

LA LETTRE DU



À la Une.

L'étude Plaid Care

Actu.

Victoire au Conseil d'État

Les mots

en psychiatrie

N°25 - JUIN 2025



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

MELIORAN®

L'EXPERTISE DU PROBIOTIQUE & DU VÉGÉTAL
AU SERVICE DU BIEN-ÊTRE MENTAL



- Stress ponctuel
- Stress d'anticipation

MELIORAN® Imedia



CONSEILS D'UTILISATION :

- Stress ponctuel :** 1 stick à boire pur / jour
- Stress d'anticipation :** 1 stick à boire pur 20 min avant l'évènement stressant

Complément alimentaire à base de :

- L-théanine extraite des feuilles de thé vert : 200 mg
- Extrait de passiflore : 2 915 mg
- Extrait de rhodiole : 840 mg

- La théanine et la passiflore favorisent la relaxation.
- La rhodiole aide en cas de stress.



-18 ans

- Stress régulier
- Anxiété

MELIORAN® Psychobiotic



CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 gélule / jour**
- 30 jours**
- Le matin à jeun

Complément alimentaire à base de 2 souches microbiotiques *Lactacaseibacillus paracasei* LA903, *Lactacaseibacillus casei* LA205 et de vitamine B6.

La vitamine B6 contribue à des fonctions psychologiques normales.

- Baisse de moral
- Surcharge émotionnelle

MELIORAN® Regul



CONSEILS D'UTILISATION :

- 2 comprimés / jour**
- 15 à 45 jours**
- Le matin de préférence

Complément alimentaire à base d'extrait Phytostandard® de rhodiole et d'extrait Safracetin® de Safran.

- Le safran contribue à maintenir une humeur positive.
- La rhodiole aide l'organisme à s'adapter à la surcharge émotionnelle.



-18 ans

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI MELIORAN®:

MELIORAN® Imedia : Réservé aux adultes. Déconseillé aux femmes enceintes et allaitantes et aux personnes bipolaires. Demandez conseil à un professionnel de santé en cas d'hypotension artérielle ou de migraines, d'usage concomitant de traitements psychotropes et de prise simultanée avec un anti-hypertenseur. Une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs.

MELIORAN® Regul : Pour une utilisation continue sur plusieurs mois, un avis médical est conseillé. Réservé à l'adulte. Déconseillé aux femmes enceintes ou allaitantes et aux personnes bipolaires. Consultez un professionnel de santé en cas d'usage concomitant de traitements psychotropes, dont les antidépresseurs. Surveillance recommandée en cas de prise simultanée avec un anti-hypertenseur. Une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs.

Compléments alimentaires qui ne peuvent se substituer à une alimentation variée, équilibrée et un mode de vie sain

NOURRIR LA SANTÉ QUI EST EN NOUS.

PiLeJe
LABORATOIRE



06

14

37

Sommaire

- 04 **Communiqué de presse**
Pénurie de médicaments
- 06 **Dossier d'actu**
Victoire au Conseil d'État
- 08 **Retour sur...**
Les élections professionnelles
Le Congrès Français de
Psychiatrie 2024
Le congrès de la Société de
l'Information Psychiatrique 2024
- 16 **Les branches de la psychiatrie**
La psychiatrie médico-légale
- 20 **À la Une**
Les résultats de l'étude Plaid Care
- 23 **Le saviez-vous ?**
La place du directory
- 24 **Une question pour Jean**
Le Compte Epargne Temps
- 26 **Agenda**
Tous vos événements à venir
- 28 **Le coin culture**
" Le problème à 3 corps " Liu Cixin
- 32 **Vie institutionnelle**
Harcèlement
- 34 **Vignette clinique**
L'agoraphobie traitée par TCC
- 39 **Autour d'un mot**
Fluidité
- 40 **Courrier des lecteurs**
- 41 **Annonces**

La Lettre du SPH - N° ISSN : 2427-6588
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Présidente : Dr Marie-José Cortès
secretariatsip2@gmail.com

Directrice de la publication et maquette
Sophie Dubos - Createek
contact@createek.fr

Régie publicitaire
Réseau Pro Santé - M. Tabtab
contact@reseauprosante.com

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.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

23 AVRIL 2025

Pénuries de 14 médicaments en psychiatrie depuis le 1^{er} janvier 2025 : une situation intenable et qui s'accroît...

Depuis le 1^{er} janvier 2025, 14 tensions d'approvisionnement et ruptures de stock en médicaments psychotropes ont été publiées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)¹.

Comme précisé par la Direction Européenne de la Qualité du Médicament et Soins de Santé, « la menace des pénuries de médicaments, qui nuisent à la continuité des soins et entraînent des augmentations de coûts, plane constamment sur les systèmes de santé européens. Ce problème est antérieur à 2020, mais a été exacerbé par les conséquences de la pandémie de COVID-19 et par l'instabilité géopolitique ».

Depuis plusieurs mois, la psychiatrie se trouve particulièrement en difficulté avec des tensions d'approvisionnement récurrentes allant jusqu'aux ruptures, et ce pour des molécules de plus en plus nombreuses.

QUELS PSYCHOTROPES SONT CONCERNÉS ?

Des psychotropes jugés essentiels (cf. liste des médicaments essentiels du Ministère du travail, de la

santé et des solidarités²) à savoir des traitements de fond indispensables à la prise en charge médicamenteuse au long cours de nos patients : des antipsychotiques (la Quétiapine, l'Olanzapine injectable à libération prolongée, la Palipéridone injectable à libération prolongée à titre d'exemple), des thymorégulateurs avec le Lithium ou encore des antidépresseurs (notamment la Sertraline).

QUELLES CONSÉQUENCES POUR LES PATIENTS ?

- Des déstabilisations cliniques allant jusqu'à des hospitalisations (cas récent d'une patiente hospitalisée suite au remplacement de la Quétiapine à Libération Prolongée par la Quétiapine à Libération Immédiate comme préconisé dans les alternatives de l'ANSM). Le lithium est le « Gold Standard » de la prise en charge de la maladie bipolaire, faisant l'unanimité de toutes les recommandations internationales, comment imaginer ne pas pouvoir en disposer ?³
- Pour les injections d'Olanzapine Injectable, elles sont réalisées en hôpital de jour. Les patients peuvent venir de loin, selon les

territoires, et il faut reporter les rendez-vous le temps de pouvoir disposer de l'injection et espérer que le report ne sera pas à l'origine d'un effet de fin de dose trop important et d'une éventuelle rechute clinique. Il faut imaginer que de nombreux patients disposant des injections mensuelles ont cette proposition de thérapie car leur adhésion médicamenteuse à un traitement par voie orale n'est pas optimale.

- Concernant la Sertraline, il s'agit, à nouveau d'un des antidépresseurs les plus utilisés que ce soit dans l'Episode Dépressif Caractérisé ou dans les troubles anxieux. En effet, il présente une pharmacocinétique et un profil d'efficacité intéressants avec peu d'interactions médicamenteuses, comparativement aux autres inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, rendant sa rupture d'autant plus fâcheuse. Ce qui est craint avec les arrêts d'antidépresseur est le syndrome de discontinuation, cliniquement ressenti par les patients⁴.
- C'est un véritable « casse-tête » pour les patients et leurs aidants pour essayer de trouver une officine pouvant leur dispenser

¹ <https://ansm.sante.fr/disponibilites-des-produits-de-sante/medicaments?orderIndex=0&order=DESC>

² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_medicaments_essentiels_2024.07_08.pdf

³ Overview | Bipolar disorder: assessment and management | Guidance | NICE

⁴ <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.10.005>

le traitement, sachant que, de par la maladie, ce type de recherche est particulièrement anxiogène.

- Une surcharge pour le système de santé : les hospitalisations et les consultations d'urgence liées aux rechutes augmentent. Psychiatres, pharmaciens et infirmiers se retrouvent démunis.

APPEL À L'ACTION

Nous appelons les autorités sanitaires, les laboratoires pharmaceutiques et les décideurs politiques à prendre des mesures urgentes pour résoudre cette crise. Nous demandons :

- **Une transparence accrue** sur les stocks et les approvisionnements de médicaments, les ruptures étant qualifiées de ruptures à durée indéterminée. De la même façon, les causes de ces ruptures doivent clairement être identifiées.

Pour cela, nous demandons la mise à disposition d'un outil permettant d'identifier les stocks détenus par les laboratoires pharmaceutiques, les dépositaires et les grossistes-répartiteurs ainsi que les pharmacies hospitalières et les pharmacies d'officine. Cet outil devra également permettre la transmission de l'ensemble des informations concernant le produit de santé indisponible (origine de la rupture, délais envisagés, mesures en cours, éléments de priorisation des patients, alternatives recommandées, ...).

- **Des solutions concrètes** pour garantir un approvisionnement continu et stable des médicaments essentiels. Pour cela, nous demandons la mise en place d'un dispositif incitant les laboratoires fabricants à maintenir l'accès à ces médicaments et

des dispositions réglementaires permettant de faciliter les flux de médicaments en pénurie, notamment entre les pharmacies à usage intérieur et les pharmacies d'officine.

- **Un soutien renforcé** pour les professionnels de santé et les patients affectés par ces pénuries. Nous souhaitons notamment que les autorités sanitaires sollicitent le plus en amont possible les sociétés savantes médicales et pharmaceutiques et qu'elles les accompagnent et les soutiennent dans leurs travaux de recherche d'alternatives (AMM, hors AMM, préparations).

La psychiatrie française est déjà à bout de ses moyens et ses professionnels épuisés et en sous-effectifs criants.



Victoire au Conseil d'État



Paul Jean-François
Psychiatre,
expert de justice

Par une décision du Conseil d'État en date du 9 septembre 2024 et publiée au journal officiel du 12 septembre 2024, la plus haute juridiction administrative a annulé les dispositions discriminatoires relatives à l'accès à la tarification sur devis des expertises psychiatriques dites « hors normes » qui était réservée uniquement aux praticiens libéraux selon un arrêté du 7 septembre 2021 publié au journal officiel du 8 septembre 2021.

Cette décision fait suite à une requête de notre collègue, Paul Jean-François, expert de justice et membre du bureau du syndicat dont l'action a bénéficié de l'appui du SPH. La requête contentieuse a été introduite après un recours gracieux qui est resté sans réponse.

Cette censure du Conseil d'État a représenté la suite logique face à l'iniquité de cet arrêté et à l'entêtement du ministère de la Justice à vouloir bafouer le principe d'égalité des citoyens devant la loi et à introduire des mesures discriminatoires visant à favoriser l'exercice dans le cadre du statut libéral au détriment de celui de collaborateurs occasionnels du service public (COSP).
Le 15 septembre 2021, le SPH s'était

insurgé dans un communiqué contre les dispositions de cet arrêté et avait dénoncé son caractère illégal en réclamant sa modification en vue d'un accès de l'ensemble des experts psychiatres à ce mode de tarification indépendamment de leur statut.

Il faut relever que 75 % des médecins experts psychiatres exercent leur activité dans le cadre du statut de COSP et une immense majorité d'entre eux sont des praticiens hospitaliers. Le Ministère de la Justice a été contraint de publier un nouvel arrêté en décembre 2024 autorisant l'accès à la tarification sur devis des expertises dites « hors normes » à l'ensemble des experts psychiatres mais sans la majoration du plafond que nous avons réclamée.

Face à la démographie déclinante des psychiatres et des experts de justice, il apparaît nécessaire que le Ministère de la Justice prenne des mesures incitatives pour améliorer l'attractivité de la pratique de l'expertise psychiatrique et enrayer la baisse démographique qui ne cesse de s'accroître au point de mettre les juridictions en difficulté pour la réalisation des expertises psychiatriques.



CONSEIL D'ETAT

RETOUR SUR...

Les élections professionnelles



Soazic Peden

Pédopsychiatre,
Secrétaire Générale Adjointe d'APH

textes réglementaires concernant les statuts des personnels médicaux exerçant à l'hôpital public. Il possède plusieurs commissions : une commission des statuts, une commission chargée de la prévention des risques professionnels, et une commission concernant l'évolution des compétences et des parcours professionnels.

Il est composé de quatre collèges :

- trois collèges statutaires composés de représentants des organisations syndicales reconnues représentatives aux élections professionnelles, avec pour chaque siège de ces collèges un titulaire et deux suppléants à élire,
 - collège HU titulaires de 5 sièges représentant environ 6000 HU,
 - collège PH titulaires de 5 sièges représentant environ 50 000 PH,
 - collège des non-titulaires représentant tous les statuts

« précaires » : contractuels, CCA, assistants, associés... dont on ne connaît pas bien le nombre ! (Environ 45000) et qui regroupe des situations de « précarité » très différentes (avec quelques contractuels mieux rémunérés que les PH),

- un collège employeur, désigné par la FHF, avec sept sièges occupés par des directeurs d'établissements et des PCME.

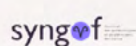
Les discussions sont animées par la DGOS.

Obtenir des élus au CSPM permet d'une part d'être partie prenante des discussions sur la réglementation, et d'autre part d'être reconnu comme représentatif et de pouvoir ainsi être convoqué à l'ensemble des discussions organisées par les tutelles, et d'envoyer des représentants à l'échelle régionale dans

Nous votons il y a quelques mois pour nos représentants au CSPM, CD et CSN. Quel bilan ?

Tout d'abord, le CSPM le CD et le CSN : rappelons-nous...

Le CSPM, c'est le « Conseil Supérieur des Professions Médicales, odontologiques et pharmaceutiques ». Il doit être consulté pour tous les



Merci !

POUR VOTRE CONFIANCE

Ensemble avec 



SYNCASS

Crédit photo ©APH

LA LETTRE DU

SPH

différentes instances (CRP¹, CSOS², CRSA³, CCI...). Pour être représentatif, il faut avoir recueilli plus de 10 % des suffrages et avoir obtenu 2 sièges au CNG dans 2 commissions différentes.

Le CD (conseil de discipline) et la CSN (commission statutaire nationale) sont des instances qui dépendent du CNG. Elles sont paritaires, avec des représentants des praticiens issus des élections professionnelles à proportion des voix recueillies par leurs intersyndicales et des représentants des administrations (IGAS, DGOS, FHF, médecins inspecteurs ARS...).



