sujétion suit un barème officiel qui est le tarif officiel des gardes. Le tarif est identique pour les praticiens hospitaliers, les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les docteurs juniors.

Le tarif est un peu plus bas pour les assistants associés et attachés associés. Et encore plus bas pour les internes.

Le tarif considère les types de périodes hors service normal :

- ◆ La nuit : toutes les nuits sont identiques en termes de sujétion, y compris une nuit de WE ou de férié ;
- ◆ Le jour : 10h de garde de 9h à 19h, obligatoirement en dehors du service normal, donc sur un dimanche ou un férié ;
- ◆ Le samedi après-midi de 13h à 19h (puisque le service normal se termine à 13h le samedi).

Les statuts, dans la toute fin de l'article R. 6152-27 supra (« Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées »), le tarif de rémunération de la garde suit la logique suivante : 1 indemnité de sujétion = 1 nuit =

1 jour et ½ indemnité de sujétion = ½ nuit = ½ jour (= samedi après-midi ou dimanche matin par exemple).

Ainsi 24h de garde un dimanche génèrent deux indemnités de sujétion, soit deux fois le tarif d'une garde de nuit (1 nuit+1 jour = 2 nuits = 2 jours). Et un garde du samedi 13h au dimanche matin génère ½ jour + 1 nuit = 1,5 nuit = 1,5 jour. Ces équivalences nuit-jour sont valables pour chaque statut, même si le tarif varie entre les statuts.

La première injustice est de considérer qu'une journée normale dure 10 heures, mais en plus de cela, une nuit étant considérée comme une journée, cela veut dire que 14 heures de gardes équivalent à 10 heures de gardes

de journées sur un dimanche ou un férié, ou que 6 heures de garde un samedi ou un dimanche de 13h à 19h ne représentent qu'une demi-journée de garde.

La justice en termes de décompte du temps de travail serait de considérer qu'une nuit de 14h de travail génère non pas deux mais trois demi-journées de temps de travail. Tous les ministères successifs ont refusé de le reconnaître. Cette mesure de justice entraînerait pour commencer une valorisation du tarif de la garde de nuit : puisqu'une journée (=2 demi-journées) est rémunérée 267,32€ bruts, alors une nuit serait rémunérée 400,98€ bruts.

**Toujours pas envie d'adhérer au SPH ?**

## Le temps de travail additionnel = temps supplémentaire généré par certaines gardes

Il est essentiel de comprendre que les considérations qui suivent vont s'additionner à la question précédente de la sujétion (rémunération de la garde proprement dite).

Les règles de décompte et les montants du TTA présentées ici sont conditionnées par l'adoption, au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT), d'un schéma territorial de la permanence des soins.

Mais les établissements bénéficiant d'une dérogation d'adhésion à un GHT peuvent aussi appliquer les modalités présentées ici.

## Le temps de travail maximal autorisé

Un praticien ayant effectué ses 10 demi-journées de travail est réputé avoir travaillé 48 heures.

Donc tout temps de travail qui dépasse cette borne de 48 heures hebdomadaires lissées sur 4 mois constitue une exception au droit européen, et il définit notre temps de travail additionnel (TTA).

Même si elle est suivie d'une période de repos effectif, la garde implique dans certains cas

une augmentation du temps de travail hebdomadaire total du praticien : ce TTA va alors être décompté en périodes de TTA. Nous détaillons l'explication ci-dessous.

Nous pouvons donc nous réjouir de ce que le temps travaillé au-delà de 48h est pris en compte. Mais avant de nous réjouir, soulignons que **le temps de travail effectif compris entre les 40h et les 48h, n'est absolument pas pris en compte**. Si un praticien travaille effec-

tivement 40h par semaine, il est donc heureux de voir que son TTA est pris en compte. Mais si un praticien travaille effectivement 48h par semaine, son temps de travail compris entre 40h et 48h n'existe pas officiellement.

**Encore une raison d'adhérer au SPH.**

## Le repos de sécurité limite le dépassement du temps de travail

La réglementation du temps de travail impose par ailleurs au praticien 11h de repos consécutif entre deux prises de poste : c'est le repos de sécurité. C'est le cas après une garde de nuit suivie d'un jour ordinaire de semaine : en travaillant 14h de garde, le praticien ne travaille pas le lendemain. Le praticien a donc travaillé jusqu'à 10 heures de moins (repos de sécurité) mais il a aussi travaillé 14 heures de plus (sa garde nuit) : on pourrait penser qu'il a travaillé

4 heures de plus. Mais rappelons que les statuts considèrent qu'une nuit égale un jour, donc le praticien n'a pas dépassé son compteur.

On retombe sur l'injustice du décompte dénoncée précédemment.

**Une nouvelle raison de etc.**



## Les situations de dépassement du temps de travail

Le TTA se déclenche pour les gardes de nuit suivie d'un jour non travaillé par tous, et pour les gardes de jour survenant pendant un jour férié ou non travaillé par tous. Dans ces situations, le compteur personnel de TTA du praticien est activé. L'explication se trouve ci-dessous.

### Cas d'une garde de nuit survenant sur une veille de jour férié, de samedi ou de dimanche

Au lendemain de sa garde de nuit le praticien bénéficie de facto de son repos de sécurité d'une journée puisque, comme tout le monde, il ne travaille pas sur ce jour férié, ce samedi ou ce dimanche. Il n'aurait pas travaillé non plus s'il n'avait pas été de garde dans la nuit précédente.

D'ailleurs, ceux des praticiens qui travaillent le samedi matin le font en contrepartie d'une demi-journée de congé octroyée à titre de récupération. Et ceux qui travaillent le dimanche ou le jour férié bénéficient eux-mêmes d'une rémunération supplémentaire au titre de la garde.

En compensation de cette inégalité, le praticien qui a été de garde cette nuit-là (veille de jour férié, de samedi ou de dimanche) voit son compteur hebdomadaire abondé d'un équivalent nuit, c'est-à-dire d'un équivalent jour, soit une période de TTA : le praticien est ainsi considéré comme en repos de sécurité le lendemain de sa garde (puisque'il n'a pas le droit de travailler et que personne ou presque ne travaille), mais sa nuit de garde génère un jour de TTA.

### Cas d'une garde de jour un samedi après-midi, un dimanche matin, un dimanche ou un jour férié

De la même façon, le praticien qui est de garde en journée sur un samedi après-midi (13h-19h), un dimanche matin (9h-13h), un dimanche ou un jour férié (9h-19h) – en plus d'effectuer son travail de garde rémunéré par sa sujétion spéciale – ce praticien abonde son tableau de service d'un temps de travail au-delà de la durée légale de 48 heures : d'une demi-période pour un samedi après-midi ou pour un dimanche matin, et d'une période complète pour un dimanche ou un jour férié de jour. Cette inégalité est donc également compensée par un TTA.

Il faut ajouter que les TTA générés par une garde nuit ou par une garde de journée se cumulent lorsque la garde a duré 24 heures (9h-9h) ou plus de 12h (samedi 13h-dimanche 9h). Le TTA généré par une garde de 24h est donc variable selon que le jour qui suit est un jour travaillé par tous ou non.

## Le décompte du TTA : une injustice qui se duplique

Vous avez vu apparaître ci-dessus le terme de période de TTA. Il s'agit de l'unité de décompte du TTA.

Le décompte des TTA suit la logique suivante : 1 période de TTA = 2 plages de TTA = 1 jour de garde = 1 nuit de garde.

Et aussi : ½ période de TTA = 1 plage de TTA = ½ jour de garde.

Puisque la logique du décompte du TTA suit la même logique que celle du temps de garde, l'injustice du « 14h de nuit = 10h de jour » se duplique.

Les férus de sémantiques auront repéré la façon dont le législateur a essayé de noyer le poisson en créant la notion de période pour un jour ou une nuit, et de plage pour une moitié de jour ou de nuit. Parler de « plage » évite ainsi de parler de « demi-journée » - et donc de se poser la question de la durée normale d'une demi-journée.

