

# LE MAG DE L'INPH



INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS  
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

**N° 32**

**DÉCEMBRE  
2025**

**QUADRIMESTRIEL  
GRATUIT**

## **VOL AU-DESSUS D'UNE CAUSE NATIONALE**

**MIEUX COMPRENDRE LA PSYCHIATRIE  
ET MIEUX VIVRE LA SANTÉ MENTALE**

**[WWW.INPH.ORG](http://WWW.INPH.ORG)**





INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

BUREAU

Présidente  
Dr Rachel BOCHER  
(CHU de Nantes)

Délégué général  
Dr Patrick LÉGLISE  
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général  
Dr Slim BRAMLI  
(FPS – Avignon)

Trésorier  
Dr Olivier DOUAY  
(SNPH – Limoges)

Premier Vice-Président  
Pr Guillaume CAPTIER  
(SHU - Montpellier)

Vice-Président Chargé de la Psychiatrie  
Dr Michel TRIANTAFILLOU  
(SPEP – Nanterre)

Vice-Président chargé de la Médecine (Infectiologie)  
Dr Hugues AUMAÎTRE  
(SNMInf – Perpignan)

Vice-Président chargé de la Médecine (Médecine Interne)  
Pr Pascal ROBLOT  
(SYNDIF - Poitiers)

Vice-Présidente chargée de la Maïeutique  
Mme Camille DUMORTIER  
(ONSSF – Nancy)

Membre du bureau chargé de la Santé Publique et l’Information Médicale  
Dr Jérôme FRENKIEL  
(SNPH – CHU – Paris)

Délégué Général Adjoint  
Dr Éric OZIOL  
(SYNDIF - Béziers)

Secrétaire Général Adjoint  
Dr Patricio TRUJILLO  
(FPS – Étampes)

Trésorier Adjoint  
Dr Bernard SARRY  
(SNOHP – Limoges)

Deuxième Vice-Présidente chargée de la Chirurgie  
Dr Maud CHABAUD  
(SCPF – Paris)

Vice-Présidente chargée de la Chirurgie Pédiatrique  
Dr Hélène LE HORS  
(SCPF - Marseille)

Vice-Président Chargé de la Pharmacie  
Dr Cyril BORONAD  
(SYNPREFH – Cannes)

Vice-Président chargé de l’Université et de la Recherche  
Pr Bertrand DIQUET  
(SHU - Angers)

Vice-Président chargé de la Qualité de Vie au Travail  
Dr Pierre RUMEAU  
(SyNPH - Toulouse)

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

<b>SyNPH</b> Syndicat National des Praticiens Hospitaliers <b>Président</b> : Dr Pierre RUMEAU	<b>FPS</b> Fédération des Praticiens de Santé <b>Président</b> : Dr Slim BRAMLI
<b>SNMInf</b> Syndicat National des Maladies Infectieuses <b>Président</b> : Dr Hugues AUMAÎTRE	<b>SYNPREFH</b> Syndicat National des Pharmaciens des Établissement Publics de Santé <b>Président</b> : Dr Cyril BORONAD
<b>SPEP</b> Syndicats des Psychiatres d’Exercice Public <b>Président</b> : Dr Michel TRIANTAFYLLOU	<b>SNHG</b> Syndicat National des Hôpitaux Généraux <b>Président</b> : Dr Alain JACOB
<b>SPHPF</b> Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française <b>Président</b> : Dr Marc LEVY	<b>SHU</b> Syndicat des Hospitalo-Universitaires <b>Président</b> : Pr Guillaume CAPTIER
<b>SCPF</b> Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français <b>Présidente</b> : Dr Naziha KHEN-DUNLOP	<b>SNOHP</b> Syndicat National des Odontologistes des Hôpitaux Publics <b>Président</b> : Dr Bernard SARRY
<b>SYNDIF</b> Syndicat National des Internistes Français <b>Président</b> : Pr Pascal ROBLOT	<b>SPH</b> Syndicat du Service Public Hospitalier <b>Présidente</b> : Dr Érica MANCEL SALINO
<b>ONSSF</b> Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes <b>Présidente</b> : Mme Caroline COMBOT	<b>SYFMER</b> Syndicat Français de Médecine Physique et Réadaptation <b>Président</b> : Dr Jean-Pascal DEVAILLY
<b>SNMBCHU</b> Syndicat National des Médecins Biologistes des CHU <b>Président</b> : Pr Jean-Paul FEUGEAS	<b>SNSP</b> Syndicat National des Médecins de Santé Publique <b>Président</b> : Dr Nicolas LEBLANC