Crédit photo © Canva Pro

Ces instances sont organisées par discipline (7 disciplines : anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, psychiatrie et radiologie).

Les CD émettent un avis pour la situation de praticiens faisant l'objet d'une procédure disciplinaire lorsque la sanction va au-delà d'un avertissement ou d'un blâme. Les CSN donnent un avis sur les cas de praticiens qui en fin d'année probatoire reçoivent des avis défavorables à leur titularisation, et aussi sur les cas d'insuffisance professionnelle.

Le SPH, au sein de l'intersyndicale de la CPH (confédération des praticien des hôpitaux), qui, avec l'intersyndicale AH (Avenir Hospitalier), constitue APH (Action Praticiens Hôpital) a participé activement à ces élections, tant dans leur organisation avec la DGOS et le CNG, que dans la constitution des listes, la présentation de candidats et la participation au vote. Les listes « ensemble avec APH » ont réuni des candidats d'AH, de la CPH, de SYNCASS-CFDT et de l'AMUF.

Ce que j'en retiens ?

Beaucoup de temps et d'énergie avec des réunions

¹ Commission Régionale Paritaire

² Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins

³ Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

préparatoires avec la DGOS et le CNG, une formation au bureau de vote électronique, les envois des messages à destination des électeurs, des élections blanches, la tenue des bureaux de vote au ministère pour le scellement et le descellement des urnes, les cellules de crise...

De nombreuses difficultés liées à la voie électronique qui ont pu être abordées au cours d'un RETEX en octobre. Les prochaines élections se prépareront bien plus en amont !

Notons l'engagement collectif du SPH et de l'USP, avec l'appui des forces d'Ensemble avec APH pour constituer des listes et diffuser l'information auprès des PH et aider pour le vote.

LES RÉSULTATS DU CÔTÉ CSPM

Au CSPM, le nombre de voix obtenues nous place en tête de ces élections.

Voici les détails des résultats :

Collège HU

Nom de la liste	Liste déposée par	Voix	Pourcentage suffrages exprimés	Nombre de sièges obtenus titulaires
Unis ensemble pour la défense de l'hôpital	CMH, INPH, SNAM-HP	665	60.51 %	3
Ensemble avec APH	AH, CPH, AMUF, SYNCASS-CFDT-CFDT	369	33.58 %	2
SNMH-FO	SNMH-FO	65	5.91 %	0

Les 2 titulaires élus de la liste Ensemble avec APH sont Jean Sibilia et Cyrille Blondet.

Les 4 suppléants sont Henri Duboc, Karine Nouette-Gaulain, Julie Contenti et Antoine Dupuis.

Collège PH titulaires

Nom de la liste	Liste déposée par	Voix	Pourcentage suffrages exprimés	Nombre de sièges obtenus titulaires
Ensemble avec APH	AH, CPH, AMUF, SYNCASS-CFDT	3608	49.50 %	3
Unis ensemble pour la défense de l'hôpital	CMH, INPH, SNAM-HP	2290	31.42 %	2
Syndicat Jeunes Médecins	Syndicat Jeunes Médecins	800	10.98 %	0
SNMH-FO	SNMH-FO	339	4.65 %	0
UFMCT-CGT	UFMCT-CGT	252	3.46 %	0

Les 3 titulaires élus de la liste Ensemble avec APH sont Jean-François Cibien, **Marie-José Cortes** et Yves Rébufat.

Les élections professionnelles

Les 6 suppléants sont Anne Geffroy-Wernet, Eric Branger, Raphaël Bérenger, Anne Gervais, Hubert Parmentier et Anne David-Bréard.

Collège des non-titulaires

Nom de la liste	Liste déposée par	Voix	Pourcentage suffrages exprimés	Nombre de sièges obtenus titulaires
Syndicat Jeunes Médecins	Syndicat Jeunes Médecins	431	30.98 %	2
Unis ensemble pour la défense de l'hôpital	CMH, INPH, SNAM-HP	381	27.39 %	2
Ensemble avec APH	AH, CPH, AMUF, SYNCASS-CFDT	362	26.02 %	1
UFMICT-CGT	UFMICT-CGT	116	8.34 %	0
SNMH-FO	SNMH-FO	101	7.26 %	0

Le titulaire élu de la liste Ensemble avec APH est Arnaud Chiche, les deux suppléants sont Néfissa Lakhdara et Farid Slimani.

Pour rappel, suite aux élections de 2019, la répartition des postes dans le précédent CSPM et suite aux élections de juin 2024 :

	Collège 1 HU titulaires	Collège 2 PH titulaires	Collège 3 non titulaires
2019			
APH-JM	1	3	3
Liste Alliance	4	2	2
Total	5	5	5
2024			
APH	2	3	1
Liste Alliance	3	2	2
JM	0	0	2
Total	5	5	5

La liste ensemble avec APH a gagné un siège au collège HU, et conserve un siège au collège des non titulaires, Jeunes médecins s'étant présenté séparément. Il nous faudra aussi **travailler avec nos collègues non titulaires pour une meilleure représentation.**

Jeunes Médecins devient la troisième force représentative des praticiens. Plus globalement, on regrettera la **faible participation à ces élections, qui se situe globalement aux alentours de 10%.**

Montrons-nous pédagogiques, expliquons l'importance de ces élections et mobilisons-nous !

C'est au vu des résultats des élections au CSPM que sont répartis des **moyens syndicaux** : crédit de temps syndical et subvention pour des moyens informatiques et téléphoniques.

D'intenses négociations se sont engagées afin de tenir compte des collègues et des suffrages exprimés, et la DGOS envisage le passage de 18 à 22 ETP pour l'ensemble des intersyndicales représentatives.

C'est aussi en fonction de notre représentation au CSPM que se décide **l'équilibre des représentations dans les différentes instances CRP, CRSA, CSOS...**

A l'heure où j'écris ces lignes, nous sommes toujours en attente du renouvellement des membres des CRP placées auprès des directeurs généraux des ARS du fait de la question de l'attribution du 12ième siège qui n'est pas résolue. Un décret devrait clarifier la situation pour l'avenir. Sont aussi en discussion les représentations au CA du CNG et au CA de l'IRCANTÉC.

LES RÉSULTATS DU CÔTÉ DU CNG

Votaient les titulaires, par discipline, et en fonction de leur statut pour CSN HU, CSN PH et CD PH, avec 6 représentants à élire pour chacune des instances et par discipline. (L'instance disciplinaire des HU est la JDHU, qui relève d'une élection différente)

Au CSN HU

Nous n'avons pas présenté de liste de HU en psychiatrie. On voit bien que nous devons encore travailler nos liens avec les universitaires et les mobiliser, **un objectif pour les futures élections !**

Pour le CSN PH

	Spécialité psychiatrie
Nombre d'électeurs inscrit	5361
Nombre de votants	697
Bulletins blancs	5
Suffrages valablement exprimés	692
Taux de participation	13 %
Ensemble avec APH	300 voix - 43.35 % - 3 élus
Jeunes Médecins	111 voix - 16.04 % - 1 élu
CMH-INPH-SNAM-HP	237 voix - 34.25 % - 2 élus
SNMH-FO	44 voix - 6.36 % - 0 élu

En psychiatrie, notre liste commune "Ensemble avec APH - SPH - USP" a donc vu élire les titulaires suivants :

Jean-Pierre Salvarelli (SPH), Stéphane Henriette (SPH) et Charles-Olivier Pons (USP).

Et élus suppléants :

Blandine Barut (SPH),
Paul Jean-François (SPH),
Anne-Sophie Pernel (SPH).

Les suivants sur la liste des candidats monteront suppléants puis titulaires si l'un des titulaires devait quitter ses fonctions :

Jean-François Delaporte,
Blandine Perrin,
Marie-José Cortès,
Delphine Glachant,
Pascale Beau,
Pascale Rosenberg.

Pour les CD

	Spécialité psychiatrie
Nombre d'électeurs inscrit	5361
Nombre de votants	684
Bulletins blancs	6
Suffrages valablement exprimés	678
Taux de participation	12.75 %
Ensemble avec APH	289 voix - 42.63 % - 3 élus
Jeunes Médecins	115 voix - 16.96 % - 1 élu
CMH-INPH-SNAM-HP	227 voix - 33.48 % - 2 élus
SNMH-FO	47 voix - 6.93 % - 0 élu

Avec un taux global de participation de 13,97%,
12,75% en psychiatrie...

En psychiatrie, sont élues titulaires : **Marie-José Cortès (SPH), Soazic Peden (SPH) et Delphine Glachant (USP)**, et élus suppléants Pascal Favré (SPH), Yasmina Dejean (SPH) et François Laruelle (SPH).

Monteront suppléants puis titulaires en cas de fin de fonction des élus dans l'ordre de présentation :

Blandine Perrin,
Maxence Bras,
Anne-Sophie Pernel,
Maxence Barba,
Blandine Barut,
Guillaume Delcey.



Actu'APH 19

Le numéro 19 d'Actu APH vous présente les élus aux élections. Nos listes ont rassemblé des praticiens en activité, de toutes disciplines et travaillant dans différents établissements, sur l'ensemble du territoire. Nous avons beaucoup travaillé pour ces élections passées, remercions les candidats, les électeurs ayant voté, et félicitons les élus !

Engagés dans nos missions, nous tirerons les leçons de ces élections pour faire vivre encore plus la représentation syndicale et déjà préparer les futures élections à venir. Nous serons d'autant plus forts que vous nous rendrez forts.

RETOUR SUR...

16^{ème} Congrès Français de Psychiatrie (CFP) 27 au 30 novembre 2024 à Rennes



Pascal Favré
Psychiatre

Le 16^{ème} Congrès Français de Psychiatrie (CFP) s'est tenu à Rennes, au couvent des Jacobins, du 27 au 30 novembre 2024, sur le thème de l'Esprit. Réunissant toutes les composantes de la psychiatrie française, le CFP se réunit chaque année dans une grande ville française. Support des démarches de formation médicale continue et assurant la promotion de l'enseignement et de la recherche en psychiatrie, le CFP a accueilli près de 4000 professionnels de santé mentale et psychiatrie à Rennes en 2024: psychiatres, psychologues, infirmières en psychiatrie, IPA, cadres de santé, orthophonistes, psychomotriciens, chercheurs, internes, pair aidants, usagers, directeurs d'établissement, médecins généralistes...

Le CFP 2024 a intégré en son sein les 7^{èmes} Journée de l'ACCompagnement et de l'action médico-sociale

(JACC), les 7^{èmes} Journées Sciences Infirmières et Recherche Paramédicale (JSIRP) et les 9^{èmes} Journées de Psychiatrie de la Personne Âgée (JPPA) qui ont accueillis à cette occasion de nombreux participants. Le programme du CFP 2024 était très riche et a tenu toutes ses promesses, proposant aux congressistes 6 conférences plénières, 5 partages de pratiques cliniques, 17 rencontres avec l'expert, 12 débats, 27 sessions thématiques et 26 sessions du Forum des Associations.

Un esprit d'innovation planait

sur le congrès, des neurosciences fondamentales à la psychopharmacologie en passant par la recherche épidémiologique et en psychothérapie, pour le plus grand bonheur des participants.

Le 17^{ème} Congrès Français de Psychiatrie se tiendra à Cannes, au Palais des Festivals et des Congrès, du 10 au 13 décembre 2025, sur thème de la Lumière.

Les membres adhérents au SPH et à la SIP bénéficient d'un tarif privilégié pour leur inscription au CFP 2025.



Crédit photo ©CFP



Cannes

Congrès Français de Psychiatrie

17^e

Lumière

Phygital

Cannes

Palais des Festivals
et des Congrès

10 au 13 décembre
2025

e-CFP

10 décembre
2025
au 28 mars
2026

www.congresfrancaispsychiatrie.org

Informations & inscriptions

CARCO - 104 boulevard de Sébastopol - 75003 Paris

Tél. : +33 (0)1 85 14 77 77

info@congresfrancaispsychiatrie.org





Crédit photo ©Createek

42^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique 03 au 05 octobre 2024 à Arcachon



Pascal Favré
Psychiatre

Les 42^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, se sont tenues au Palais des Congrès d'Arcachon, du 3 au 5 octobre 2024, sur le thème Troubles psychiatriques, différences sexuelles. Les professionnels de santé en psychiatrie, de toutes catégories, ont pu à cette belle occasion bénéficier d'une formation de qualité et réfléchir ensemble à ces questions complexes.

Le programme du congrès de la SIP en 2024 a proposé aux nombreux congressistes 12 conférences plénières, 5 Symposia, 5 tables rondes et 3 cafés littéraires.

Les aspects et dimensions des différences dans la clinique psychiatrique de l'homme et de la femme ont été interrogées. Les psychiatres et les pédopsychiatres en particulier doivent-ils considé-

rer le sexe du patient dans la prévention, le diagnostic, la prise en charge de celui-ci ?

Les différences biologiques doivent-elles être prises en compte dans les traitements, les risques sur la fertilité, sur l'éventuel enfant à naître, sur l'expression clinique, sur les critères diagnostiques, sur l'efficacité thérapeutique... Ces hypothèses ont été longuement interrogées à Arcachon, magnifique cité balnéaire.

Les psychiatres ont-ils le droit de penser la question du genre dans leur clinique ? Qu'en est-il par ailleurs de l'identification aux représentations sociales ?

Ces dernières peuvent-elles parfois influencer, à tort, les praticiens et leur démarche clinique ? Qu'en est-il à l'international ?

Ces problématiques sensibles et complexes ont été abordées pendant les 42^{èmes} journées de la SIP à Arcachon en octobre 2024.

Mme Véronique Fau Vincenti, historienne, a ouvert le congrès par une réflexion sur deux siècles de préjugés genres (1780-1980).

Mme Claudine Junien, Professeur en génétique, a traité du sexe et du genre à l'ère de l'épigénétique, et la dépression post-natale a fait l'objet d'un séminaire dédié, sous l'égide du laboratoire BIOGEN.

Mme Juliette Oury nous a présenté son livre intitulé " Dès que sa bouche fut pleine ", Flammarion 2024.

Le Pr François Medjkane a traité du développement de l'identité

de genre au regard du paradigme des variations du développement génital.