Mais **la logique mathématique comme la justice sociale voudraient que 14h de nuit génèrent non pas une période soit deux plages de TTA mais 3 plages de TTA.**

## Soit récupération soit rémunération du TTA

Pour compléter ces éléments de décompte, il faut comprendre que le TTA est ensuite versé au praticien :

- ◆ Soit sous forme effective de temps libre (le TTA est converti en absences autorisés) ;
- ◆ Soit sous forme de compensation financière (le TTA est rémunéré).

Soulignons enfin que l'exercice du TTA ne peut pas être imposé par l'employeur : « le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel » (arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins etc.).

Et vous mesurerez l'impact en termes de qualité de vie ou de valorisation finale des gardes.

**Encore une bonne raison d'adhérer au SPH !**

Pour ceux qui se sentent gênés de parler d'argent, car ce ne serait ni dans notre culture de médecins ni dans notre culture judéo-chrétienne, je leur suggère fortement de constater le coût horaire de l'intervention d'un plombier ou d'un serrurier une nuit de samedi à dimanche ou un jour férié. Ceci dit sans remettre en cause le caractère indispensable de ces deux professions.

Ainsi la garde reste une obligation professionnelle du praticien. C'est un principe général, qui connaît quelques exceptions, s'appliquant sous certaines conditions (liées à l'état de santé, à la grossesse, à l'âge ou à des sanctions). C'est bien pour cette raison que l'on parle de sujétion.

Mais contrairement à la garde qui s'impose à lui, c'est bien le praticien qui choisit ou non de générer du TTA. C'est pour cette raison que les gardes s'accompagnent d'un contrat de TTA dans lequel le praticien choisit soit la rémunération soit la récupération de son TTA. En choisissant d'être rémunéré pour son TTA, le praticien choisit de renoncer librement à son TTA en se le faisant payer. S'il choisit d'exercer son droit à TTA, la récupération vient abonder soit le nombre de congés de l'année, soit le nombre de jours sur son Compte Epargne Temps.

Ce contrat est quadrimestriel car le droit européen considère la borne de 48 heures par période glissante de 4 mois.

Dans la mesure où le praticien est obligé de choisir entre rémunération et récupération, il ne peut pas panacher les deux options. Mais puisque chaque contrat est quadrimestriel, vous pouvez tout à fait opter pour un option différente chaque quadrimestre.

Pour comprendre toutes les situations – et elles sont nombreuses selon la durée de la garde, le fait de la couper en deux, la position de la garde de nuit avant un jour chômé ou non chômé – on se reportera au tableau ci-dessous.

Les tarifs indiqués ici s'appliquent pour les praticiens hospitaliers, les assistants.

On peut constater une gamme variée de rémunération possible (depuis 267,82€ bruts la garde de nuit ordinaire jusqu'à 1178,38€ bruts la garde de 24 heures suivie d'un jour chômé).

**Et pour vous donner définitivement envie d'adhérer au SPH\* 😊, une seconde version du tableau vous est proposée ensuite, prenant en compte les avancées notables que représenterait l'abolition de cette injustice que représentent les modalités actuelles de décompte.**

\* Vous pouvez adhérer au SPH par carte bancaire depuis le site SPH (paiement sécurisé) sur <https://sphweb.fr/adhesion/>  
Un dernier détail : le montant d'une cotisation annuelle est inférieur au tarif actuel d'une nuit de garde de semaine...

## Valorisation des gardes avec la réglementation actuelle (1 nuit = 2 plages)

Rémunération et valorisation des gardes avec la réglementation actuelle	Indemnité de sujétion (brut)	TTA généré en jour (période=jour)	...ou bien monétisation brute du TTA	Rémunération brute totale en cas de monétisation du TTA
Le repos de sécurité est un droit, dans tous les cas de figure. Il doit être pris immédiatement à la fin de la garde, même s'il coïncide avec un jour non travaillé (samedi, dimanche ou jour férié). Il est d'une durée au moins égale à la durée de la garde. Il est différent des périodes de récupération du TTA.	Versée le mois suivant. Cumulée le cas échéant soit avec une période de récupération (TTA) soit une indemnisation du TTA	Récupération sous réserve de la continuité du service. Limité à 5 jours par mois et à 15 jours par trimestre. 1 période = 1 jour TTA = 1 jour de congé	Paiement en plus de l'indemnité de sujétion de garde	TTA versé à quadrimestre échu
Lundi au jeudi de 19h à 9h non suivi d'un jour férié	267,82 €	aucune	aucun	267,82 €
Jour de semaine (lundi au jeudi de 19h à 9h) suivi d'un jour férié	267,82 €	1 jour	ou 319,46 €	587,28 €
Dimanche ou jour férié 9h-13h	133,90€	½ jour	ou 159,72 €	293,62 €
Vendredi 19h au samedi 9h	267,82 €	1 jour	ou 319,46 €	587,28 €
Samedi 13h-dimanche 9h	401,72€	1,5 jour	ou 479,18 €	880,90 €
Garde de 24h dimanche ou jour férié 9h-9h suivi d'un jour travaillé	535,64 €	1 jour	ou 319,46 €	855,10 €
Garde de 24h dimanche 9h-9h suivi d'un jour férié	535,64 €	2 jours	ou 638,92 €	1174,56 €
Garde de 24h jour férié 9h-9h suivi d'un samedi ou d'un dimanche	535,64 €	2 jours	ou 638,92 €	1174,56 €
Garde de 9h-19h dimanche ou jour férié	267,82 €	1 jour	ou 319,46 €	587,28 €
Garde de 19h-9h dimanche ou jour férié suivi d'un jour travaillé	267,82 €	aucune	aucune	0 €
Garde de 19h à 9h dimanche suivi d'un jour férié	267,82 €	1 jour	ou 319,46 €	587,28 €
Garde de 19h à 9h jour férié suivi d'un samedi ou d'un dimanche	267,82 €	1 jour	ou 319,46 €	587,28 €

## Valorisation des gardes selon les revendications SPH (1 nuit = 3 plages)

Rémunération et valorisation des gardes si 1 nuit=3 plages = revendication SPH CPH APH	Indemnité de sujétion (brut)	TTA généré en jour (période=jour)	... ou bien monétisation brute du TTA	Rémunération brute totale en cas de monétisation du TTA	Différentiel avec la réglementation actuelle
Lundi au jeudi de 19h à 9h non suivi d'un jour férié	401,73 €	0 (comme actuellement)	0 (comme actuellement)	401,73 €	+133,91 €
Jour de semaine (lundi au jeudi de 19h à 9h) suivi d'un jour férié	401,73 €	1,5 jour	ou 479,19 €	880,92 €	+293,64 €
Dimanche ou jour férié 9h-13h	133,90 €	½ jour	ou 159,72 €	293,62 €	0
Vendredi 19h au samedi 9h	401,73 €	1,5 jour	ou 479,19 €	880,92 €	+293,64 €
Samedi 13h-dimanche 9h	535,64 €	2 jours	ou 638,92 €	1174,56 €	+293,64 €
Garde de 24h dimanche ou jour férié 9h-9h suivi d'un jour travaillé	669,55 €	1,5 jour	ou 479,19 €	1148,74 €	+293,64 €
Garde de 24h dimanche 9h-9h suivi d'un jour férié	669,55 €	2,5 jours	ou 798,65 €	1468,20 €	+293,64 €
Garde de 24h jour férié 9h-9h suivi d'un samedi ou d'un dimanche	669,55 €	2,5 jours	ou 798,65 €	1468,20 €	+293,64 €
Garde de 9h-19h dimanche ou jour férié	267,82 €	1 jour	ou 319,46 €	587,28 €	0
Garde de 19h-9h dimanche ou jour férié suivi d'un jour travaillé	401,73 €	0 (comme actuellement)	0 (comme actuellement)	0 € (comme actuellement)	0
Garde de 19h à 9h dimanche suivi d'un jour férié	401,73 €	1,5 jour	ou 479,19 €	880,92 €	+293,64 €
Garde de 19h à 9h jour férié suivi d'un samedi ou d'un dimanche	401,73 €	1,5 jour	ou 479,19 €	880,92 €	+293,64 €

# PLATE-FORME APH POUR UN « SÉCUR » DES OUTRE-MERS

Georges ONDE



## Représentation des Outre-Mers

Les problématiques rencontrées par les établissements et les praticiens des Outre-Mers sont à la fois les mêmes que celles qui pèsent sur l'ensemble du territoire français, mais aussi grevées par des spécificités : géographiques, démographiques, économiques, sanitaires, et globalement par des retards de développement. Nos territoires connaissent des RISQUES, DES CONTRAINTES, DES RETARDS, dont la prise en compte est un devoir d'égalité républicaine.