SOMMAIRE N°32

04 ÉDITORIAL

06 UN VENT DE FOLIE SOUFFLE-T-IL SUR LA GRANDE CAUSE NATIONALE ?  
Dr Eric OZIOL

DOSSIER : SANTÉ MENTALE, OÙ EN EST LA GRANDE CAUSE NATIONALE DE 2025 ?  
10 Les mesures proposées par le ministère de la Santé en juin 2025 pour la psychiatrie : l’avis du SPEP  
Dr Alain FROTTIN

12 Les « contraintes » de la psychiatrie française : enjeux et perspectives  
Dr Radoine HAOUI

14 Le risque suicidaire en 2025 : quelle prévention dans notre société ambivalente ?  
Dre Cécile OMNES

18 Quand la prévention du suicide croise la loi sur la fin de vie  
Pre Emilie OLIE

20 Dépression post-partum : briser le silence  
Elise LAISNE

22 La bienveillance comme impératif à la bonne santé hospitalière  
Dr Philippe RODET

26 Du travail « qui soigne » au travail qui « rend fou » : Tosquelles et Dejours face au même réel ?  
Dr Philippe BANYOLS

28 « Il n’y a plus rien... Plus, plus rien »  
Dr Jean-Pierre BOINET

ACTUALITÉ SYNDICALE  
31 Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les primes et rémunérations des Hospitalo-Universitaires  
Pr Guillaume CAPTIER & Dr Eric OZIOL

JE L’AI LU OU RELU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE...  
37 Caché dans la maison des fous  
Didier Daeninckx  
38 La Mâchoire de Freud  
Yann Diener

JE L’AI VU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE POUR LES FÊTES DE FIN D’ANNÉE OU APRÈS...  
39 Freedom Club  
Pièce de théâtre de Nicolas LE BRICQUIR

40 Les Demoiselles de Rochefort  
Comédie musicale au Lido  
41 La cage aux folles  
Comédie musicale au Théâtre du Châtelet

43 ANNONCES DE RECRUTEMENT



https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/



INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Édition quadrimestrielle ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D’ RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D’JÉRÔME FRENKIEL  
D’ ERIC OZIOL

Comité de lecture D’ MICHELE AKIERMAN  
D’ SLIM BRAMLI  
D’ GUILLAUME CAPTIER  
D’ PATRICK LEGLISE  
D’ MARIE-AUDE LEGUERRIER  
D’ MICHEL TRYANTAFILLOU  
D’ MAUD WILLIAMSON

Editeur & Régie publicitaire

Reseauprosante  
M. TABTAB Kamel, Directeur  
14, Rue Communes - 75003 Paris  
Tél. : 01 53 09 90 05

Email : contact@reseauprosante.fr  
Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page  
We Atipik - www.weatipik.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.





# PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE :

# UNE URGENCE HUMAINE UN ENGAGEMENT SOCIAL UNE RESPONSABILITÉ POLITIQUE

La reconnaissance de la **santé mentale comme grande cause nationale en 2025** n'est ni symbolique ni accessoire. Elle consacre une réalité ancienne, brutalement révélée par la pandémie : **nous sommes tous vulnérables**. Les troubles psychiques traversent la société, le monde du travail et touchent aussi les soignants. Il n'existe pas de santé globale sans santé mentale.

Les chiffres sont sans appel. Première cause d'invalidité, deuxième cause d'arrêts maladie, la santé mentale concerne chaque année **près de 13 millions de personnes**. Son coût dépasse 70 milliards d'euros en dépenses directes et plus de 120 milliards si l'on inclut les coûts indirects. Elle constitue aujourd'hui le **deuxième poste de dépenses de l'Assurance maladie**. Ces données devraient suffire à imposer une action politique forte, structurée et durable.

Pourtant, malgré l'engagement constant des équipes hospitalières, malgré les innovations organisationnelles et l'évolution des pratiques, **la réponse politique reste insuffisante**. Avec force l'INPH dénonce les attermolements du Parlement qui peine toujours à dessiner une **véritable politique de santé**, cohérente et anticipatrice, à la hauteur des ruptures démographiques, sociales et environnementales à venir. La psychiatrie, comme beaucoup d'autres disciplines demeure

sous-dotée, fragmentée, exposée, alors même que la demande sociale ne cesse de croître. C'est inadmissible et les déclarations d'intention ne suffiront pas.

La psychiatrie est une discipline complexe, vivante, exigeante. Répétons-le encore et encore : la psychiatrie nécessite elle aussi des équipes stables, un management de qualité, une organisation territoriale intégrant la crise, la prévention, l'« aller vers » et des alternatives à l'hospitalisation. Elle suppose également un investissement résolu dans la recherche afin de réduire des délais diagnostiques encore inacceptables pour certaines pathologies. Votre intersyndicat INPH ne renoncera jamais à faire bouger les lignes, changer les comportements, bousculer ce fatalisme ambiant insupportable.