Le Dr Jean Chambry, pédopsychiatre a évoqué les enjeux éthiques et les réalités cliniques de la transidentité des mineurs.

Le Dr Ludivine Nohales nous a présenté les spécificités des psychotraumatismes chez les femmes.

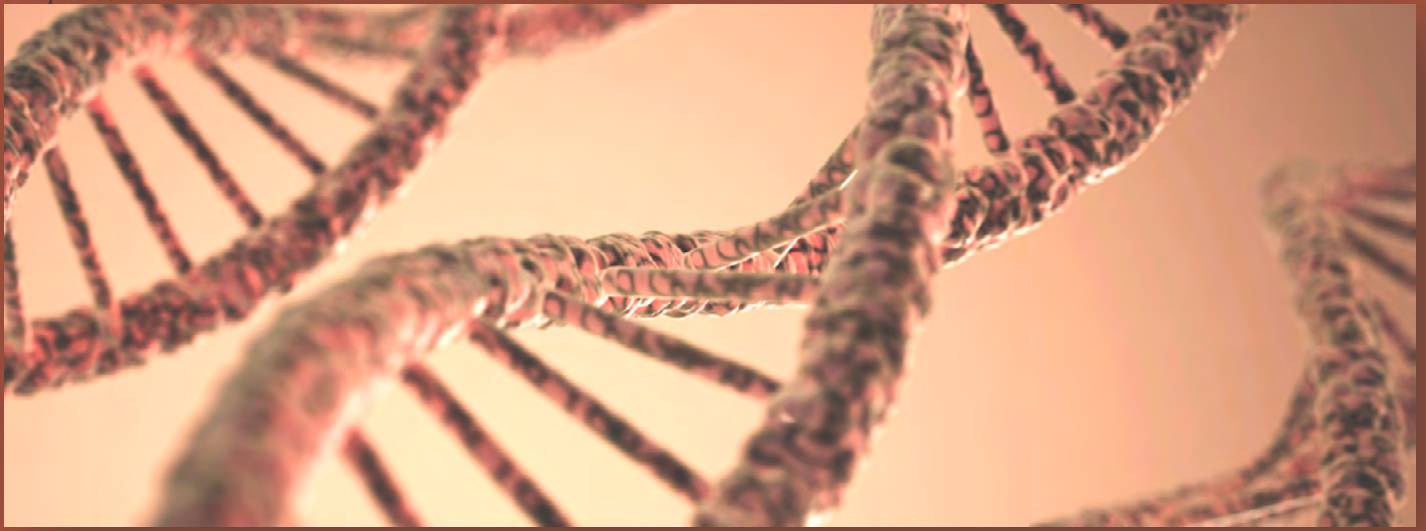
Mme Béatrice Edei, psychologue clinicienne, a interrogé la question du genre dans la souffrance psychique au travail.

Notre collègue Joao Castadelli-Maia, professeur adjoint à l'université de Columbia (Etats Unis), a animé le symposium de l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) sur le thème de la prise en compte du tabac lors des soins en psychiatrie.

Les congressistes ont fait part de leur grande satisfaction quant à la manière dont les organisateurs ont mis en œuvre ces échanges, dans une ambiance très conviviale propice aux rencontres.

Les 43^{èmes} journées de la SIP auront lieu à Antibes du 2 au 4 octobre 2025, sur le thème Excitation, agitation, crise...L'ABC de la psychiatrie de l'excès ?.

Rejoignez-nous à Antibes pour explorer les défis et les solutions pour ensemble faire avancer nos pratiques professionnelles !



LES BRANCHES DE LA PSYCHIATRIE

La psychiatrie MÉDICO-LÉGALE



Yasmina Dejean
Psychiatre

C'est l'histoire d'un gars d'âge mûr au profil marqué par les ruptures, l'instabilité, l'impulsivité et les transgressions diverses.

Enfant unique de l'union de ses parents, il a des frères et sœurs dans les deux lignées, maternelle et paternelle. Il est le seul enfant métis. Ses parents se sont séparés

peu après sa naissance. Il est le plus jeune et le seul de la fratrie à ne pas porter le nom de son père, un homme qui a toujours gardé ses distances avec ce fils.

Sa scolarité a été chaotique. Il a eu du mal à apprendre, à rester assis. Il estime qu'il est passé de classe en classe du fait d'une particularité, sa grande taille. Sinon on l'aurait fait redoubler, il l'aurait bien mérité, il n'était ni intéressé, ni intéressant.

Il quitte le système scolaire prématurément, découvre les toxiques, commet, mineur, des infractions diverses. Pourtant, il ne bénéficiera d'aucun suivi éducatif, à moins qu'il ne s'en souvienne pas.

L'insertion professionnelle sera quasiment inexistante. Sans qualification aucune, usant allègre-

ment des substances psychoactives, il enchaîne les contrats courts et écourtés : il les abandonne quand il n'est pas renvoyé ou incarcéré.

La vie affective dénote, il est resté en couple 10 ans de suite, deux enfants sont nés, il s'en est occupé comme il a pu, puis immanquablement et comme si cela était écrit d'avance, est survenue une séparation, sans trop de tumulte.

Vous aurez reconnu le psychopathe ou sociopathe. Pourquoi parler de lui ? Son cas est si banal !

C'est que je le rencontre en expertise pré-sentencielle, car il est mis en examen pour vol en réunion, non-assistance à personne en danger, non-dénonciation de crime.

Son casier judiciaire est bien fourni. Il est sous contrôle judiciaire, il s'est présenté au rendez-vous, une lettre à la main, rédigé dit-il par sa compagne qui le fréquente depuis deux ans.

J'ai devant moi un grand gaillard, métis, mince, correctement vêtu, au contact facile, un peu timide, emprunté, quelque chose de juvénile malgré ses presque quarante ans.

Je prends les précautions d'usage, indique le cadre de la mission, la finalité judiciaire de la rencontre. Je vais explorer, s'il le veut bien, son état clinique, l'histoire de la maladie s'il y a lieu, son parcours, son récit au sujet des faits. Je prends des notes afin de pouvoir rédiger avec précision un rapport au juge, dont son avocat aura

connaissance. Je lui précise son droit de se taire.

Son quelque-chose de naïf, en dépit de ce que je sais déjà de lui, des données peu flatteuses, j'ai déjà pris connaissance de son casier judiciaire et des procès-verbaux d'audition, va m'amener à accepter d'engager l'expertise sur la lecture de la lettre manuscrite dont il me dit qu'elle est rédigée par sa compagne. Elle écrit qu'il vient de se voir révéler un secret d'une importance cruciale : il est porteur d'une anomalie chromosomique que sa mère lui a volontairement cachée, il a un chromosome sexuel en plus. Ceci pourrait expliquer son comportement.

Cette information me paraît suspecte. Que ne va-t-il pas inventer là ?

Prudente je ne l'écarte pas, je sais que tout est possible, même le plus improbable, l'expérience clinique nous l'enseigne. Je conduis mon expertise comme habituellement, et je ne recherche pas une étiologie au sens médical du terme mais à apporter un éclairage par une lecture plutôt psychodynamique.

Il reconnaissait s'être rendu chez la victime, qu'il connaissait vaguement, avec un "collègue". Une altercation avait éclaté, le collègue avait sauvagement tué la victime devant lui, il avait tenté de l'en dissuader, et lui-même avait été sidéré par la gravité de la situation. Il avait néanmoins prélevé dans la poche de la victime les 50 euros qui s'y trouvaient, et il avait quitté les lieux. La victime était découverte à son domicile quelques jours plus tard.

Il n'avait pas osé dénoncer le crime, craignant d'être tenu pour le seul coupable, certain de ne pas être cru du fait de l'épaisseur de son casier.

C'est bien sûr avec les données usuelles, cliniques, d'anamnèse et biographiques que je rends mon rapport.

J'évoque la question en suspens de l'anomalie chromosomique rapportée mais non documentée.

Je retiens que le sujet a un profil psychopathique, que son discernement est intègre, ni abolition ni altération, au moment des faits qui lui sont reprochés. Que l'anomalie génétique n'est pas documentée, et qu'elle ne constituerait pas un facteur causal.

Six mois plus tard, je reçois un complément d'expertise : le sujet a produit un caryotype, il est effectivement porteur d'un chromosome Y surnuméraire.

Rigoureuse, la juge d'instruction me soumet néanmoins la question : " Au vu du caryotype, maintenez-vous vos conclusions ? "

Mince ! Que faire ? Revoir le sujet ? Inutile car ce qui comptait, c'était surtout d'apprécier, dans la mesure du possible, l'état clinique « au moment des faits ». Même si plus tard, au temps de la déposition, j'ai évoqué et insisté sur le tsunami que pouvait être la confirmation de la révélation : la réalité de l'anomalie génétique, le silence maternel, la perte de chance qui en découle.

Je me suis davantage documentée, et après une hésitation, j'ai conclu qu'il était permis de faire le lien entre les faits reprochés et l'anomalie génétique et de considérer que le sujet n'ait pu apporter, pour des raisons tenant à son patrimoine génétique et à son développement neurocognitif, de réponse appropriée au cours et dans les suites d'une scène violente.

Que nous apprend ce dossier ?

Que l'information hypothétique et un élément de réalité mobilisent différemment l'attention. J'avais tenu à une certaine distance la variable biologique, j'en ai pris conscience secondairement. Dans la problématique judiciaire, l'état du patrimoine génétique m'avait paru d'importance mineure, et puis, cette dimension est assez étrangère à mon expérience clinique et à mon approche, tant à celle de la psyché qu'à celle de la criminalité.

Car c'est la question du détermi-

.....
« Elle écrit qu'il vient de se voir révéler un secret d'une importance cruciale : il est porteur d'une anomalie chromosomique que sa mère lui a volontairement cachée, il a un chromosome sexuel en plus. Ceci pourrait expliquer son comportement »



Crédit photo ©Canva Pro

La psychiatrie médico-légale

nisme qui est posée. Celle des places respectives de la destinée et du libre arbitre si cher à l'Occident. Certes le poids du déterminisme social n'est plus à démontrer. Mais le déterminisme me heurte, je le trouve réducteur lorsqu'il anticipe l'échec et la culpabilité. Cette question m'encombrait et je l'ai refoulée. Que faire d'une donnée aussi figée, aussi invariable qu'un caryotype ?

Et pourtant, j'ai revu ma position. J'ai estimé, laissant planer le doute, que le patrimoine génétique était pour quelque chose dans son parcours, que posséder un X ou un Y en plus, eh bien, cela changeait

quand même les choses, pour le sujet comme pour l'observateur, sous réserve qu'il en soit informé. Je suis restée volontairement évasive dans ma réponse, indiquant surtout une vulnérabilité, celle de la difficulté du sujet de s'adapter, sans souligner celle du risque accru de passage à l'acte et de violence agie – qui en l'occurrence n'étaient pas les infractions reprochées.

J'ai aussi osé me dédire en quelque sorte, revenir sur une des conclusions de mon premier rapport. Il eut été plus facile de ne rien changer. Mais malhonnête. Je n'aurais pas été au clair avec moi-même, c'est une question d'éthique. Je savais que je serai interrogée sur cette volte-face au cours de la déposition qui suivrait, et cela n'a pas manqué. J'ai assumé.

Le silence maternel volontaire, la force destructrice du non-dit étaient un autre champ qu'il aurait été possible d'explorer.

Il m'a semblé qu'il n'y avait pas

lieu, dans la procédure judiciaire, d'aller plus loin dans mon rapport écrit, et donc de reprendre l'examen pour mieux explorer la relation mère-fils. Mais je l'ai dit à l'oral, devant la cour qui le jugeait. J'ai partagé ce qui me venait à l'esprit à ce sujet, sans accabler la mère pour autant. Que la qualité du lien mère-enfant, que l'inquiétude maternelle, ou peut-être, la faiblesse de son niveau d'information quant à la clinique de ce syndrome, faisaient partie des éléments qui avaient accompagné le développement de cet enfant. Même si je n'en savais rien dans le détail.

Quand et dans quelles circonstances avait-elle reçu cette information, majeure pour le médecin qui s'occupait de l'enfant ? Pourquoi l'avait-elle tue ? Cet enfant était si différent à bien des égards, le seul à porter le patronyme maternel, différent de ses frères et sœurs aussi par son métissage, cet enfant pas comme les autres, qui a



Crédit photo ©Createek

ressenti tout au long de sa vie la marginalité, au sein de sa famille, à l'école, dans la société.

Alors fallait-il insister, il avait déjà toutes ses différences qui le distinguaient de la moyenne et de l'identité familiale, fallait-il mettre l'accent sur la particularité intangible de sa carte chromosomique ? En aurait-il été avantagé, par la reconnaissance d'un handicap, ou davantage discriminé ? Quelle utilité au cours de son procès ?

En position expertale, j'ai opté pour la reconnaissance de l'anomalie, reconnue médicalement et nommée syndrome de Jacob, en retenant *in fine* l'altération du discernement au moment des faits.

Dans un autre registre, se posait encore la question de l'équité entre les justiciables.

Car combien sont-ils les porteurs de chromosomes surnuméraires ou autre atypicité - pour ne pas dire anomalie - qui n'ont pas eu et qui n'auront jamais, du moins espérons-le, de caryotype avant jugement ?

Cela nous ramènerait vers les théories fausses du Dr Lombroso : le spectre du criminel-né. Une approche théorique qui pourrait ressusciter, si tant est qu'elle ait effectivement disparue, avec l'usage envahissant des échelles actuarielles mesurant la dangerosité, qui s'illusionnent de prédire le devenir d'un individu donné sur une base statistique.

Ma conclusion a été retenue par la cour. Le sujet n'a été condamné qu'à deux ans fermes pour les cinq ans encourus, ayant pris en considération l'altération du discernement, ce qui permet l'atténuation de sa peine. Ceci sachant que son casier judiciaire déjà riche de pas loin de vingt condamnations, aurait plutôt incité à l'aggravation de la peine. Petite satisfaction.

Il avait comparu libre, il est retourné en détention pour un énième séjour. Il aura le loisir de réfléchir,

le cas échéant, aux enseignements de son procès.