Toute réflexion, toute négociation impose donc un volet Outre-Mer.

Des représentants syndicaux des PH ultramarins doivent être associés à ces réflexions et négociation, en lien avec une instance de coordination de l'action de santé publique française dans les Outre-Mers qu'il est urgent de définir.

Le temps syndical qui doit y être consacré doit être reconnu et financé (3 ETP, pour les 3 Océans : Atlantique, Indien, Pacifique).

## Mise à niveau des établissements ultramarins

Dans l'immédiat, nous attendons :

**Un plan de financement exceptionnel** immédiat de la Santé Publique, annulant la dette des Hôpitaux et EHPAD publics de tous les départements de l'Outre-Mer, incluant un soutien à la trésorerie et la recapitalisation. La prise en compte des missions de service public, des activités de soins spécifiques au contexte des DOM, avec leurs surcoûts assumés tant par les Hôpitaux que par les secteurs psychiatriques médico-sociaux ou sociaux.

**Des moyens matériels et des effectifs** en nombre suffisant pour assurer un service public de qualité, apte à fournir les meilleurs soins en toute sécurité (équité d'accès aux soins) et disposant d'une réserve sanitaire capable de répondre à l'éloignement et aux situations sanitaires exceptionnelles (cyclone, tremblement de terre, chlordécone, sargasse, dengue et autres épidémies émergentes...) auxquelles sont régulièrement confrontés nos populations et nos établissements. Des Stocks stratégiques opérationnels doivent être pré-positionnés.

**De bonnes conditions de travail** : Rénovation, reconstruction et mise aux normes de nos établissements publics de Santé, de nos EHPAD et de nos services et soins à domicile (SSIAD, HAD, SAP...). Prise en compte effective de la qualité de vie au travail de tous les agents.

**Un Plan Pluriannuel d'investissement hospitalier pour les Outre-Mers, dans le cadre du Plan de relance national.**

**Une nouvelle gouvernance**, qui remette au centre de nos préoccupations le patient et le personnel, tant dans l'élaboration des projets d'activité des services, que dans la définition des plans et projets d'établissements. Pour une égalité des chances face à la maladie. Pour une justice sanitaire républicaine. Avec comme moyen une instance de coordination inter-régionale de l'offre de soins, de l'action de santé publique française dans chaque inter-régions OM (DFA, océan Indien, Pacifique).

**L'ouverture de négociations pour une refonte complète de nos modes de financements**, qui doivent être fondés, non sur

une « activité » toujours entravée, mais sur des besoins de santé publique clairement identifiés et une juste évaluation des coûts et des surcoûts.

LA DISPONIBILITÉ DE MOYENS ADÉQUATS IMPOSE LA RÉVISION DU MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ. LE RAPPORT AUBERT NE PEUT DEMEURER LETTRE MORTE ET DOIT DÉBOUCHER SUR UNE APPLICATION :

- ◆ Révision du coefficient géographique (35 %), et application sur l'ensemble des tarifs y compris les actes externes.
- ◆ Accompagnement sur objectifs pour sortir des aides répétées en trésorerie. Les établissements ultramarins ne peuvent pas continuer à mendier les moyens de leurs missions, et de leur survie. Les médecins, délibérément désignés comme boucs émissaires partent pendant que les pertes de chances s'accumulent pour les malades.
- ◆ Financement par MIG des activités sanitaires incontournables, parfois coûteuses, impossibles à équilibrer par la T2A en raison de l'exiguïté des territoires.

## Attractivité pour les PH Outre-Mers - Contexte

La démographie médicale est pénurique dans la quasi-totalité des établissements ultramarins, tant pour les indices globaux que pour les indices des médecins salariés. Les établissements publics ont d'importantes difficultés à recruter dans un contexte « concurrentiel », particulièrement dans certaines spécialités, et sur fond de mauvaise réputation des hôpitaux (voire du climat social). Il est vital d'envisager des mesures concrètes d'attractivité.

Il faut donc mettre en œuvre un ensemble de mesures, dont l'association permettra une meilleure attractivité des médecins vers les établissements publics ultramarins.

Trois niveaux d'action : local (établissements), régional, national (statut des praticiens, réduction des inégalités).

Quatre dimensions : des projets attractifs, des moyens adéquats pour les réaliser, une responsabilité reconnue (gouvernance médicale), de la qualité de vie au travail (accueil), des mesures statutaires et une rémunération attractive.

Le manque d'attractivité structurel provient notamment de :

- ◆ L'isolement et l'insularité : Populations captives : il est impossible pour les patients ou les professionnels de pouvoir trouver des solutions ou des complémentarités dans les régions ou les villes voisines... sauf avec des surcoûts et des délais difficilement acceptables (perte de chance +++). Cette difficulté des recours rend irresponsable la comparaison, qui nous est trop souvent opposée, entre la situation des Outre-Mers et celles de petits hôpitaux de l'Hexagone.
- ◆ La faiblesse de la démographie et des dispositifs sanitaires ou médico-sociaux dans l'offre libérale ou associative, avec des inégalités intra-régionales, une offre insuffisante ou fragile parfois inaccessibles aux précaires.
- ◆ Une population dans une situation socio-économique et sanitaire précaire, dépendant fortement du service public, avec des caractéristiques démographiques particulières (jeunesse en Guyane et Mayotte, fort vieillissement aux Antilles).

- ◆ Des CHU en grande difficulté, aux déficits structurels bien connus avec des dettes abyssales, aux services universitaires peu nombreux, à l'image dégradée.
- ◆ Une image négative de ces régions éloignées (rendant la mobilité difficile ou coûteuse, limitant l'accès aux congrès scientifiques, etc.), exposées aux aléas épidémiques, géologiques et climatiques.

Le taux de vacance des postes de Praticiens y est donc très important, les EPS dépendent du recrutement de médecins intérimaires, dont les surcoûts sont connus, alors que ces professionnels sont peu armés pour tenir compte des langues et cultures des populations ultramarines, et sont dans l'incapacité de s'investir dans des projets durables ou novateurs du fait de la temporalité courte de leurs contrats alors que la construction d'offres de soins répondant aux immenses besoins non couverts est un enjeu majeur du développement de ces territoires.

## Attractivité : Mobilité, formation, recherche

### 1. Mesures universitaires

- ◆ Les Antilles Guyane doivent être dotées d'une Faculté de Médecine de plein exercice, avec l'ensemble des cycles et des enseignants correspondants.
- ◆ Augmenter le nombre d'internes en médecine et de spécialités (et financement des salaires et gardes) et du nombre de services agréés
- ◆ Faciliter la mobilité des internes dans la subdivision et lors des interCHU.
- ◆ Créer des postes de PU-PH ou Associés dans les spécialités non représentées. Cela est nécessaire, tant pour la formation des étudiants que pour attirer des équipes de qualité et développer la recherche et l'enseignement dans tous les domaines.
- ◆ Créer des valences universitaires pour les PH des EPS.
- ◆ Compenser la baisse des MERRI par une enveloppe d'aide à la contractualisation (MIGAC).
- ◆ Développer les partenariats entre équipes DOM et hexagonales en matière de recherche, apporter un soutien méthodologique pour les recherches d'intérêt régional (pathologies locales ou avec des facteurs environnementaux ou culturels).
- ◆ Augmenter le nombre de Diplômes d'Université délivrés par la faculté de médecine des Antilles Guyane ou mise en place de télé-enseignement, E-formation avec d'autres universités.
- ◆ Augmenter le nombre de postes d'assistants (post internat). Développer l'assistantat partagé.
- ◆ Renforcer la coopération régionale et internationale en matière de santé et de recherche médicale dans la Caraïbe, l'Océan indien, le Pacifique (coopération et échanges en matière de recherche, de formation, de stages, de recrutements en temps partagé).
- ◆ Développer la formation des personnels paramédicaux, dans des instituts de formation inter-régionaux à créer ou renforcer : Kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, manipulateurs de radiologie, techniciens de laboratoire, cadres de santé.



## 2. Décloisonnement, mobilité

- ◆ Faciliter la coopération et la formation tant avec l'environnement international de nos régions, qu'avec l'Europe pour :
  - ▶ Encourager la mobilité Outre-Mer en accordant des facilités pour des praticiens de l'hexagone, comme de l'OM souhaitant changer temporairement d'affectation, avec garantie de réaffectation au bout de 3 ans si souhaitée.
  - ▶ Développer le recrutement en temps partagé avec des services de l'hexagone, d'Europe ou de la Caraïbe, ou semestres d'internes ou assistants, permettant un partage de compétence, un renforcement de la démographie médicale dans les Outre-Mers durant quelques semaines à quelques mois, tout en respectant les parcours professionnels.
- ◆ Recrutements avec possibilité de « Package » pour conjoint (e), veiller à gérer l'emploi, l'accueil, la scolarisation de la famille du conjoint sur les postes de PH prioritaires...

## 3. Incitations à l'engagement durable dans la carrière hospitalière publique en établissement ultramarin

- ◆ Développement et financement de Primes d'Engagement dans la Carrière Hospitalière pour la titularisation des médecins contractuels, pour toutes les spécialités de tous les établissements ultramarins.
- ◆ Développement et financement des primes d'exercice territorial pour toute intervention dans les établissements membres ou associés des GHT.
- ◆ Mesures nationales ci-après.

## Attractivité : Mesures statutaires nationales

Les discussions sur les nouveaux statuts des praticiens hospitaliers titulaires et contractuels et dans le cadre du « Ségur de la Santé », doivent être mises à profit pour traiter les difficultés et spécificités des Outre-Mers, leur pénurie médicale et leur retard, dans un contexte d'isolement.

Si la rénovation des statuts et des rémunérations des praticiens et des personnels de santé s'impose au niveau national, leurs particularités nécessitent une approche spécifique des régions ultramarines, DOM, COM, et PTOM. ACTION PRATICIENS HOPITAL propose donc un

ensemble de mesures adaptées aux difficultés de ces régions, devant se traduire dans des statuts rénovés. Ils sont par ailleurs l'occasion de confirmer un certain nombre de dispositions et de les harmoniser lorsqu'elles apparaissent inutilement hétérogènes.

### En complément des mesures régionales ou universitaires ci-dessus

1. Du fait de leurs caractéristiques, les Outre-Mers nécessitent encore plus que l'ensemble du territoire national des améliorations des statuts des praticiens titulaires, notamment de leur rémunération.

#### HARMONISATION DE LA RÉMUNERATION DES PH DES EPS DES OUTRE-MERS DANS LES STATUTS RENOVÉS DE PH TITULAIRE.

Actuellement les praticiens titulaires en fonction en Guadeloupe, en Martinique, à Saint-Barthélemy, et à Saint-Martin, perçoivent une indemnité spéciale mensuelle égale à 20 % des émoluments, alors qu'elle est de 40 % en Guyane, à la Réunion, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Cette indemnité spéciale n'entre pas en compte dans l'assiette des cotisations du régime de retraite complémentaire.

La rémunération de tous les Praticiens Hospitaliers des Outre-Mers doit être identique partout sur la base de 40 % d'indemnité spéciale (qui correspond par ailleurs à un alignement sur les personnels de la Fonction Publique Hospitalière ainsi que sur les autres fonctions publiques aux Antilles).

Cette majoration doit s'appliquer sur l'ensemble des rémunérations (gardes, astreintes et prime d'engagement de service public exclusif) et entrer en compte dans l'assiette des cotisations de retraite complémentaire.

2. Attirer des praticiens dans les établissements publics des Outre-Mers, et les y fidéliser nécessite aussi le maintien d'un haut niveau de technicité, qui implique les moyens de s'assurer d'un Développement Professionnel Continu (DPC) et des formations de qualité.

- ◆ Formation correspondant à un droit et un devoir annuel, avec 15 jours ouvrables de formation par an et le financement de deux voyages de formation annuels inscrits dans le statut et financés, et l'attribution de délais de route pour les formations en métropole : un jour ouvrable aller, un jour ouvrable retour (jours d'activité non décomptés des congés formation).
- ◆ Crédits de formation alignés sur celui des personnels non médicaux (2,1 % AU MOINS de la masse salariale des effectifs médicaux), du fait des contraintes de frais de déplacements pour maintenir la technicité des praticiens.
- ◆ Application de ces mesures prorata temporis aux praticiens quel que soit leur statut.

3. Les tensions sur la démographie médicale rendent souhaitable d'élargir le champ des recrutements dans les Outre-Mers, au-delà des praticiens relevant de l'Union Européenne.

Un dispositif de recrutement dérogatoire des Praticiens Hors Union Européenne a été prévu par l'article 71 de la loi du 24/07/2019 et son décret d'application N°2020-377 du 31/03/2020. Pour l'instant il n'a pas donné de résultat, et mériterait d'être mieux connu, et les commissions régionales installées et plus actives avec la participation des syndicats médicaux représentatifs.

## 4. Prendre en compte la pénibilité en situation de grande pénurie

- ◆ Maintien des congés bonifiés sur la base de 30 jours ouvrables tous les 36 mois d'exercice, sans réduction des droits à ARTT l'année des congés bonifiés, assimilés à des congés annuels supplémentaires périodiques, et maintien de l'indemnité spéciale de 40 %.
- ◆ Intégration de l'exercice des PH Outre-Mer en situation de déficit démographique global dans les conditions pouvant ouvrir le droit à majoration de retraite ou les aligner sur les dispositions en vigueur dans la fonction publique d'état (majoration des trimestres exercés outremer).

## 5. Améliorer la rémunération des Praticiens Hospitaliers contractuels

Du fait de la pénurie médicale, les établissements de santé, sont contraints de recourir au recrutement temporaire de praticiens intérimaires. Le « turn over » de ces derniers, outre leur surcoût budgétaire très significatif, ne facilite pas la continuité des organisations, ni la dynamique de projet. Le suivi des pathologies chroniques, somatiques comme psychiatriques, nécessite un accompagnement au long cours. Le recours à des intérimaires, qui méconnaissent les pathologies, la langue, la culture des usagers, et les partenaires du dispositif sanitaire, social et médico-social, est porteur d'un risque de rupture de la continuité des soins.

Le recours à des intérimaires doit donc être évité et, en l'absence de recrutements de praticiens titulaires, le statut des contractuels doit être fortement amélioré :

- ◆ Possibilité de recruter des contractuels en établissement pénurique jusqu'au 12<sup>e</sup> échelon + majoration en fonction des missions et de la pénibilité, et attribution de l'indemnité spéciale (40 %) comme à l'ensemble des praticiens.
- ◆ L'attribution d'une indemnité de changement de résidence doit être généralisée et devenir applicable aux contractuels s'engageant pour un contrat d'au moins 2 ans.
- ◆ L'arrêté du 14 mars 2017 fixant la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière doit être modifié en y rajoutant l'ensemble des spécialités dans les établissements des Outre-Mers.