Récemment, en vue de cet article, j'ai contacté l'avocate de la défense, première démarche en ce sens depuis le début de ma pratique d'expert. Elle m'a dit avoir souligné au cours de sa plaidoirie la clinique, la silhouette dégingandée, la difficulté à tenir en place, une certaine maladresse déroutante contrastant avec les faits et le parcours, ce qu'elle a repéré comme tout un ensemble d'indices qu'elle qualifiait, usant cependant de prudence, de traits autistiques.

En définitive avec ce cas, bien que pétrie d'expérience, que de sur-

prises et de pistes de réflexion !

L'expertise est un continent à explorer. Elle offre des rencontres que le sujet examiné n'a pas lui-même demandées. Un acte judiciaire non obligatoire, auquel il me semble que les justiciables se prêtent, plus souvent qu'on le croirait, avec une certaine sincérité.

C'est un temps très clinique, suivi d'une analyse de dossier, d'un travail de rédaction, qui offre à distance des contacts directs ou indirects avec des partenaires, lesquels poursuivent, chacun de leur côté, leurs propres objectifs. L'expertise psychiatrique judiciaire, un exercice passionnant à la croisée des chemins de la psychiatrie et du droit.

.....
« En position expertale, j'ai opté pour la reconnaissance de l'anomalie, reconnue médicalement et nommée syndrome de Jacob, en retenant *in fine* l'altération du discernement au moment des faits »



Crédit photo ©Canva Pro

À LA UNE

Les résultats de Plaid Care : l'étude des établissements ayant un moindre recours aux mesures coercitives

SÉBASTIEN SAETTA

Sociologue à ENSEIS recherche, chercheur associé au CHU de Saint-Etienne et au Centre Max Weber, coordinateur du projet PLAID-Care

YVONNE QUENOM

Infirmière, chercheuse, CHU de Saint-Etienne

JEAN-PAUL LANQUETIN

Infirmier ISP, chercheur, GRSIpsy

LOÏC ROHR

Infirmier, chercheur, CH de Saint Cyr au Mont d'Or

ET LE COLLECTIF PLAID CARE

L'utilisation de la coercition, y compris l'isolement et la contention mécanique, est observée dans de nombreux pays à haut revenu, avec cependant des disparités significatives¹. La France se situe dans la moyenne supérieure européenne en ce qui concerne le taux de recours à l'hospitalisation sous contrainte², ainsi que pour l'isolement et la contention.

Une augmentation de l'isolement en France au cours des trente dernières années a aussi été repérée, avec de fortes disparités entre les établissements. Certains établissements n'utilisent presque pas l'isolement ou la contention, tan-

dis que d'autres affichent des taux très élevés. Cette situation contribue à une image partielle et négative de la psychiatrie française, alors que certains établissements réussissent à réduire ou même à ne pas recourir à ces pratiques.

La recherche PLAID-Care est née de la rencontre entre des chercheurs infirmiers et en sciences sociales, en vue de travailler sur les établissements qui utilisent peu ou pas la contention et l'isolement.

C'est un projet financé par l'IReSP, l'INSERM, la DGS et Santé Publique France, porté par le CHU de Saint-Etienne et l'ENSEIS, une école de travail social.

Présentation générale des établissements étudiés et des données relatives à la coercition

Le travail préliminaire de Touthou-Burckard, Coralie Gandré et Magali Coldefy³, chercheuses à l'IRDES a permis de dresser un panorama inédit sur le territoire national. Il permet de constater que certains hôpitaux ont recours aux contentions mécaniques pour quasiment tous les patients en soins sans consentement, alors que d'autres n'en attachent aucun, et n'ont même pas de sangles. Ces derniers, qui n'y recourent pas,

sont au nombre de 18, sur 204. Cela permet de faire l'hypothèse que limiter voire se passer de la contention mécanique est un scénario crédible et que la France dispose de ressources dont on peut s'inspirer.

Une question s'est ensuite posée : comment font ces hôpitaux ?

Quatre sites ont été sélectionnés : 2 hôpitaux entiers, le CH de Valvert à Marseille (CHV) et le CH de Buech Durance (CHBD) dans les Hautes-Alpes, qui ne recourent pas du tout à la contention, et ce, depuis leur création dans les années 1960/70.

Puis 2 secteurs : le 75G03 du GHU Paris Psychiatrie et le 59G21 de l'EPSM Lille Métropole, qui affichent tous deux des taux très faibles. Les 4 sites sont ouverts.

Le CHV, centre hospitalier spécialisé, est un établissement de taille moyenne couvrant 4 secteurs de psychiatrie de Marseille (environ 330 000 habitants). Il a été construit dans les années 1970 au sein d'un grand terrain arboré. Le CHBD, situé en milieu rural dans les Hautes-Alpes, est un hôpital général comprenant un pôle de psychiatrie adulte de petite taille accueillant l'ensemble des personnes en soins sans consentement du département, soit deux secteurs de psychiatrie (environ 140 000 habitants), ainsi que les personnes en soins libres de l'un des deux secteurs (environ 85 000

¹ Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G, et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open*. 2024;10(1):e26

² Sheridan Rains L et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019.

³ Touthou-Burckard E., Gandré C. <https://www.irdes.fr/recherche/equipe/coldefy-magali.html> et al. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *QES* 2024 ;02

habitants). Entouré de montagnes, il a été construit à la fin des années 1950 au sein d'un grand terrain arboré, à proximité de Laragne-Montéglin (environ 3500 habitants). Les deux autres sites investigués sont des secteurs situés au sein de gros établissements, à savoir le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, regroupement d'établissements couvrant 17 secteurs de psychiatrie générale, et l'EPSM Lille Métropole, couvrant 9 secteurs de psychiatrie générale. Les deux secteurs, à savoir le 75G03 et le G21, couvre respectivement des populations de 97 000 et 88 000 habitants. Les deux unités d'hospitalisation temps plein rattachées aux deux secteurs sont situées en zone urbaine, au sein de sites hospitaliers (feu hôpital Saint-Anne pour le 75G03, CHRU de Lille pour le G21). Les portes de l'ensemble des unités d'hospitalisation temps plein,

qui accueillent des patients en soins sans consentement voire des détenus, sont ouvertes la journée, d'environ 8 heures à 20 heures. Elles ne sont que très exceptionnellement fermées et pour des durées généralement brèves (une demi-journée voire une journée). En matière de contention, le CHV et le CHBD se caractérisent par l'absence de recours à cette pratique et même à l'absence de sangles dans l'enceinte de l'établissement. A noter que le CHV a inscrit dans son projet d'établissement « l'interdiction totale à toute pratique de contention ». Les secteurs 75G03 et G21 affichent des taux très faibles avec respectivement 9 et 3 patients contenus sur l'année 2022. Concernant l'isolement, mis à part le CHV qui présente un taux de personnes isolées tout juste inférieur à la moyenne nationale (54,8 patients isolés pour 100 000 habitants versus 61,6 patients au

niveau national), les trois autres sites affichent des taux nettement inférieurs : 21,3 pour le CHBD, 5,5 pour le pôle G21 et 24,6 pour le secteur 75G03.

Les leviers de la moindre coercition

Des observations dans les services ont été réalisées, ainsi que 70 entretiens avec des soignants, médecins, usagers, personnels administratifs et des acteurs de la communauté.

Un premier constat général est que ces hôpitaux sont assez différents : par leur taille, leur localisation (urbain/rural), leur organisation et leurs références théoriques (psychiatrie de secteur ou communautaire, psychothérapie institutionnelle). Ce qui est intéressant et conduit à penser que le moindre recours à la coercition peut finalement fonctionner dans des contextes très différents.

.....

« La recherche PLAID-Care est née de la rencontre entre des chercheurs infirmiers et en sciences sociales, en vue de travailler sur les établissements qui utilisent peu ou pas la contention et l'isolement. »



Crédit photo ©Plaid Care

Trois catégories de leviers ont été identifiées :

Première catégorie, la relation de soins, avec une offre de disponibilité importante, un bureau infirmier ouvert la majeure partie du temps, et des soignants à l'écoute, vigilants. La priorité est donnée au temps de soin direct avec le patient avec par exemple la présence d'un infirmier « de salle », qui reste dans les espaces communs avec les patients. La négociation, la création d'un lien, une bonne connaissance des patients sont aussi apparus essentiels. Tout comme le fait de les considérer avant tout comme des personnes, avec des besoins spécifiques et une histoire.

Deuxième catégorie : le collectif de soin. Le moindre recours à la coercition nécessite une équipe soudée, dans laquelle on peut compter sur les collègues et passer le relai. Avec un collectif de soin « élargi » : les infirmiers et les médecins, mais aussi les ASH, les secrétaires, les psychologues, les travailleurs sociaux, définis eux aussi comme soignants.

Troisième catégorie, le milieu de vie. Avec d'abord des activités fréquentes, diversifiées, qui permettent de créer du lien, mais, aussi, de faire diversion lors de tensions. L'ouverture des espaces et la circulation, permettent à des patients de prendre l'air et de diluer la crise dans un périmètre plus important. Et pour finir, des règles souples, individualisées, ce qui contribue à un climat plus apaisé.

Donc des leviers en prévention primaire, pour éviter la crise, et secondaire, pour mieux la gérer. Et des leviers plutôt ordinaires : pas d'outils ou de dispositifs spécifiques, « juste » la relation, le collectif, le milieu de vie.

Cette attention portée à la relation demande aux soignants un investissement très important, avec en arrière-plan, un travail moins visible. C'est-à-dire des leviers organisationnels et institutionnels qui soutiennent le travail de soin.

Les équipes d'encadrement (cadres, médecins, directeurs de soins) gardent le cap du moindre recours, et surtout, accueillent, fidélisent et soutiennent les équipes. Avec l'idée souvent énoncée qu'il faut prendre soin des soignants pour que ces derniers prennent soin des patients. Donc, une culture de soins liée à une culture professionnelle.

Deuxièmement, l'importance des directeurs et des médecins, qui, pour leur part, tentent de résister aux évolutions gestionnaires et sécuritaires. Avec des communautés médicales qui, là encore, défendent le moindre recours (c'est par exemple en collège médical qu'a été décidée d'interdire la contention à Valvert), et qui protègent aussi les collectifs de soin, en se battant par exemple pour maintenir les effectifs soignants. Puis des directeurs, eux, qui doivent défendre la politique d'ouverture. Et on a été surpris d'entendre un directeur se référer à la « fugue thérapeutique » et nous dire être convaincu « de l'intérêt d'avoir des unités ouvertes et de voir des patients partir, mais finalement partir pour mieux revenir ».

Cela conduit ainsi à la notion de « culture institutionnelle » qui repose sur des principes (ouverture, disponibilité, collégialité, responsabilisation, horizontalisation), traverse toutes les strates de l'hôpital et s'applique à l'ensemble des rapports sociaux : entre patients et soignants, soignants et médecins, médecins et administratifs. L'une des dimensions de cette culture concerne l'appréhension du risque, et ce que nous avons dénommé une « contre-culture du risque ». Les professionnels interrogés évoquent et assument une certaine prise de risque, au profit notamment de la construction du lien. Cette prise de risque est mise en balance avec des bénéfices, mais également avec d'autres risques. On peut à ce sujet citer une infirmière qui explique que la fermeture des services, au-delà du fait qu'elle n'empêche pas les fugues, expose le patient à des risques : « *après faut pas croire, à l'hôpital X où j'étais avant, c'était tout bouclé et ils fuyaient aussi quoi. Je me souviens d'un mec complètement maniaque, il avait escaladé le grillage, il s'était arraché la moitié de la cuisse. Il s'était barré à poil, la cuisse en sang. 'Fin le mec il veut se barrer, il se barre. Et ils se mettent beaucoup plus en danger* ».



Crédit photo ©Plaid Care

Incrédulité et questionnements

Les professionnels interrogés lors des entretiens ont parfois exprimé de la surprise face à l'utilisation de mesures coercitives dans d'autres établissements. Un cadre a précisé qu'ils ne disposaient même pas du matériel nécessaire à la contention, tandis qu'une infirmière nous a répondu, interloquée : « *l'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous !* ».

Par ailleurs les établissements les moins coercitifs suscitent souvent de l'incrédulité et du soupçon : « *Ils n'ont pas les mêmes patients* » ; « *Ils envoient leurs patients difficiles ailleurs* » ; « *Ils recourent davantage à la sédation* » ; « *Ils ont davantage de fugues* » ; « *Ils ont davantage de moyens* ». Tout se passe comme si la possibilité d'une psychiatrie pas ou peu coercitive était impensable, voire irresponsable, tant au regard de la protection de la société que de celle du patient et des soignants. L'étude exploratoire n'a pas montré d'augmentation de la consommation de psychotropes⁴. Nous n'avons pas constaté plus de transferts dans les secteurs voisins, ni plus de violences dans les services ou à l'extérieur pour ces territoires.

En ce qui concerne les effectifs, d'après les données de la SAE, ils sont proches des moyennes nationales. Cependant, des équipes des sites observés signalent moins d'absentéisme et moins de difficultés de recrutement comparativement aux établissements voisins.

Si le moindre recours à la coercition est une affaire de savoir-faire, de techniques, il est aussi et surtout une affaire de valeurs et de regard, sur le patient, les collègues, le travail, l'institution. C'est là l'un des résultats importants de PLAID-Care.

⁴ BLANDIN, AC et al. Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique: étude pilote dans trois établissements psychiatriques français. L'Encéphale, 2024.

LE DIRECTOIRE HOSPITALIER

Rôle fonctionnement composition

1

Un organe de concertation stratégique

- ☐ Approuve le projet médical et le projet de soins
- ☐ Prépare le projet d'établissement
- ☐ Conseille le directeur dans la gestion
- ☐ Se réunit à l'initiative du président du directoire



2

Comment fonctionne-t-il ?

- ☐ 8 réunions par an minimum
- ☐ Ordre du jour établi à l'avance
- ☐ Un relevé de conclusions est rédigé
- ☐ Diffusé à tout le personnel de l'établissement



3

Qui siège au directoire ?

9 membres (11 membres dans les CHU)

- ☐ Président : **le Directeur**
- ☐ Vice-président : **le PCME**
- ☐ Président de **la CSIRMT**
- ☐ Un représentant **non médical** (via CSIRMT)
- ☐ **Les médecins doivent être majoritaires**

En cas de désaccord sur les propositions,
des **procédures de rattrapage réglementaires** sont prévues



5

Durée et conditions du mandat

Mandat de 4 ans

Fin du mandat :

- ☐ Si un membre **quitte l'établissement, son mandat prend fin**, il est remplacé
- ☐ La **nomination d'un nouveau directeur entraîne la nomination d'un nouveau directoire**
- ☐ Si un membre cesse d'exercer les fonctions justifiant sa présence



4

Personnalités qualifiées

- ☐ Jusqu'à **3 personnalités qualifiées**
- ☐ Choies sur **avis conforme du PCME**
et après **consultation du directoire**
- ☐ **Voix consultative uniquement**

Exemples : représentants des **usagers**
ou **étudiants**



6

Références

Articles L 6143-7-4 et 5
Articles D 6143-35-1 à D 6143-35-4
Mise à jour : 29 novembre 2023



UNE QUESTION POUR JEAN

Le Compte Épargne Temps en fin de carrière



Une direction d'établissement peut-elle obliger un praticien qui cesse son activité, mise en retraite ou autre, à se faire payer les jours épargnés et peut-elle s'opposer à ce qu'il les prenne en congé au nom de la nécessité de service ?

Le praticien qui part en congé prolongé sur son CET avant la retraite peut-il être remplacé sur son poste ?



Jean Paquis
Psychiatre

Pour la première partie de la question la réponse est clairement explicitée dans deux articles du code de la santé publique :

Article R6152-807, modifié par le **décret n°2012-1481 du 27 décembre 2012 - art. 11**

La demande d'exercice de tout ou partie du droit à congé acquis au titre du compte épargne-temps ne peut être rejetée qu'en raison des nécessités du service.

Ce refus ne peut toutefois priver l'intéressé de ses droits au bénéfice du temps épargné. En particulier, aucun refus ne peut être opposé lorsque le temps épargné est égal ou supérieur au temps de service restant à courir avant la date du départ à la retraite sans que l'utilisation des droits puisse entraîner le report de la date de cessation des fonctions.

Le compte épargne-temps peut être utilisé de plein droit à l'issue d'un congé de maternité, d'adoption, de paternité, de solidarité familiale ou d'un congé de maladie d'une durée égale ou supérieure à trois mois dès lors que la demande

en a été faite auprès du directeur de l'établissement.

Article R6152-813

Création du **décret n°2012-1481 du 27 décembre 2012 - art. 17**

Lorsqu'un praticien, quelle que soit sa position au regard du statut qui lui est applicable, cesse définitivement d'exercer son activité, les jours accumulés sur son compte épargne-temps doivent être soldés sous forme de congés avant la date de cette cessation. En pareil cas, la direction de l'établissement ne peut s'opposer à sa demande.

Dans le cas où l'impossibilité de solder avant cette date les jours inscrits sur le compte résulte d'un éloignement du service consécutif à un placement en recherche d'affectation, à un congé pour maladie, à une nomination à titre permanent dans un corps de personnels enseignants et hospitaliers **ou à des impératifs de continuité ou de permanence des soins attestés par le directeur, les jours inscrits au compte épargne-temps font l'objet d'une indemnisation selon les dispositions fixées par l'article R. 6152-807-3.**

Donc, ce qui doit être privilégié c'est le solde sous forme de congé qui est plus avantageux pour le praticien car il est en position d'activité, touche salaire et prime et cotise pour sa retraite. Le paiement des jours de CET sur la base de 300 euros brut n'est clairement pas intéressant.

Le dernier paragraphe de l'article R6152-813 semble indiquer qu'en cas d'impératif de continuité ou de permanence des soins attesté par le directeur les jours inscrits au CET font l'objet d'une indemnisation, donc dans les petits établissements avec peu de praticiens, voire quand on est le dernier en poste la prudence est de mise.

A la deuxième partie de la question, à savoir, peut-on remplacer

le praticien qui part en congé sur son CET, **l'article R6152-809-1 du code de la santé publique apporte un élément de réponse :**

“ Les établissements ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale.”

Donc quand le praticien est en position de solder son CET, il est en principe payé par la provision constituée à cet effet qui disparaît du passif. Un autre praticien peut donc parfaitement être recruté sur le poste sans que le bilan comptable de l'année en cours en soit affecté.

Au-delà de ces considérations formelles, quand on envisage de cesser son activité de praticien hospitalier et que l'on possède un CET garni, il convient d'anticiper son départ et d'informer bien à l'avance les autres parties prenantes, collègues, chef de service, chef de pôle, direction des affaires médicales. En général cela évite beaucoup de complications.



Site SPH

AGENDA

Save the date

Du 30 septembre au 4 octobre 2025, formez-vous lors des sessions DPC et participez au congrès du SPH et de la SIP à Antibes



PROGRAMME



INSCRIPTION

Du 10 au 13 décembre 2025, le Congrès Français de Psychiatrie vous accueille à Cannes



PROGRAMME des sessions DPC

INSCRIPTION UNIQUEMENT AUPRES DE L'ODPCPsy-AEFCP

Sans obligation d'inscription aux Journées de la SIP

SESSIONS DE DPC ORGANISÉES PAR L'ODPCPsy

JEUDI 2 OCTOBRE 2025 : 8h30 > 12h30

Se présenter à 8h au PALAIS DES CONGRÈS

60 Chem. des Sables • 06160 Antibes



L'ODPCPsy-AEFCP est un organisme de formation professionnelle enregistré sous le numéro 846 919 379 69

Organisme certifié QUALIOPI

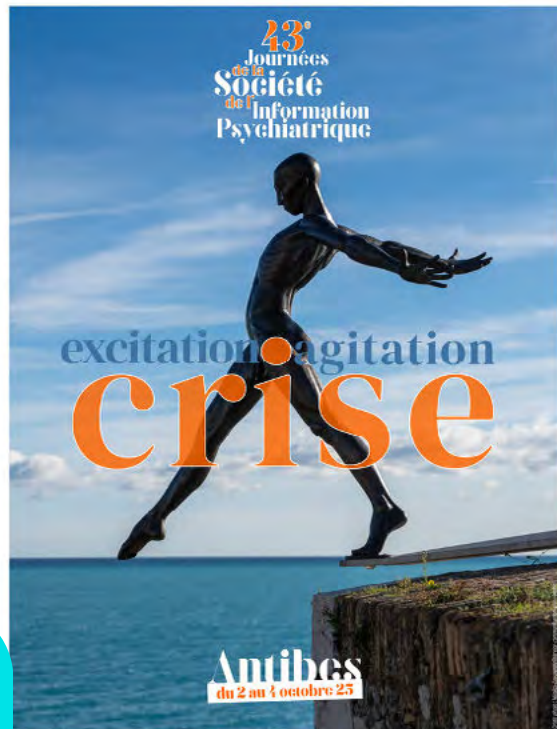
Renseignements et inscriptions :

Secrétariat SIP-SPH-AEFCP

Centre Hospitalier Le Vinatier - PC Pôle Ouest - Bâtiment 312

95 bd Pinel - 30039 - 69678 BRON cedex

Secrétaire : Aicha RAMDANI - secretariatSIP2@gmail.com - 04 37 91 52 21



NOS PROGRAMMES DE DPC S'ADRESSENT SELON LA THEMATIQUE AUX PSYCHIATRES ET A TOUS LES AUTRES MÉDECINS, PUBLICS OU PRIVÉS, SALARIÉS OU LIBÉRAUX

Tous les DPC présentés ici sont valorisables au titre du DPC après leur publication par l'ANDPC. Aucune avance de frais si votre employeur passe convention avec l'AEFCP-ODPCPsy.

LES 3 TYPES D'ACTIONS DE DPC IMPOSÉES AUX MÉDECINS PAR L'HAS SONT :

Des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques, des actions de gestion des risques et des actions de formation. Les actions peuvent être suivies de façon indépendante ou être associées dans le cadre d'un même programme. Il faut valider deux actions tous les 3 ans.

L'ODPCPsy PROPOSE des PROGRAMMES DPC EN PRESENTIEL - SEUL UN PROGRAMME POSSIBLE PAR INSCRIPTION

TARIF : 650€ PAR PROGRAMME

DPC N°17202424014

Prescrire un psychotrope en périnatalité

Anthony BEGUE

DPC N°17202425015

Prescription des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent

Jean CHAMBRY

DPC N°17202425016

Les fonctions exécutives chez l'enfant

Antoine FRADIN

DPC N° 17202425017

Addiction au cannabis de l'adolescent de l'adulte jeune

Alain DERVAUX

DPC N°17202425018

Troubles du comportement dans les troubles du spectre autistique chez l'adolescent et l'adulte jeune avec trouble du développement intellectuel : démarche diagnostique et thérapeutique

Cora CRAVERO

DPC N°17202425019

Psychopharmacologie - Intérêt clinique du monitoring plasmatique des psychotropes et du génotypage des cytochromes P450

Marion PERIN-DUREAU

DPC N° 17202425020

L'arrêt du tabac chez les personnes souffrant de troubles mentaux: le programme MPOWER et la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

Joao Mauricio CASTAIDELLI MAIA

DPC N° 17202425021

TDAH : spécificités diagnostiques et thérapeutiques de l'enfant à l'adulte

Marc-Antoine CROCQ

DPC N° 17202425022

Trouble Stress Post-Traumatique (TSPT) et psychothérapies EMDR, /CV, thérapies narratives

Pascal FAVRE

DPC N° 172025***** en cours d'enregistrement

Troubles dépressifs de la personne âgée : stratégies diagnostiques et thérapeutiques

Alexis LEPETIT



LE COIN CULTURE

Le problème À TROIS CORPS



Pascal Favré
Psychiatre

Le Problème à trois corps est une série en huit épisodes dont la première saison est disponible sur le site de streaming vidéo à la demande Netflix depuis le 21 mars 2024 ; la note de 79 % attribuée par le site Rotten Tomatoes est considérée comme positive.

David Benioff et D. B. Weiss, les deux créateurs et directeurs (showrunners dans la langue de Shakespeare) de la série à succès *Game of Thrones* (HBO), et Alexander Woo (*True Blood*), ont en fait mené à bien l'adaptation d'un roman en trois tomes écrit par Liu Cixin :

- *Le Problème à trois corps*, paru en 2008 en Chine (Chongqing Press), traduction française en 2016, Trad. du chinois par Gwennaël Gaffric. Actes Sud, coll. « Exofictions »,
- *La Forêt sombre* (paru en 2008 en Chine, traduction française en 2017),
- *La Mort immortelle* (paru en 2010 en Chine, traduction française en 2018).

Le *Problème à trois corps*, qui fait également l'objet depuis janvier 2024 d'une adaptation en bande dessinée, est l'œuvre culte de cet auteur. Liu Cixin possède une écriture efficace et un talent certain pour mêler intrigues personnelles et résonances non seulement géopolitiques mais aussi et surtout cosmogoniques.

En 2015, il est devenu le premier auteur chinois à remporter le prestigieux prix Hugo¹, qui récompense les plus grands écrivains de Science-Fiction depuis 1953, aux côtés de Philip K. Dick, couronné en 1963 pour *Le Maître du Haut Château*, George R.R. Martin, couronné en 1975 et 1980, auteur de la saga *A Song of Ice and Fire (Game of Thrones)* ou encore Isaac Asimov, couronné en 1983 pour *Fondation foudroyée*.

Liu Cixin est « *une icône adulée dans son pays, la Chine, et un génie de la science-fiction convoité par les Anglo-Saxons* »².

Pendant son enfance dans les années 1970, une édition chinoise du *Voyage au centre de la Terre* de Jules Verne, dans une époque prompte aux autodafés, nourrit sa vocation pour l'imaginaire. Physicien de formation, il est ensuite Ingénieur dans une centrale électrique du nord-est de la Chine. Pour échapper à la censure, il se lance dans des écrits d'une Science-fiction « *inspirée par l'exploration de l'espace et des mondes inconnus, par les limites ou les potentialités de la science et de la technologie, plutôt que par la représentation d'anomalies politiques et sociales du présent poussées à leur paroxysme dans le futur* »³.

Le problème à trois corps appar-

tient à un genre de la science-fiction où la vraisemblance du récit est soumise à l'état actuel de la science physique. Les questions scientifiques sont ici un puissant moteur narratif, créant une vraie étrangeté poétique⁴.



Liu Cixin s'est retrouvé au cœur d'une polémique en 2019, avec des appels au boycott de ses œuvres ; dans une interview accordée au New Yorker, il a tenu des propos qui ont été interprétés comme une justification de la politique chinoise de répression envers les Ouïgours. Cette affaire a suscité un débat important sur la responsabilité des artistes et des créateurs face à leurs opinions politiques et, plus récemment, sur le rôle des entreprises comme Netflix dans la promotion d'artistes aux opinions controversées. Certains observateurs relèvent toutefois, à la décharge de Liu Cixin, qu'il ne pouvait guère contester la politique du gouvernement chinois, au risque de ne plus pouvoir regagner son pays et de représailles exercées à l'encontre de ses proches.

Ce récit fleuve commence dans les années 1960 en Chine et s'étend sur plusieurs périodes de l'Histoire. Ye Wenjie est une jeune astrophysicienne qui assiste à la mort brutale et violente de son père en place publique lors de la Révolution culturelle chinoise (1966-1975), une période de durcissement extrême du régime de Mao Zedong qui fera des millions de victimes. Les théories révolutionnaires de sa famille sur des concepts scientifiques comme la relativité générale déplaisent à l'État, qui décide d'enfermer la jeune femme dans une base secrète isolée.

Alors qu'elle travaille sur un système de télétransmissions dirigé vers l'espace, elle capte un étrange signal émis par une civilisation extraterrestre, les Trisolariens, du fait des trois soleils qui peuplent le ciel de leur planète, située à plus de quatre années lumières de la Terre.

L'auteur introduit alors dans son roman une question fondamen-

¹World Science Fiction Society (Worldcon). <https://www.worldcon.org/>. Le prix Hugo, du nom de Hugo Gernsback, fondateur de la première revue de science-fiction, est l'une des récompenses les plus prestigieuses dans le domaine de la science-fiction et de la fantasy.