## JEUDI 7 OCTOBRE APRES-MIDI

12h30 > 13h30 **SYMPOSIUM WPA** session avec lunch box offerte  
French Tobacco Champions in Mental Health project (FTC-MH) - anglais traduction simultanée. **Joao Mauricio CASTALDELLI-MAIA**

13h30 > 14h **OUVERTURE DES JOURNÉES**  
**Gisèle APTER**, présidente de la Société de l'Information Psychiatrique, professeur de pédopsychiatrie au Groupe Hospitalier du Havre, Université de Normandie, représentante de la zone Europe de l'Ouest à la WPA.

14h > 15h **CONFÉRENCE INAUGURALE**  
**TROIS LOGIQUES DU CORPS EN PSYCHIATRIE**  
**Thierry TREMINE**, psychiatre, ancien chef de service au CH Robert Ballanger (Seine-Saint-Denis), rédacteur en chef de la revue L'Information Psychiatrique et membre du Conseil Scientifique de la Société de l'Information Psychiatrique.

15h > 16h **GRANDE CONFÉRENCE** présidée par **GISÈLE APTER**  
**SANTÉ ET ÉMOTIONS : LES MÉCANISMES DE LA MÉDECINE CORPS-ESPRIT**  
**Cédric LEMOGNE** est professeur de Psychiatrie à l'Université de Paris, dont il préside le conseil de pédagogie de l'UFR de Médecine, et chef du Service de Psychiatrie de l'adulte de l'Hôtel-Dieu de Paris à l'APHP. Ses travaux de recherche portent sur la médecine psychosomatique qui étudie les relations entre les facteurs psychologiques et la santé physique.

16h > 16h30 **PAUSE GOURMANDE - STAND LIBRAIRIE - EXPOSITION**  
"Manifeste pour une psychiatrie artisanale", Verdier  
**Emmanuel VENET**

16h30 > 17h30 **CONFÉRENCE** présidée par **Fabienne ROOS-WEIL**  
**DISSOCIATION CORPS-ESPRIT : ÉNIGMES DE LA CONSCIENCE**  
**Farid KACHA** est professeur de psychiatrie à la faculté de médecine d'Alger, ancien chef de service au Centre Hospitalier Spécialisé Mahfoud Boucebel de Chéraga et expert près les tribunaux depuis 1970. Il est également fondateur et président de la Société algérienne de psychiatrie. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages, dont "L'hypnose. Le chaman, l'exorciste et Erickson", Casbah Editions, Alger, 2018 et "L'assassinat d'un président. Psychiatrie et justice", Thala Editions, Alger, 2016

16h30 > 17h30 **CONFÉRENCE** présidée par **Jean CHAMBRY**  
**LE PSYCHISME CONTRAINT PAR LE CORPS OU "MON CORPS EST UN AUTRE" : L'EXEMPLE PARADIGMATIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE**  
**Maurice CORCOS** est professeur de psychiatrie infantile à l'Université Paris Sorbonne-Descartes et psychanalyste. Il dirige le Service de Psychiatrie de l'Adolescent à l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris). Son dernier ouvrage explore l'ensemble des techniques thérapeutiques prenant appui sur le corps (Pratiques des médiations corporelles à l'adolescence, M. Corcos, M. Gurny, Y. Loisel et al., Dunod, 2019).

16h30 > 18h30 **TABLE RONDE PROFESSIONNELLE SPH : ORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS**  
1<sup>ère</sup> partie : **FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE** présidée par **Jean-Pierre SALVARELLI** avec **Bernard ODIER** et **Bertrand WELNIARZ**  
2<sup>ème</sup> partie : **PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS LES CPT ET LA MISE EN PLACE DES PTSM**, présidée par **Marie-José CORTES** avec (sous réserve) **Radouane HAOUÏ**, **Christian MULLER**, **Christophe SCHMITT** (Conférence des PCME), **Zaynab RIET**, **Alexandre MOKEDA** (FHF).

17h30 > 18h30 **REGARDS CROISÉS** présidé par **Gérard SHADILI**  
**LES SOINS DANS L'ANOREXIE MENTALE : LA NÉCESSAIRE SYNTHÈSE**  
**Maëlle LEBRAS** est endocrinologue à l'Institut du thorax et du système nerveux au CHU de Nantes.

**Bruno ROCHER** est psychiatre, spécialisé dans la prise en charge des addictions comportementales. Il est responsable de l'Espace BARBARA (Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie) au CHU de Nantes et président du réseau ABELA (Anorexie Boulimie en Loire Atlantique).

17h30 > 18h30 **CONFÉRENCE**  
**DE LA DYSPHORE DE GENRE À LA TRANSIDENTITÉ : QUELLE PLACE POUR LE PSYCHIATRE ?**  
**Jean CHAMBRY** est pédopsychiatre, chef de pôle au sein du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, responsable du CIAPA (Centre Interhospitalier d'Accueil Permanent pour Adolescents). Il est président de la SFPEADA, secrétaire de la Société Française pour la Santé de l'Adolescent, Secrétaire de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

## VENDREDI 8 OCTOBRE MATIN

9h > 10h30 **TABLE RONDE PROFESSIONNELLE SPH**  
**ÉCHANGES ENTRE EXPERT, AVOCAT ET MAGISTRAT**  
Présidée par **Paul JEAN-FRANCOIS**, avec **Serge PORTELLI** avocat et ancien magistrat, et **Thierry AZEMA** Président de la Chambre de l'Instruction de la Cour d'appel de Grenoble.

9h > 12h30 **ATELIERS DE COMMUNICATION, ATELIER FILMS PSY**  
**SYMPOSIUM RECHERCHE TRANSLATIONNELLE**  
Consulter le flyer joint au programme

10h30 > 11h00 **PAUSE GOURMANDE - STAND LIBRAIRIE - EXPOSITION**  
Café Littéraire : **Claire LE MEN**  
"Le syndrome de l'imposteur", La Découverte 2019 et "Nouvelles du dernier étage", Le Seuil, 2021

12h30 > 13h30 **SYMPOSIUM LES 40 ANS DE L'APPA** session avec lunch box offerte  
**QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET NOUVELLES TECHNOLOGIES**  
Avec **Jean-Pierre PROVOOST**, **Ségolène ARZALIER**, **Gérard SHADILI**, **Jacques TREVIDIC**

## VENDREDI 8 OCTOBRE APRES-MIDI

14h > 15h **REGARDS CROISÉS** présidé par **Nicole GARRET-GLOANEC**  
**NEUROPÉDIATRIE ET PÉDOPSYCHIATRIE : UNE ASSOCIATION FÉCONDE**  
**Pierre DELION** est pédopsychiatre et psychanalyste, professeur émérite à l'Université de Lille, ancien chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Lille.  
**Louis VALLEE** est neuropédiatre, professeur émérite de neuropédiatrie à l'Université de Lille et ancien chef de service de neurologie pédiatrique au CHU de Lille.

14h > 15h **CONFÉRENCE** présidée par **Jean-Charles PASCAL**  
**DU NURSING AUX SCIENCES INFIRMIÈRES : L'OUBLI DU CORPS DANS LES SOINS**  
**Dominique FRIARD** est infirmier de Secteur Psychiatrique au Centre Hospitalier Buëch-Durance à Larnage-Montéglin (Hautes-Alpes), superviseur d'équipes et épistémologue, rédacteur-en-chef-adjoint de la revue Santé Mentale. Il est l'auteur de nombreux ouvrages, dont le dernier "Épistémologie du soin infirmier. De la blouse blanche à la toge universitaire : un modèle des soins et du travail relationnel en psychiatrie" est paru en 2021 aux éditions Selis Arslan.

14h30 > 16h **TABLE RONDE PROFESSIONNELLE SPH**  
**ARTICLE 84 : QUE FAIT-ON QUAND ON NE PEUT PAS APPLIQUER LA LOI ?** Présidée par **Paul JEAN-FRANCOIS**  
Échanges avec **Marilyse BRARD** Juge des Libertés et de la Détenion au Tribunal Judiciaire de Saint-Malo et **Dominique SIMONNOT** (Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté).

# MÉDECINE DU CORPS/MÉDECINE DE L'ESPRIT

## LA BAULE - PALAIS DES CONGRÈS ATLANTIA

15h > 16h **TABLE RONDE** présidée par **Patrick BANTMAN**  
**SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE**  
**Claude FINKELSTEIN** est présidente de la Fédération Nationale des Associations d'(ex)patients en psychiatrie (FNAPSY).

**Marie-Jeanne RICHARD** est présidente de l'Union Nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

**Françoise PILLOT-MEUNIER** est praticien hospitalier de Médecine générale et chef du pôle MOPHA (Médecine, Odontologie, Pharmacie, Addictologie) à l'hôpital du Vinatier (Lyon). Elle est également administratrice de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale (ANP3SM).

15h > 16h **REGARDS CROISÉS** présidé par **Gisèle APTER**  
**MÉDECINE PÉRINATALE : ENJEUX ACTUELS ET NOUVEAUX DÉFIS**

**Alexandra BENACHI** est professeur de Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Médecine Paris Sud, membre du Comité consultatif national d'éthique. Elle est la responsable du Service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction de l'Hôpital Antoine Bécère. Son activité de soin est centrée sur la prise en charge des grossesses à risque et du diagnostic prénatal.

**François ANSERMET** est psychanalyste, psychiatre d'enfants et d'adolescents, professeur honoraire à l'université de Genève et à l'université de Lausanne, membre du Conseil Consultatif National d'Éthique, ancien chef du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Il est l'auteur de nombreux ouvrages, dont : "Clinique de l'origine", Ed. Cécile Defaut, 2012 ; "La fabrication des enfants. Un vertige technologique", Odile Jacob, 2015 ; "Serendipity", Acta Sud, 2018 ; "Prédire l'enfant", PUF, 2019.

**PAUSE GOURMANDE - STAND LIBRAIRIE - EXPOSITION**  
Café Littéraire : **Vanawine SYLVIERY**  
"Prendre soin. Récits cliniques de formation", Excès, 2021.

16h30 > 17h30 **REGARDS CROISÉS SUR LES FONCTIONS EXÉCUTIVES ET LE SYNDROME FRONTAL**  
parrainé par la Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée (SF3PA), présidé par **Alexis LEPETIT**  
**LE SYNDROME DYSEXÉCUTIF DANS LES MALADIES NEURO-ÉVOLUTIVES : LE REGARD DU NEUROGÉRIATRE**

**Pierre KROLAK-SALMON** est neurologue et professeur de gériatrie à l'université Claude Bernard Lyon 1. Directeur médical de l'Institut du Vieillessement des Hospices Civils de Lyon, **Pierre KROLAK-SALMON** est spécialiste des maladies neuro-évolutives conduisant à une altération des fonctions supérieures. Il est également responsable du Centre Mémoire, Ressources, Recherche (CMRR) de Lyon.

**LE SYNDROME FRONTAL COMPORTEMENTAL : LE REGARD DU PSYCHIATRE**  
**Alexis LEPETIT** est psychiatre des hôpitaux et gériatre. Il est responsable de l'équipe mobile gériatrique maladie d'Alzheimer des Hospices Civils de Lyon et de psychiatre de liaison. Il fait partie du comité de coordination national de l'option de Psychiatrie de la Personne Âgée de DES de Psychiatrie. Il est secrétaire général adjoint de la (SF3PA), administrateur de la SIP et membre du bureau national du SPH.

16h30 > 17h30 **CONFÉRENCE** présidée par **Marc POGET**  
**LES SOUFFRANCES DU TRES JEUNE ENFANT AU CROISEMENT DU CORPS ET DU PSYCHISME**  
**Nicole GARRET-GLOANEC** est pédopsychiatre, ancien chef de service 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.

17h30 > 18h30 **CONFÉRENCE** présidée par **Emmanuel LOEB**  
**IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE : COMMENT LA PRÉVENIR DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHIATRIE ?**  
**Christelle MOUCHOUX** est pharmacien, professeur à l'Université Claude Bernard Lyon 1, Département Sciences du Médicament, Centre de recherche en neurosciences de Lyon.

17h30 > 18h30 **CONFÉRENCE** présidée par **Suzanne PARIZOT**  
**MÉTAPSYCHOLOGIE DE LA DOULEUR ET MÉTAPSYCHOLOGIE DE LA TOXICOMANIE AUX OPIACÉS : QUELQUES ILLUSTRATIONS CLINIQUES**  
**Catherine DURAND** est psychiatre, chef du pôle d'addictologie à la Fondation Bon Sauveur de la Manche.

19h30 **SOIRÉE DE CONGRÈS** sur inscription  
**Privatisation du Restaurant Le M**

## SAMEDI 9 OCTOBRE MATIN

### SESSION MÉDICO-LÉGALE

9h > 10h30 **REGARDS CROISÉS SUR L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE**  
Présidé par **Marion AZOULAY**

**L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE POUR CAUSE DE TROUBLE MENTAL VU PAR LES EXPERTS PSYCHIATRES. 1950-2009**  
**Caroline PROTAIS** est docteur en sociologie, spécialiste des liens entre la justice et le monde de la santé mentale, chargée d'étude à l'Observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT).

**ENTRE MÉDECINE ET JUSTICE, ÉTAT DES LIEUX DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE**  
**Jean-Claude PENOCHET** est psychiatre honoraire des Hôpitaux, Expert honoraire près la cour d'appel de Montpellier.

**LE POINT DE VUE DU MAGISTRAT**  
**Thierry AZEMA** Président de la Chambre de l'Instruction de la Cour d'appel de Grenoble.

10h30 > 11h **PAUSE GOURMANDE - STAND LIBRAIRIE**

11h > 12h30 **TABLE RONDE**  
**MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION : AU-DELÀ DE L'ARTICLE 84**  
Présidée par **Paul JEAN-FRANCOIS**  
**Claude FINKELSTEIN** est présidente de la Fédération Nationale des Associations d'(ex)patients en psychiatrie (FNAPSY).

**Sophie ALBERT** est directrice de l'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard (Seine-Saint-Denis).

**Marilyse BRARD** est Juge des Libertés et de la Détenion au Tribunal Judiciaire de Saint-Malo.

**Marion PERIN-DUREAU** est chef de service de la ligne Hospitalisation Complète du pôle Ouest au Centre Hospitalier Le Vinatier (Lyon).

**Jean-Louis SENON** est professeur de psychiatrie à l'Université de Poitiers, ancien chef de pôle au CH Laborit de Poitiers – consultant en psychiatrie et ex-responsable de l'unité d'accueil médico-psychologique aux urgences du CHU de Poitiers, ancien médecin chef et créateur du service médico-psychiatrique régional de Poitiers. Il est titulaire d'un DEA de droit pénal et d'un DEA de sciences criminelles et a dirigé durant plusieurs années la session "psychiatrie et justice pénale" à l'École nationale de la magistrature (ENM). Il a présidé également le collège de psychiatrie légale de la Fédération française de psychiatrie (FFP).

12h30 **CLÔTURE DES JOURNÉES**

Ces journées s'adressent à l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge et l'accompagnement des troubles psychiques et psychiatriques : médecins psychiatres ou d'autres spécialités, psychologues, infirmiers et autres professions paramédicales.