²Desbrières, L. (2024, 21 mars). Liu Cixin, auteur du *Problème à trois corps* et génie de la SF injustement méconnu en France. Konbini. <https://www.konbini.com/popculture>.

³Desbrières, L. (2024, 21 mars). Liu Cixin, auteur du *Problème à trois corps* et génie de la SF injustement méconnu en France. Konbini. <https://www.konbini.com/popculture>.

⁴L'humanité et le proton. Sébastien Omont. 22 novembre 2016. <https://www.en-attendant-nadeau.fr/2016/11/22/humanite-proton-cixin/>

Le problème à trois corps

tales de la mécanique céleste, le problème à trois corps. Ce problème consiste à prédire le mouvement de trois objets célestes (par exemple, des planètes ou des étoiles) soumis uniquement à leur attraction gravitationnelle mutuelle. Cette question, posée par Isaac Newton, n'a pas de solution analytique générale et a fasciné les scientifiques pendant des siècles. Elle est au cœur de nombreux domaines de la physique, de l'astronomie et des mathématiques, et continue d'être étudiée aujourd'hui.

Les mouvements chaotiques de ces trois soleils entraînent des variations extrêmes des températures et l'effondrement puis le renouveau périodique de la civilisation trisolarienne. Après la destruction récurrente de toute

civilisation, la civilisation renaît toujours de ses cendres. Mais elle est vouée à une échéance relativement brève à une destruction complète et irrémédiable. La notion d'absurde face à un univers dénué de sens, où l'effort semble vain et la répétition infinie n'est pas sans évoquer **Le Mythe de Sisyphe** d'Albert Camus.

Les Trisolariens sont en quête d'une planète où des spécimens de leur espèce pourraient trouver refuge après la destruction de leur planète ; si une intelligence quelconque dans l'univers répondait à leurs appels, les Trisolariens déploieraient les moyens d'une science considérablement plus évoluée que celles des terriens pour s'approprier leur écosystème.

La jeune astrophysicienne chinoise, meurtrie, doutant de l'humanité du fait des événements traumatiques qu'elle a traversés, éprouvant à l'égard du monde un sentiment d'étrangeté et ayant l'impression de ne pas lui appartenir, signale la planète terre à ces êtres d'outre-cosmos aux vertus idéalisées et qui viendraient prendre ici le relais bienvenu d'une

humanité barbare, cruelle et corrompue.

Des années plus tard, un petit groupe de scientifiques du temps présent s'emploie à développer des trésors d'ingéniosité, afin de repousser la plus grande menace que l'humanité ait jamais connue. Quatre siècles sont nécessaires à la flotte trisolarienne pour atteindre le système solaire terrien. Trisolariis procède au blocage de la physique fondamentale sur Terre, limitant considérablement le développement scientifique et les possibilités pour l'humanité de contrer l'envahisseur.

Les remédiations proposées pour la sauvegarde de l'espèce humaine, et pour certaines mises en œuvre, sont disruptives au plus haut point et engendrent des perturbations profondes du système établi en introduisant des changements radicaux, technologiques, économiques et sociaux.

Le Problème à trois corps, à l'instar de la saga **Fondation** d'Isaac Asimov, ne laisse pas de séduire par sa complexité, son invention permanente, et son intelligence.



Crédit photo ©Netflix

L'auteur parvient à renouveler l'intérêt du lecteur grâce à des questionnements existentiels d'une actualité certaine et reposant sur des postulats scientifiques avérés, dont le problème à trois corps n'est qu'une illustration. Lorsque l'humanité, au cours des siècles, parvient à résoudre un problème, non sans coup férir, c'est la solution elle-même qui provoque un dilemme cataclysmique plus problématique encore.

L'intérêt du lecteur est sans cesse stimulé grâce à des revirements de situations kafkaïens ("plot twists" dans la langue de Shakespeare).

Liu Cixin dresse un tableau surréaliste où s'entrechoquent les époques, les pays et les mondes réels ou imaginaires, sans jamais perdre son lecteur.

Il convoque des notions théoriques du domaine de la physique et de l'astronomie, au service de la description d'un multivers fascinant.

L'intérêt de cet ouvrage pour des psychiatres est qu'il est en outre ponctué de questionnements d'ordre philosophique ouverts au débat ; quêtes de sens, doutes métaphysiques, dilemmes moraux, problématiques ontologiques et spéculations cosmogoniques foisonnent dans cette trilogie.

- Le concept du « problème à trois corps » dont les systèmes physiques sont fondamentalement chaotiques et imprévisibles, confronte le lecteur à l'immensité et à l'imprévisibilité de l'univers⁵.
- Les personnages du roman doivent naviguer dans un environnement où l'incertitude est la norme ; leur anxiété et leur désespoir résonnent avec les préoccupations humaines contemporaines.
- Le contact avec la civilisation extraterrestre des Trisolariens nous interroge sur la nature de l'humanité, l'altérité et le conflit⁶.
- Les personnages doivent faire face aux conséquences de leurs choix scientifiques, ce qui

soulève des dilemmes moraux et éthiques profonds.

- Le contexte historique de la Révolution culturelle chinoise ajoute une dimension supplémentaire à l'impact psychologique des concepts scientifiques. Les personnages sont marqués par les événements politiques et sociaux de leur époque, ce qui influence leur perception de la science et de l'univers.

Les créateurs de la série de Netflix ont relevé haut la main le défi d'adapter une œuvre réputée inadaptée. Au prix certes d'ajustements qui pour certains paraissent critiquables, et les théories scientifiques ne sont pas aussi développées dans la série qu'elles le sont dans les livres, mais l'œuvre est ainsi rendue plus accessible au grand public.

La première saison adapte le premier livre et reprend quelques éléments des deux suivants.

La saison 2 n'est pas attendue avant 2026.

Les showrunners ont accompli des prouesses techniques, notamment pour la scène se déroulant au canal de Panama où des ressources de nanotechnologie sont utilisées



pour littéralement découper en tranches un bateau (le Judgment Day) et ses passagers, adorateurs des Trisolariens suivant les traces de l'astrophysicienne chinoise. Des enfants comptent parmi les victimes, ce que la série n'obère pas, tandis que Liu Cixin demeure dans le flou à ce propos. Les défenseurs de l'humanité sont ainsi confrontés à l'un des nombreux cas de conscience qui émaillent les livres et la série.

.....
Cette série d'une radicale intelligence, pleine de souffle et de caractères puissants, nous propose une science-fiction subtile et très littéraire.

⁵ Exploration littéraire et philosophique du Problème à trois corps : entre vertige cosmique et questions existentielles. Publié le mercredi 15 janvier 2025 dans « Références ». <https://www.loumina.fr/blog-exploration-litteraire-et-philosophique-du-probleme-a-trois-corps>

⁶ Liu Cixin, Le Problème à Trois Corps. Yohan Briant. <https://doi.org/10.4000/rhc.778>

VIE INSTITUTIONNELLE

Plaintes pour harcèlement contre les médecins à l'hôpital : entre tensions institutionnelles et nécessité de régulation



Jean-François Delaporte
Psychiatre

L'augmentation des plaintes pour harcèlement : un phénomène aux implications complexes

Dans le contexte hospitalier actuel, les conflits entre les médecins et la direction, souvent alimentés par des plaintes collectives du personnel paramédical, sont devenus de plus en plus fréquents. Ces plaintes, adressées sous forme de lettres collectives à forte portée symbolique, accusent parfois un praticien de harcèlement sur partie ou totalité d'une équipe sans qu'une véritable enquête ne soit menée pour caractériser juridiquement ces allégations. Ce phénomène, exacerbé par la pression croissante au sein des établissements de santé, pose de graves questions quant aux procédures de gestion

des conflits et à leurs impacts sur la vie professionnelle et personnelle des médecins incriminés.

Il est important de rappeler que le harcèlement moral constitue un délit, défini par l'article L1152-1 du Code du travail, qui implique des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail portant atteinte aux droits et à la dignité de la victime. Pourtant, les directions hospitalières ont souvent du mal à distinguer les situations de harcèlement avéré des conflits interpersonnels exacerbés par des tensions institutionnelles.

Les conséquences des sanctions hâtives sur les praticiens

Les conséquences pour les praticiens visés par ces accusations sont souvent désastreuses. La direction hospitalière, privilégiant la paix sociale avec le personnel paramédical dont les revendications s'intensifient, opte fréquemment vis-à-vis du médecin pour une suspension conservatoire dans l'intérêt du service. Cette décision, prise sans investigation approfondie, conduit au placement du praticien sous la responsabilité du Centre National de Gestion (CNG), dans l'attente d'une enquête administrative aux délais et contours flous, avec une suspension provisoire non limitée dans le temps. Le processus de réhabilitation peut

alors être particulièrement long, la commission statutaire nationale (CSN) siégeant en formation d'insuffisance professionnelle, ou bien encore le tribunal administratif, pouvant mettre jusqu'à trois années pour reconnaître le caractère infondé des accusations et ordonner une réintégration qui survient bien trop tard pour restaurer pleinement la carrière et la réputation du praticien.

Par ailleurs, la place accordée dans les établissements hospitaliers aux syndicats paramédicaux dans la gestion de ces conflits est souvent plus importante que celle réservée aux syndicats de médecins. Ce déséquilibre institutionnel contribue à renforcer une dynamique où les revendications du personnel soignant paramédical prennent le pas sur les responsabilités fonctionnelles, souvent lourdes, des médecins. Cette asymétrie décisionnelle influe directement sur la manière dont les conflits sont arbitrés au sein des établissements hospitaliers.

L'absence de garanties procédurales dans ces décisions hâtives crée un climat de suspicion et d'insécurité dans les équipes médicales. Certains praticiens redoutent que des conflits interpersonnels ou des différends professionnels puissent être instrumentalisés contre eux, les plaçant dans une position de vulnérabilité permanente. Ainsi, plutôt que de s'at-

taquer aux véritables causes des tensions internes, ces décisions abruptes contribuent à entretenir un climat de défiance et à fragiliser la gouvernance hospitalière.

De plus, la pathologisation des médecins mis en cause, à travers des diagnostics hâtifs les qualifiant pour le moins de personnalité psychorigide ou de pervers narcissique, est une pratique indécente qui ne sert qu'à stigmatiser davantage le praticien sans répondre aux véritables enjeux du conflit. Cette approche occulte également la souffrance psychique réelle que peut traverser le médecin mis en cause, et l'accompagnement qui pourrait lui être proposé.

Médiation et conciliation : des dispositifs encore sous-exploités

Face à cette situation, des dispositifs de conciliation locale et de médiation régionale ont été récemment instaurés. Conformément à la circulaire DGOS/RH4/2021/123 du 15 octobre 2021 et au décret n°2021-1475 du 10 décembre 2021, ces mécanismes visent à apaiser les conflits sans recourir systématiquement à des sanctions immédiates. Pourtant, ils demeurent sous-utilisés dans de nombreux établissements. Une meilleure application de ces dispositifs permettrait d'assurer une analyse plus équitable des conflits et d'éviter des décisions brutales et hâtives qui nuisent tant aux praticiens qu'au bon fonctionnement de l'hôpital.

Ces mécanismes offrent également une alternative précieuse aux directions hospitalières, leur permettant d'examiner les différends sous un prisme plus objectif. Plutôt que d'adopter une approche punitive, ces outils encouragent le dialogue et la résolution progressive des tensions. Toutefois, leur mise en œuvre nécessite un engagement institutionnel fort, ainsi qu'une formation adaptée des encadrants et des personnels pour en garantir l'efficacité.

Vers une approche plus équilibrée des conflits

L'une des principales recommandations pour améliorer la gestion de ces situations serait que les directions encouragent les plaignants à déposer plainte auprès des autorités compétentes, en leur proposant un accompagnement adéquat. Cela garantirait une enquête rigoureuse et éviterait que des accusations non fondées ne prennent une ampleur disproportionnée au sein des établissements hospitaliers. En parallèle, il est essentiel de ne pas céder à la tentation d'écarter immédiatement le médecin incriminé sans faire fonctionner les mécanismes de conciliation locale.

Dans une perspective plus large, il est crucial d'intégrer ces problématiques dans une réflexion approfondie sur la gouvernance hospitalière. Comme le souligne Christophe Dejourns, « la souffrance au travail naît de l'impossibilité d'accomplir correctement son travail dans un cadre organisationnel qui fragilise les individus » (Dejourns, 2024). De son côté, Marie Pezé insiste très clairement aussi sur le fait que « la précipitation à qualifier un individu d'harceleur ou de pervers narcissique empêche toute analyse fine des rapports de force au travail et occulte les véritables sources de la souffrance » (Pezé, 2023).

Conclusion : vers une gouvernance plus équilibrée

L'hôpital public traverse une crise majeure de recrutement et de fidélisation des praticiens. Un climat de travail serein et équilibré est essentiel pour renforcer son attractivité. Améliorer la gestion des conflits, en veillant à l'équité des décisions et en protégeant tous les acteurs, est une nécessité absolue. Il est temps que les directions hospitalières adoptent des pratiques plus rigoureuses et plus transparentes pour éviter que la précipitation ne mène à des injustices délétères.



Crédit photo ©Canva Pro

Références

- Dejourns, C. (2024) *Écouter le travail vivant. Nouveaux chemins cliniques*. Éditions de l'Atelier.
- Pezé, M. (2023). *Le burn-out pour les nuls*. First Éditions.
- Circulaire DGOS/RH4/2021/123 du 15 octobre 2021 relative aux dispositifs de conciliation locale dans les établissements hospitaliers.
- Décret n°2021-1475 du 10 décembre 2021 relatif à la médiation régionale en établissement de santé.
- Code du travail, article L1152-1, relatif à la définition du harcèlement moral en milieu professionnel.



VIGNETTE CLINIQUE

Une thérapie cognitivo
comportementale
**d'un patient souffrant
d'agoraphobie sans
attaque de panique**



Pascal Favré
Psychiatre

Monsieur D. est âgé de 37 ans, marié avec deux enfants, domicilié en région parisienne. Il est le cadet d'une fratrie de 3 enfants. Les parents de Monsieur D. ont divorcé alors qu'il était âgé de 3 ans, et il dit s'être senti rejeté par son père qui ne s'est que peu investi dans son éducation.