39<sup>es</sup> Journées de la Société de l'Information Psychiatrique



JEUDI 7 OCTOBRE - SAMEDI 9 OCTOBRE  
**LA BAULE 2021**

	TARIFS INSCRIPTION PSYCHIATRES, MÉDECINS, INTERNES ET ÉQUIPES DE SOINS					
	Convention Etablissement	Psychiatre ou médecin			Psychologue Paramédical ou Retraité	
	non adhérent SIP	membre association partenaire*	adhérent SIP	non adhérent SIP	adhérent SIP	
JEUDI, VENDREDI ET SAMEDI	<input type="checkbox"/> 400 €	<input type="checkbox"/> 340 €	<input type="checkbox"/> 299 €	<input type="checkbox"/> 270 €	<input type="checkbox"/> 220 €	<input type="checkbox"/> 170 €
JEUDI	<input type="checkbox"/> 210 €	<input type="checkbox"/> 180 €	<input type="checkbox"/> 158 €	<input type="checkbox"/> 140 €	<input type="checkbox"/> 120 €	<input type="checkbox"/> 90 €
VENDREDI	<input type="checkbox"/> 210 €	<input type="checkbox"/> 180 €	<input type="checkbox"/> 158 €	<input type="checkbox"/> 140 €	<input type="checkbox"/> 120 €	<input type="checkbox"/> 90 €
SAMEDI MATIN (matinée médico-légale)	<input type="checkbox"/> 120 €	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 88 €	<input type="checkbox"/> 70 €	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> 40 €

Vous pouvez adhérer sur place à la SIP ou au SPH : munissez-vous de votre carte professionnelle ou de votre carte d'étudiant

Vous bénéficiez de l'ENTRÉE GRATUITE dans les cas suivants >

- Première adhésion au SPH en 2021
- Interne en psychiatrie adhérent à la SIP (10€/an) ou au SPH (25€/an)
- autre étudiant adhérent à la SIP (47€/an)

SOIRÉE DU CONGRÈS > Repas au Restaurant Le M - vendredi 19h30  50 € par personne sur inscription préalable, maximum 2 personnes par inscription, uniquement par chèque séparé

\* inscription uniquement par chèque, joindre une attestation d'adhésion à l'association partenaire

Pour des raisons de sécurité, le centre des congrès n'autorise pas l'entrée de valises. Merci de les déposer dans votre hôtel à votre arrivée.

**INFORMATIONS PERSONNELLES** (écrire en lettres capitales - remplir un bulletin par personne - préciser Monsieur/Madame)

Nom - Prénom (Mr/Mme) \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Tél.portable \_\_\_\_\_ Tél.travail \_\_\_\_\_

E-mail (obligatoire et lisible) \_\_\_\_\_

**DOCUMENT à RETOURNER** en cas de règlement par chèque : Secrétariat SIP - Pôle Ouest - CH Vinatier - 95 bd Pinel - BP 30039 - 69678 Bron Cedex.

Le règlement des frais d'inscription se fait par chèque à l'ordre de la SIP, ou par carte bancaire sur le site <https://sip.sphweb.fr/>

**ATTENTION** : si vous vous inscrivez par chèque et si vous souhaitez vous inscrire à la soirée de congrès, envoyez deux chèques distincts à l'ordre de la SIP : un premier chèque pour l'inscription aux Journées, un second chèque pour la soirée de congrès. **RENSEIGNEMENTS** : Secrétariat de la SIP - T. 04 37 91 52 21 - F. F. 04 37 91 55 47 [secretariatSIP2@gmail.com](mailto:secretariatSIP2@gmail.com). La SIP est un Organisme de Formation Professionnelle enregistré sous le numéro 31 62 02530 62

Inscription sécurisée en ligne par carte bancaire sur le site de la SIP : <https://sip.sphweb.fr/>

## INSCRIPTION À UN PROGRAMME DPC



INSCRIPTION UNIQUEMENT AUPRES DE L'ODPCPSY-AEFCP  
sans obligation d'inscription aux Journées de la SIP

ORGANISME RÉFÉRENCÉ DATADOCK

PROGRAMMES de DPC destinés aux psychiatres, publics ou libéraux.

SESSIONS de DPC organisées par l'ODPCPsy > JEUDI 7 OCTOBRE 8h30 > 12h30

L'ODPCPsy propose 2 types de DPC :

DPC intégrés = formation continue + évaluation et amélioration des pratiques.

La validation d'un DPC intégré permet de remplir son obligation triennale de DPC.

DPC présents = formation continue.

La participation à un DPC présentiel permet de valider une des deux actions (formation) du DPC triennal. Tous les DPC présentés ici sont valorisables au titre du DPC sous réserve de leur publication par l'ANDPC. Les N° ANDPC sont en attente de publication.

### DPC INTÉGRÉS : MONTANT DE L'INSCRIPTION 400€

17202100007	Addiction au cannabis de l'adolescent et de l'adulte jeune. A. DERVAUX et G. SHADILI
17202100008	Monitoring Plasmatique et Génotypage. M. PÉRIN-DUREAU et M. AZOULAY
17202100009	Mise au point et actualités de la prise en charge de la dépression chez le patient âgé. Alexis LEPETIT et Blandine PERRIN
17202100010	Prescription de psychotropes en périnatalité. Bénédicte GOUDET-LAFONT et Valérie GAREZ
17202100011	Psychotropes chez l'Adolescent. Jean CHAMBRY et Guillaume CEZANNE-BERT

### DPC PRESENTIELS : MONTANT DE L'INSCRIPTION 250€

17202100001	Le TDAH au CMP infanto-juvénile : du diagnostic à la mise en place de prises en charge multimodales. Jocelyne CALVET et Fanny GOLLIER-BRIANT
17202100002	Introduction aux Thérapies Interpersonnelles (TIP) et aux Thérapies Interpersonnelles avec Aménagement des Rythmes Sociaux (TIPARS) dans les troubles de l'humeur. Cécile HANON et Benjamin LAVIGNE
17202100003	Les troubles des apprentissages : approche neuropsychologique. Bertrand WELNIARZ et Antoine FRADIN
17202100004	Troubles du comportement dans les troubles du spectre autistique associés à une déficience intellectuelle : démarche diagnostique et thérapeutique. Fabienne ROOS-WEIL et Cora CRAVERO
17202100005	Evaluation du traumatisme psychique des victimes. Paul JEAN-FRANCOIS et Bernard CORDIER
17202100006	Prise en charge d'un premier épisode psychotique. N. DOLIGEZ et Pierre BROKMANN

Prise en charge ANFH et/ou par le service de formation de l'employeur pour les psychiatres publics, prise en charge ANDPC pour les psychiatres libéraux

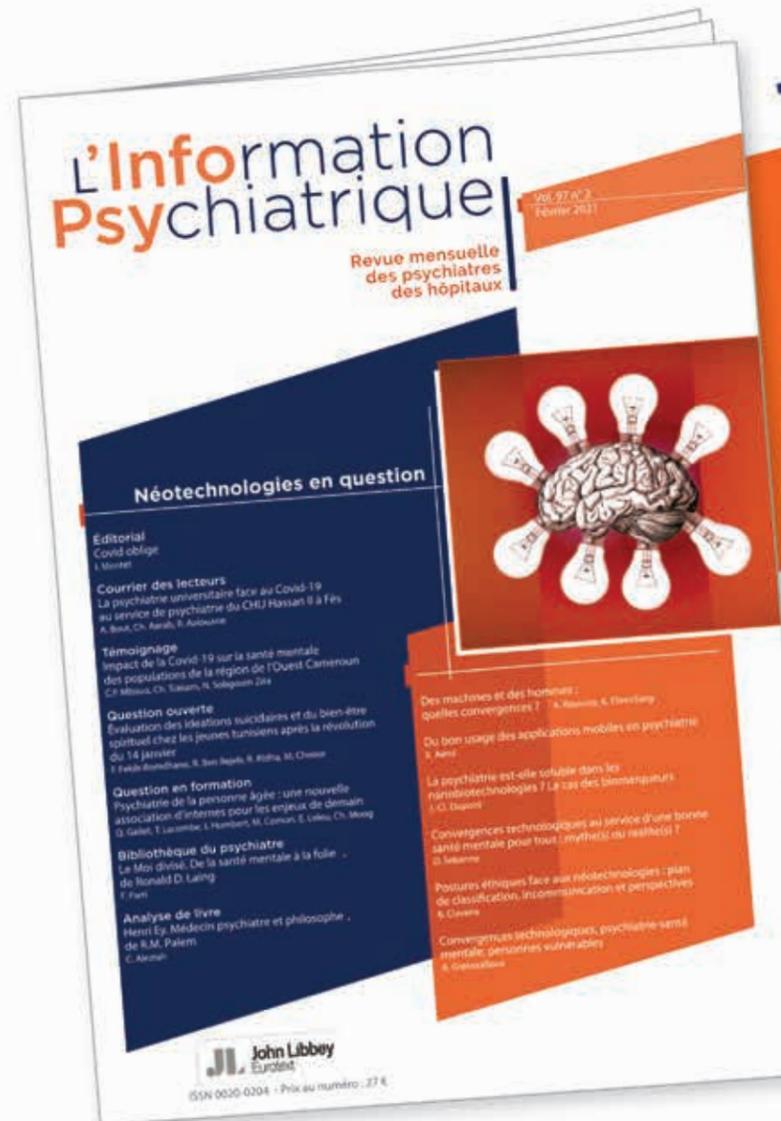
Renseignements : T. 04 37 91 52 21 - F. F. 04 37 91 55 47 - Contact : [secretariatSIP2@gmail.com](mailto:secretariatSIP2@gmail.com)

Secrétariat AEFCP-ODPCPsy - Pôle Ouest - CH Vinatier - 95 bd Pinel - BP 30039 - 69678 Bron Cedex



\* Offre valable jusqu'au 30 juin 2021, uniquement sur les tarifs particuliers et institutionnels, voir sur le bon de commande joint.

# L'Information Psychiatrique



**TARIF MEMBRES**

**71€/ AN**  
AU LIEU DE 184€

renseignements et contact  
[secretariatSIP2@gmail.com](mailto:secretariatSIP2@gmail.com)



**NOUVEAUTÉ**

10 n° par an  
18 années d'archives en ligne  
1 site  
1 application

REVUE OFFICIELLE DU SPH ET SOUTENUE  
PAR LA SOCIÉTÉ L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

LE SYNDICAT DES  
PSYCHIATRES  
DES HÔPITAUX



LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION  
PSYCHIATRIQUE

**John Libbey**  
Eurotext

[www.jle.com](http://www.jle.com)

# AU RISQUE D'ÊTRE LU !

Thierry TRÉMINE, Rédacteur en chef



On écrit trop souvent pour être oublié, quelques phrases pour se défouler dans les décharges publiques et sociales, ou pour n'être que les commentateurs des images ; parfois avec des regrets ou des remords par la suite.

Nous on publie des articles réfléchis, revus, commentés, discutés et... lus ; à disposition.

Scriptae manent, verba volent est traduit habituellement par les paroles s'envolent et les écrits restent, mais ce sens est trop facile. Non, les paroles ne s'envolent pas toutes, mais dans l'Information psychiatrique les écrits les prolongent ; l'écrit garde de cette formule latine le sens originel du commerce, de l'échange et... du risque pris. Le risque d'être lu.

Alors écrivez-nous, on vous répondra : c'est simple ! Nous avons facilité les modalités d'envoi des articles, qui doivent cependant être conformes aux instructions aux auteurs : c'est le prix d'un échange raisonné.

L'Information psychiatrique publie des articles qui réfléchissent sur l'actualité, traitent de nos préoccupations habituelles ou prennent de la distance. Ces temps différents nous constituent, mais aucun n'est exclusif.

A vos plumes !



## APPEL À COTISATION SPH 2021

*Cher(e) Collègue,*

*Dans la crise actuelle du monde hospitalier, l'importance des syndicats n'est plus à démontrer : en apportant informations, conseil juridique et accompagnement des médecins dans des situations professionnelles troublées par les évolutions de la gouvernance hospitalière et la mise à mal des solidarités. Mais aussi en organisant les actions collectives et en prenant une place dans la représentativité des corps professionnels face aux instances.*

*Le SPH reste le premier syndicat des psychiatres publics quel que soit leur statut. Il soutient les psychiatres dans la **commission statutaire nationale** et le **conseil de discipline**, ainsi qu'au **Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitaliers** par l'intersyndicale APH dont il est un des acteurs majeurs et historiques au sein des autres disciplines de médecins hospitaliers pour défendre l'hôpital public.*

*De nouvelles réformes vont advenir pour les statuts de l'exercice hospitalier et pour la psychiatrie. Le SPH s'investit pour être l'interlocuteur du ministère et des institutions en charge des politiques de santé : les membres du bureau participent au Conseil national professionnel de psychiatrie et aux différents groupes de travail touchant la psychiatrie.*

*Le SPH défend la discipline et anticipe ses évolutions aussi dans ses aspects scientifiques par la Société de l'Information Psychiatrique et la publication de l'Information Psychiatrique.*

*Le SPH s'engage, défend les droits (recours au Conseil d'Etat contre le décret Hopsyweb) et les principes d'égalité pour les plus démunis, en lien et en partenariat avec d'autres syndicats et les associations .*

**Le SPH, c'est vous, c'est nous : il est important d'adhérer**, votre adhésion permet de défendre votre discipline.

*Nous vous conseillons l'adhésion sécurisée en ligne sur votre site [www.sphweb.fr/adhesion](http://www.sphweb.fr/adhesion).*

*Vous recevrez automatiquement par mail votre attestation pour votre déduction fiscale.*

*Bien syndicalement.*

**Les nouvelles syndicales sont sur [www.sphweb.fr](http://www.sphweb.fr) et [www.cphweb.info](http://www.cphweb.info) 24h/24, le SPH vous informe grâce à son compte Twitter sur [@SPHtweeter](https://twitter.com/SPHtweeter)  
Créez votre compte Twitter en quelques clics sur [www.twitter.com](http://www.twitter.com)**

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.

### 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.

### Avantage SIP

L'adhésion au SPH inclut l'adhésion à la Société de l'Information Psychiatrique : les adhérents SIP bénéficient d'une réduction d'au moins 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.

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

Vous pouvez mettre en place le prélèvement automatique annuel de votre cotisation et son échelonnement sans frais.

### Avantage Information Psychiatrique

Les adhérents du SPH bénéficient d'un tarif préférentiel d'abonnement à la revue de 71€ par an (au lieu de 177€) pour l'abonnement aux 10 numéros annuels de la revue.

### Adhésion des internes Faites le savoir !

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

### Première adhésion Faites le savoir !

Pour une première adhésion au SPH en 2021 :

- Entrée gratuite aux 39<sup>èmes</sup> Journées Annuelles de la SIP à La Baule du 7 au 9 octobre 2021.
- Et pour une première adhésion après le 30 juin au SPH, vous bénéficiez en plus d'une réduction de votre cotisation 2021. La première adhésion se prend uniquement sur le site sphweb.fr.

### MONTANT DE LA COTISATION

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

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

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

Joindre obligatoirement la fiche individuelle ci-dessous et envoyer à :

Dr P.-F. GODET, Trésorier SPH  
Pôle Ouest - CH Vinatier - 95 bd Pinel  
BP 30039 - 69678 Bron Cedex

Secrétaire : Aicha RAMDANI - secretariatsip2@gmail.com - Tél. : 04 37 91 52 21

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

### Fonction institutionnelle (le cas échéant)

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

### Exercice de la psychiatrie

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

### Votre établissement de rattachement

Type (CHS, CH, CHU, etc.)  
Nom de l'établissement  
N° Rue  
CS BP CP Localité  
Tél.

### Adresse postale personnelle

N° Rue  
CS BP CP Localité



# ANNONCES DE RECRUTEMENT