Il est marié depuis 6 ans, son épouse d'origine australienne est sans emploi. Les relations au sein du couple se sont dégradées depuis quelques temps. Les relations sociales de Monsieur D. se limitent au cercle familial ; depuis qu'il est père, il dit s'être « coupé » de son réseau amical. Détenteur du baccalauréat, il exerce actuellement la profession de concierge d'un immeuble résidentiel de luxe parisien, il est satisfait de son emploi.

Au titre des antécédents psychiatriques familiaux, la mère de Monsieur D. est décrite comme souffrant d'un trouble anxieux généralisé. La tante maternelle de

Monsieur D. souffre d'un trouble panique avec agoraphobie. Une cousine maternelle est décrite comme phobique des ascenseurs. Monsieur D. **ne présente pas d'antécédents somatiques particuliers, ni de troubles somatiques actuels.**

Antécédents psychiatriques, histoire du trouble

Monsieur D. se décrit comme un enfant calme, appréciant l'école. Il était très proche de sa mère et de sa sœur qui étaient ses conseillères et confidentes.

Il rapporte néanmoins **deux événements qui l'ont profondément marqué**. À l'âge de 8 ans, alors qu'il se promenait sur la plage à marée basse, il s'est senti piégé en se trouvant encerclé brutalement par les eaux. Son beau-père l'a secouru. À 21 ans, en vacances sur un bateau avec des amis, il a été pris d'une terreur soudaine en nageant, convaincu qu'il ne pourrait rejoindre le bateau ; il sera soutenu par un ami.

Monsieur D. fait remonter **le début des troubles actuels à 2019**. Lors d'un trajet de son domicile à



Crédit photo ©Canva Pro

Une TCC d'un patient souffrant d'agoraphobie sans attaque de panique

son lieu de travail, le métro s'est arrêté entre deux stations. Il a redouté de s'évanouir et a ressenti des symptômes physiques à type de tremblements, palpitations, sensation d'étouffement et sueurs. Il décrit pendant les deux années suivantes de nombreuses attaques de panique spontanées ayant conduit à la prescription d'un traitement anxiolytique (Alprazolam) et hypnotique (Zopiclone). Monsieur D. a fait d'autres tentatives, accompagné de ses proches, mais après une nouvelle immobilisation entre deux stations, il a renoncé au métro. L'anxiété s'est généralisée aux autres modes de transports, nous y reviendrons.

En 2023, l'équipe de l'hôpital de jour d'un hôpital parisien a posé le diagnostic d'un trouble anxieux de type agoraphobie avec attaques de panique, et prescrit Escitalopram associé à Alprazolam. Il est alors adressé au centre de consultation où j'exerce en juin 2023.

Description clinique avant la thérapie cognitivo-comportementale

Monsieur D. est un patient de bon contact, à l'aise dans la relation. Il n'est pas retrouvé d'élément psychotique, la thymie est bonne et s'est nettement améliorée depuis l'introduction de l'antidépresseur. Le patient ne répond plus aux critères cliniques d'épisode dépressif majeur tel que défini dans le DSM-5. Des éléments d'un trouble mixte de la personnalité dépendante et évitante (sensibilité au jugement d'autrui, crainte de la critique, difficultés à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien) sont retrouvés sans toutefois correspondre complètement aux critères requis. Nous n'avons pas mis en évidence d'élément évocateur de trouble obsessionnel compulsif, ni de phobie sociale ou

d'anxiété généralisée.

Le patient décrit une symptomatologie évocatrice d'agoraphobie, sans trouble panique associé lors de nos premières consultations. L'anxiété de Monsieur D. se caractérise par la peur d'être dans un endroit d'où il lui serait difficile de sortir ou d'avoir du secours en cas d'attaque de panique spontanée. Il présente un évitement total du métro, qu'il soit aérien ou souterrain. Il prend le bus mais se met à proximité du chauffeur afin qu'en cas de malaise, celui-ci puisse lui ouvrir la porte pour sortir.

S'écarter seul en voiture à une distance de plus de trente kilomètres de son domicile et l'utilisation de grands axes autoroutiers deviennent de plus en plus difficiles, la crainte de se retrouver dans un embouteillage et de ne pas pouvoir s'arrêter rapidement est au premier plan. Il craint de perdre le contrôle de son véhicule si des symptômes anxieux surviennent. Les tunnels sont une autre source d'angoisse, variable en intensité selon que le patient en voit la fin et que le véhicule est en mouvement (intensité basse) ou non (intensité élevée avec manifestations somatiques : palpitation, raideur musculaire, crispation, bouffées de chaleur). Il décrit une antici-

pation anxieuse à l'approche des tunnels, dans lesquels il craint de rester bloqué et ne plus pouvoir sortir, obligeant parfois son épouse à faire plusieurs dizaines de kilomètres de détour afin d'éviter un tunnel. Les ascenseurs sont également sources d'angoisse. Ses craintes en cas de panne sont : « combien de temps vais-je rester, on ne va pas venir me chercher ». Dans les minutes précédant la montée dans un ascenseur, Monsieur D. décrit des symptômes anticipatoires : faiblesse musculaire, sensation d'engourdissement. Pendant l'ascension, il se décrit comme figé, avec une sensation de raideur et de crispation musculaire, s'assurant que les chiffres des étages défilent normalement, à l'affût du moindre bruit. Durant toute la progression, Monsieur D. se dit obsédé par la crainte qu'il ne s'arrête. Si un arrêt se produit alors que les portes sont fermées, il ressent des symptômes physiques à type de palpitations, tremblements, sueurs, et se dit convaincu qu'il ne va pas sortir et va mourir.

Il existe par ailleurs une anxiété dans les escaliers en colimaçon des monuments lorsqu'il n'en voit pas le bout (« combien de temps ça va durer »).

Pendant les trajets en avion, Mon-



Crédit photo ©Canva Pro

sieur D. se plaint de crispations musculaires. Lors de la sortie de l'avion, dans le passage central, il décrit à nouveau une faiblesse musculaire, des palpitations, des sueurs, une sensation de chaleur importante, des tremblements et se trouve alors dans l'obligation de presser le pas afin de pouvoir sortir. Il demande explicitement une place près de la sortie pour pouvoir partir rapidement, et afin d'être sûr de pouvoir avoir la place qu'il souhaite, il arrive plusieurs heures en avance à l'aéroport et prend systématiquement un traitement anxiolytique.

Enfin, au cinéma, dans les hôtels, les supermarchés ou dans tout lieu qu'il ne connaît pas, Monsieur D. recherche systématiquement les issues, dans l'idée de pouvoir sortir au cas où il se sentirait mal. La foule augmente l'anxiété ressentie dans ces lieux. Monsieur D. parvient à travailler malgré cette symptomatologie invalidante mais la gêne ressentie dans sa vie quotidienne est importante et il doit être étayé par ses proches pour ses déplacements.

Le Diagnostic positif est celui d'une agoraphobie [300.23 (F40.00)] ; le DSM-5 reconnaît l'agoraphobie comme un trouble indépendant qui peut être diagnostiqué en l'absence de trouble panique.

L'analyse fonctionnelle synchrone et diachronique (antécédents familiaux de troubles anxieux, facteurs historiques de maintien, facteurs déclenchants, événements précipitants les troubles) a été menée au moyen de la **grille SECCA** au cours d'entretiens cliniques et grâce à un carnet de bord auto-évaluatif. **La Grille BASIC IDEA** a permis de préciser la problématique du patient. **Des échelles psychométriques et des questionnaires d'auto évaluation** ont été utilisés afin de définir la ligne de base du patient, qui permet d'évaluer entre autres l'efficacité de la thérapie à distance (colonnes de Beck, Questionnaire abrégé de Beck version abrégée 13, le STAI Anxiété trait-état de Spiel-

berger, 1983, l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée de Cottraux 1993, le Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless et al., 1984), l'échelle de Rathus explorant l'affirmation de soi...).

Nous avons proposé à Monsieur D. **un contrat thérapeutique**, comportant plusieurs objectifs, dont l'identification et la modification des pensées négatives et des croyances irrationnelles qui alimentent la peur, l'exposition progressive aux situations redoutées, afin de désensibiliser le patient à l'anxiété, et le développement de



Crédit photo ©Canva Pro

stratégies d'adaptation pour gérer l'anxiété et les situations difficiles.

Nous avons fait usage dans la **Projection Thérapeutique** du Contrôle Respiratoire et de la Relaxation Progressive de Jacobson. Nous avons mené un travail de **Restructuration Cognitive** au moyen d'un dialogue socratique, après que les techniques de relaxation ont été bien maîtrisées par Monsieur D. Nous lui avons assigné des **tâches comportementales**, en commençant par la moins anxiogène (aller

faire des courses dans un magasin de quartier) à la plus perturbante (prendre seul le métro souterrain, à l'heure de pointe).

Ainsi avons-nous débuté au cours de la septième séance **une exposition en imagination** ; sous relaxation, nous avons fait imaginer au patient une scène d'anxiété peu perturbante (cotée à 25/100) de la hiérarchie que nous avons construite avec lui (repas avec des amis).

La restructuration cognitive a consisté en la mise à jour des cognitions dysfonctionnelles, du postulat fondamental, et l'utilisation de la technique de la flèche descendante.

Nous avons proposé à Monsieur D. de chercher des **pensées alternatives** aux ruminations catastrophistes qui l'envahissent lorsqu'il est confronté à une situation angoissante.

Evolution clinique favorable de Monsieur D.

Durant la prise en charge, le patient s'est montré d'un investissement empressé et il a tenté de déborder le cadre de la TCC, demandant parfois des renouvellements de prescriptions médicamenteuses ou parvenant difficilement à se limiter en entretien aux objectifs thérapeutiques fixés. Par ailleurs, l'assiduité dans les exercices à réaliser a été fluctuante, manque de temps allégué pour pouvoir réaliser les exercices de relaxation. Monsieur D. présente des problèmes d'assertivité modérés dans sa vie relationnelle, et principalement dans son couple.

La prise en charge en thérapie cognitive et comportementale pour ce patient s'est révélée être **une bonne indication**. Monsieur D. a évolué très favorablement après 15 séances ; les symptômes agoraphobiques qui l'invalidaient dans sa vie quotidienne, ont bien diminué. Sur le plan clinique, il rapporte notamment une diminution de l'anxiété dans les situations qu'il évitait auparavant. Grâce aux exercices d'exposition progressive et à la restructuration cognitive, il estime ne plus être en perte de contrôle. Sur le plan fonctionnel,

Une TCC d'un patient souffrant d'agoraphobie sans attaque de panique

Monsieur D. utilise les transports en commun et fréquente des lieux publics sans éprouver d'anxiété excessive. Cette reprise d'autonomie a eu un impact positif sur sa qualité de vie, ses relations amicales et de couple et son bien-être général.

Des séances de suivi ont été menées pour consolider les progrès réalisés et prévenir d'éventuelles rechutes.

Références bibliographiques

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Cottraux, J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, ed. Masson. 2004.
- Goisman, R.M., et al., *DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: new data on a controversial diagnosis*. *Am J Psychiatry*, 1995. 152(10): p. 1438-43.
- Le Naour Ronan. *Troubles anxieux : diversité des approches théoriques*. *L'Information Psychiatrique*. 2007;83(9):775-780. doi:10.1684/ipe.2007.0222
- Lepine, J.P., et al., *Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population*. *Encephale*, 2005. 31(2): p. 182-94. 59-70.
- Lorette Adrien, Lucchelli Juan-Pablo. *Présentation de la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11)*. *L'Information Psychiatrique*. 2022;98(6):426-434. doi:10.1684/ipe.2022.2437
- Williams, S.L., et al., *Thoughts of agoraphobic people during scary tasks*. *J Abnorm Psychol*, 1997. 106(4): p. 511-20.



Crédit photo ©Createek

SI ON VOUS DIT FLUIDITÉ ?



Yasmina Dejean
Psychiatre

Mais qu'est-ce que ce mot vient faire dans une revue de psychiatrie ? On l'entend pourtant beaucoup dans nos institutions et nos oreilles en sont toutes chiffonnées. Et pourtant !

La fluidité, c'est la qualité des fluides. Vous savez, cet état de la matière qui se répand et occupe tout l'espace qui s'offre à lui. N'est-ce pas beau et synonyme de souplesse et d'ouverture ?

Le sable qui coule entre les doigts, l'air qui emplit les poumons, l'eau qui court gentiment le long du lit de la rivière, la même qui se soulève en torrent et tempête.

La fluidité, c'est le mot qui décrit la beauté du tombé d'un tissu. Les drapés flottent sans dessiner les corps. Des vêtements parfois extrêmes, qui habillent des mannequins évanescents, jusqu'aux toiles vibrantes de vie qui escamotent de vagues silhouettes, fem-

mes vivantes dans un ailleurs. L'élégance osée, classique, trompeuse, restrictive du vêtement. Qui demeure Élégance.

La fluidité, ce mouvement qui en son temps fascina le père de l'érotomanie, un certain Gaëtan de Clérambault. Il a su figer les voiles frissonnants du Maghreb en de si délicates photographies.

La fluidité, c'est une qualité du discours, de l'expression verbale, elle indique le cours et souvent la clarté de la pensée. Sinon c'est le désordre.

La fluidité, c'est la qualité vitale du sang qui glisse dans nos veines, avec juste ce qu'il faut de viscosité, sinon, oh sinon, danger.

Quel rapport avec la psychiatrie me direz-vous ?

De nos jours, il s'agit de la fluidité des parcours. Chaque patient guidé sur un chemin droit et étroit, prévu pour lui épargner les turbulences, les aléas, les égarements.

Un cadre qui ne dit pas son nom, un mot de la novlangue, qui dit contrainte. On peut craindre qu'il ne cache aussi le contraire de son nom.

Imaginons les petites billes roulant l'une contre l'autre sur le chemin du soin, qui se ressemblent et se confondent comme grains de sable, groupe homogène de malades. Hommes et femmes, formes standardisées qui suivraient sagement la ligne toute tracée.

Imaginons une chaîne de montage, un circuit de production. Pardonnez ! il s'agit de produire du soin, quelque chose de très singulier et si individualisé.

Alors oui la fluidité est requise et si la nature est rétive, le psychia-

tre le serait-il aussi ?

Il sait qu'à l'intérieur du contenant fermement délimité réglementé que prétendent être établissements et logigrammes, se nichent des intrus : la diversité, l'Inconscient, l'imprévu.

La réalité en quelque sorte.

La rencontre de ces concepts fait le sel de la vie du psychiatre qui exerce à l'hôpital public, celui où tout est possible.

Si la fierté du psychiatre est de flotter et naviguer sur ce théâtre, reconnaissons-le, ce psychiatre-là n'est pas toujours comme un poisson dans l'eau.

Nous savons qu'une règle d'or pour travailler auprès de nos patients est de développer l'adaptabilité, celle d'être en mesure de répondre à toute situation, de la plus simple sans guère y réfléchir, à la plus complexe jusqu'à s'arracher les cheveux.

Une utopie des temps modernes ? se consacrer soigneusement à nos patients l'un après l'autre, répondre aux problèmes incessants, les uns après les autres.

Qui n'a rêvé de fluidité en garde, abattre le travail petit à petit, sans l'oppression de la salle d'attente, de la file qui grossit jusqu'à l'embouteillage ?

Qui n'a rêvé que s'effacent les problématiques chroniques et récurrentes, la faiblesse des solutions d'aval, rêvé que d'autres nous soulagent des patients trop difficiles ? Comme ça ! par un beau matin d'été, le ciel enfin dégagé, d'un coup d'un seul d'une éponge magique, d'un trait de plume ?

Telle est l'ambition du brin de poésie.

Et si c'était vous ?

Dans les couloirs de l'hôpital, lors d'une pause entre deux consultations ou au détour d'une réunion, combien de fois avez-vous eu envie de réagir à une réforme, de partager une expérience ou de pousser un coup de gueule sur l'état de la psychiatrie hospitalière ?

Avec le Courrier des lecteurs, La Lettre du SPH vous donne la parole. Parce que la psychiatrie ne se pense pas en vase clos, parce que les réalités du terrain méritent d'être entendues, cette rubrique est la vôtre.

Pourquoi écrire ?

- Pour réagir à un article paru dans la revue.
- Pour témoigner d'une situation vécue, d'un problème rencontré ou d'une initiative inspirante.
- Pour interpeller sur une réforme, une réglementation ou l'évolution du métier.
- Pour poser une question qui mérite débat ou approfondissement.

Et après ?

Vos messages seront lus avec attention et une sélection sera publiée dans chaque numéro.

Votre voix, vos préoccupations et vos idées alimentent la réflexion collective et permettent d'ouvrir des perspectives nouvelles sur l'exercice de la psychiatrie hospitalière.

Comment participer ?

Rien de plus simple : envoyez votre message à contact@createek.fr avec l'objet "Courrier des Lecteurs".

Le SPH, c'est vous. Faites entendre votre voix !

FSEF**La Fondation Santé des Etudiants de France #RECRUTE**

Rejoignez l'institution de référence pour la santé des adolescent.e.s et des jeunes adultes

Nous recrutons des médecins psychiatres

Pour plusieurs de nos cliniques.



La FSEF, reconnue d'utilité publique, gère 26 établissements sanitaires et médico-sociaux sur l'ensemble du territoire. La FSEF propose une prise en charge soins-études-insertion pour les patients de 12 à 25 ans grâce à un partenariat historique avec l'Éducation nationale.

LES SERVICES QUI RECRUTENT :

Clinique FSEF Grenoble : Un pédopsychiatre pour l'unité de jour qui accueille 12 adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires, en leur proposant une évaluation standardisée, un programme de soins incluant un suivi intensif post-ambulatoire ou post-hospitalisation, un suivi somatique, nutritionnel psychologique et psychiatrique individuel, des médiations thérapeutiques, un accompagnement familial, un travail sur l'insertion sociale au travers d'une scolarité intégrée.

Clinique FSEF Neufmoutiers en brie : Trois psychiatres pour les unités suivantes :

- L'hôpital de jour Soins-Etudes, une unité de 15 places accueillant des adolescents seins et marnais de 13 à 20 ans
- L'unité MPR PSY de 14 lits avec une double prise en charge somatique et psychiatrique accueillant des adolescents de 11-18 ans suite à des tentatives de suicide avec retentissement orthopédique ou neurologique, défenses polytraumatisés, douloureux chroniques ou présentant des troubles somatoformes.
- L'Unité de Traitement des Troubles, de l'Affectivité et de la Cognition (UTTAC) qui accueille des adolescents (11/18 ans en priorité 11/16 ans) atteints de phobie scolaire, de troubles des apprentissages scolaires, de dépression grave, de troubles psychotiques, autisme de haut niveau, troubles de la personnalité de type états limites, anorexie mentale.

Clinique FSEF VDA : Avec trois pôles d'activité : le Relais 15-25, dispositif ambulatoire de première ligne d'accueil, d'évaluation, de traitement et d'orientation de jeunes âgés de 15 à 25 ans en souffrance psychique ; une unité de soins attentifs pour adolescents (USAA) offrant une capacité de 14 lits d'hospitalisation à temps complet ; un accueil en soins-études avec la mise à disposition de 44 lits en hospitalisation complète et 30 places d'hospitalisation de jour.

PROFIL

Diplôme d'État en Psychiatrie, inscription à l'Ordre des médecins.
Avoir un intérêt pour la prise en charge des adolescents et jeunes adultes et une connaissance de la psychiatrie institutionnelle.

AVANTAGES FSEF

- Remboursement du titre de transport à 75 %.
- Mutuelle attractive avec une participation employeur à hauteur de 60 %.
- Avantages CSE (cartes cadeaux, chèques vacances...).
- Prime décentralisée de 5 % versée chaque mois.
- Prime d'ancienneté revalorisée de 1 % par an jusqu'à 33 %.
- Récupération des jours fériés non chômés.



Inscrit à l'Ordre, Rejoignez-nous en adressant votre candidature à rh.recrutement@fsef.net

Vous êtes psychiatre

Et si ce poste était fait pour vous ?

Rejoignez
Ville-Évrard

L'équipe de Ville-Évrard est impatiente de vous rencontrer.

Envoyez votre CV : rhmedicales@epsve.fr

eps-ville-evrard.fr

Une communauté hospitalière engagée dans son territoire, la Seine-Saint-Denis

- Psychiatrie publique de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent.
- Postes extrahospitaliers et intrahospitaliers.
- Équipes pluridisciplinaires innovantes attachées la collégialité et à la solidarité.
- Nombreux projets médicaux.
- Recherche clinique.
- Principales communes d'implantation : Montreuil, Neuilly-sur-Marne, Bondy, Aubervilliers et Saint-Denis.
- Convention hospitalo-universitaire entre l'établissement public de santé de Ville-Évrard, les Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis - AP-HP et l'université Sorbonne Paris Nord.

Vos avantages

- Prime d'engagement dans la carrière hospitalière, indemnité d'activité sectorielle et de liaison ou prime d'exercice territoriale en fonction du statut.
- Nombreuses formations professionnelles et participation aux congrès.
- Possibilité de crèche au plus près du domicile ou du lieu de travail.
- Possibilités d'évolution au sein de l'Établissement public de santé de Ville-Évrard : grande diversité de postes en psychiatrie.
- Accompagnement individualisé pour tous vos projets professionnels.

Aux portes de Paris - Métro, RER, bus, tramway.



Institut La Teppe
Soigner - Accompagner

À Tain l'Hermitage (45' au sud de Lyon ; 15' au nord de Valence)

L'institut la Teppe recrute, pour rejoindre son équipe médicale :

1 PSYCHIATRE DE LIAISON (F/H) - CDI

Pour ses activités sanitaires et médico-sociales spécialisés dans le soin des épilepsies complexes de l'adulte (2 psychiatres) : consultations psychiatriques, promotion des pratiques cliniques adaptées aux troubles psychiatriques au sein des équipes de soins et d'accompagnement, contribution au projet médical, possibilité de participer à la réalisation de projets de recherche.

Pour + d'informations / pour postuler : www.teppe.org



FRANCE

ÎLE-DE-FRANCE

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Laissez-vous surprendre par Sarreguemines...

À la confluence de la Sarre et de la Blies, entre deux Biosphères reconnues par l'UNESCO (Parc Régional des Vosges du Nord et Bliesgau), Sarreguemines, la cité faïencière, jouit d'une situation privilégiée en Lorraine, à deux pas de l'Allemagne et de l'Alsace. Le territoire de Sarreguemines saura vous enchanter par la diversité des activités proposées, ainsi que par la qualité de ses hébergements et restaurants.



LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE SARREGUEMINES

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

RECHERCHE

MÉDECIN PSYCHIATRE

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

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.

Versement d'une prime d'engagement dans la carrière hospitalière de 30 000€ pour la psychiatrie.

<https://www.hopitaux-sarreguemines.fr/presentation/2/60>



ADRESSER CANDIDATURE ET CV À :

Monsieur Jonathan HAAS

Directeur des Affaires médicales,
de la recherche et de l'innovation

☎ 03 87 27 33 11 (secrétariat)

✉ jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr

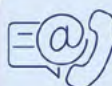
EPSAN Etablissement Public
de Santé Alsace Nord

Principal établissement public de santé mentale du Bas-Rhin

Établissement de 490 lits et 338 places avec un effectif total de 1 660 agents dont 110 médecins. Situé à 20 min de Strasbourg (et 12 min en TER), capitale européenne et de Noël, à 1h30 de Paris et aux portes de l'Allemagne.

Nous recrutons :

- Un(e) Psychiatre
- Un(e) Pédopsychiatre



Contact :

• Frédéric JUNG : Directeur des Affaires Médicales

frederic.jung@ch-epsan.fr / 03 88 64 77 59

• Dr Philippe AMARILLI : Président de la CME

philippe.amarilli@ch-epsan.fr

Retrouvez nos fiches de postes sur : www.ch-epsan.fr

Possibilités de poste sous statut hospitalier à Brumath et sur le Nord du Bas-Rhin (intra et extrahospitaliers), en psychiatrie adulte ou psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : possibilité de formations, d'activités variées avec des nouveaux projets financés, au sein d'équipes pluridisciplinaires comprenant 5 à 10 psychiatres et internes.



www.ch-epsan.fr



Hôpital
cœur de ville



Le Centre Hospitalier de Narbonne,

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

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

Psychiatre : Vous rejoignez une équipe de 5 ETP de psychiatres plus un addictologue et un médecin généraliste du pôle de médecine qui assure la liaison somatique en psychiatrie.

Pédopsychiatre : Vous rejoignez une équipe de 6 ETP de pédopsychiatres. Le service est organisé en deux grands dispositifs articulés (plus de 50 ETP) : le dispositif de soins pour enfants (DSE) et le dispositif de soins pour adolescents (DSA).

RECRUTE

Médecin Psychiatre et Pédopsychiatre

Le poste est sous statut hospitalier (P.H., Praticien contractuel ou attaché).
Contrat de praticien contractuel au 4^{ème} échelon + 10 %.

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

CONTACT :
Bureau des Affaires Médicales
☎ 04 68 42 60 28 ✉ affairesmedicales@ch-narbonne.fr
RENSEIGNEMENTS AUPRÈS DE :
SEBBA Mathieu
☎ 33 (0) 4 68 70 12 05 ✉ mathieu.sebba@ch-narbonne.fr



CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ ALBERT BOUSQUET

Nouméa (Nouvelle-Calédonie)

RECRUTE DES PRATICIENS HOSPITALIERS À TEMPS PLEIN

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Prises en charge tant individuelle que groupale d'enfants dans les différentes unités du service de psychiatrie infanto-juvénile : CMP-ATTP, service de soins pour adolescents, secteur médico-social, antennes décentralisées des Îles Loyauté...

Renseignements complémentaires

Dr Nathalie DUGAND

Chef de service par intérim

Tél. : (+687) 25 52 33 / Mobilis : (+687) 52 18 86

Courriel : n.dugand@chs.nc



Avis de vacances de postes détaillés

consultables sur le site de la DASSNC

<https://dass.gouv.nc/la-dass/les-offres-demploi>

Clôture de dépôt du dossier complet :

25 avril 2025.

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Prises en charge d'adultes en unité de poste cure sans consentement, en unité de poste cure et de réhabilitation sociale, en unité d'admission libre, en unité décentralisée de psychiatrie (psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, adologie et addictologie)...



Renseignements complémentaires

Dr Guy SOUTHWELL

Chef de service par intérim

Tél. : (687) 24 36 67 – Mobilis (687) 75 01 62

Courriel : g.southwell@chs.nc

DOSSIER DE CANDIDATURE À DEMANDER À :

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie
B.P N4 – 98851 Nouméa (Nouvelle-Calédonie)

Tél. : (687) 24 37 37 / Courriel : sylvie.cugola@gouv.nc



AMG

MERCEDES-AMG GLE HYBRIDE 53 4MATIC+



MAURIN
AUTOMOBILES

CEA AUBIERE : 04 73 15 16 17 - VICHY : 04 70 30 92 20

ETOILE 03 MONTLUCON : 04 70 08 31 31 - MOULINS : 04 70 46 63 03

Mercedes-AMG GLE Hybride 53 4MATIC+ | Autonomies électriques : 80-86 km (cycle combiné WLTP). Consommations : 1,3-1,5 l/100 km (cycle combiné WLTP) ; Émissions de CO₂ : 29-33 g/km (cycle combiné WLTP). RCS Clermont-Ferrand 321 761 686.

A 33 g CO₂/km

B

C

D

E

F

G

Pensez à covoiturer. #SeDéplacerMoinsPolluer

43^e
Journées
de la
Société
de l'Information
Psychiatrique

excitation • agitation
crise

Antibes
du 2 au 4 octobre 25

Renseignements et inscriptions : www.sip.sphweb.fr

Aïcha RAMDANI - Secrétariat SIP-SPH-AEFPC
Centre Hospitalier Le Vinatier - Pôle Ouest - Bâtiment 312
95 bd Pinel - BP 30039 - 69678 BRON cedex

Secrétaire : Aïcha RAMDANI - secretariatSIP2@gmail.com - 04 37 91 52 21

Organisme de Formation Professionnelle enregistré
sous le n° 846 919 385 69



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX



LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION
PSYCHIATRIQUE