Dans ce contexte déjà tendu, la **souffrance psychique des soignants** ne peut plus être tue. Nous devons proclamer la **fin de l'omerta**. Les soignants ne sont ni des héros ni des surhommes, mais des professionnels engagés, parfois épuisés, exposés à des contraintes croissantes. La honte et la culpabilité n'ont pas leur place : prévenir, repérer et demander de l'aide relèvent pleinement de la culture du soin.

*“ La souffrance psychique des soignants ne peut plus être tue. Nous devons proclamer la fin de l'omerta. ”*

## Hommage et indignation

L'assassinat en Guadeloupe du **Docteur Jean-Michel GAL, psychiatre**, nous a plongés dans la stupeur et la tristesse. L'INPH adresse à sa famille, à ses proches et à ses collègues ses **condoléances les plus sincères**.

Ce drame suscite une **indignation profonde**. Il rappelle avec une violence insupportable que les praticiens en général et les psychiatres en particulier exercent parfois dans des conditions d'insécurité inacceptables. La protection des soignants relève d'une **responsabilité majeure de l'État**. Elle ne peut plus être différée.

**Ces événements tragiques nous inspirent et renforcent notre détermination à construire un avenir plus serein, efficace et sécurisé de nos professions.**

Bâtir des collectifs soignants stables, associer humanité et haute technicité, lutter contre la stigmatisation des patients comme des soignants, refuser le découragement et l'indifférence : tels sont les fondements d'une psychiatrie humaniste, fidèle à ses valeurs.

À l'heure où la santé mentale est proclamée grande cause nationale à nouveau en 2026, **nous attendons des actes**, c'est-à-dire des moyens et une stratégie claire. À défaut, cette reconnaissance

restera un slogan sans portée réelle, indigne des patients et des professionnels qui les accompagnent chaque jour.

L'INPH continuera à porter cette exigence faite de responsabilité et d'engagement aux valeurs du service public hospitalier, avec détermination car « *là où la volonté est grande, les difficultés diminuent* » (Machiavel).

En cette fin 2025 et en ce début d'année 2026, toute l'Équipe de votre magazine et tous les membres du Conseil d'administration de l'INPH se joignent à moi pour vous adresser nos vœux les meilleurs, de bonheur et de joie à titre personnel, mais aussi d'espoir et de réussite, de force et d'unité au service de nos patients, au quotidien.

Ensemble, nous pouvons.

Présidente de l'INPH  
Dr Rachel BOCHER



*“ Là où la volonté est grande, les difficultés diminuent. ”*

Machiavel



# UN VENT DE FOLIE SOUFFLE-T-IL SUR LA GRANDE CAUSE NATIONALE ?



**Dr Eric OZIOL**  
Rédacteur en chef  
Fou de vous et fou  
de nous

**Le terme fou vient de l'ancien français fol, lui-même issu du latin follis, qui veut dire à la fois « souffle », « vent » et « soufflet ». Alors quel vent de folie souffle-t-il sur notre société ? La grande cause nationale saura-t-elle mobiliser tout le monde pour mieux vivre ensemble la santé mentale et mieux comprendre le rôle complexe et multifacettes de la psychiatrie ?**

Le Musée du Louvre avait proposé du 16 octobre 2024 au 3 février 2025, une exposition sur les FIGURES DU FOU et de la folie du Moyen Âge jusqu'aux Romantiques. Le déroulé de la visite commençait par les illustrations de psaumes du XIV<sup>e</sup> siècle exprimant que la folie la plus grave était de se détourner de la foi de Dieu, puis passait par l'« Excision de la pierre de folie » de Hieronymus Bosch ou par le Portrait du fou regardant à travers ses doigts (image de l'affiche de l'exposition), pour arriver jusqu'à la figure de Philippe PINEL, méde-

cin aliéniste précurseur de la psychiatrie, avec le tableau de Tony Robert-Fleury (1876) « Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795 ».

La suite de l'histoire nous la connaissons mieux, avec Jean-Etienne Esquirol qui donne naissance à la réglementation psychiatrique de 1838, restée en vigueur jusqu'en 1990, soit un hôpital psychiatrique par département et deux mesures d'internement, les fameux PO et PV, bien connus des étudiants boomers en médecine. Ces grands hôpitaux vivaient en autarcie et les malades étaient souvent internés à vie en l'absence de thérapies. En France le nombre « d'aliénés » passe de

10 000 en 1838, à 110 000 en 1939, soit alors plus que de détenus de droit commun.

Fin XIX<sup>e</sup>, à la suite de Jean-Martin Charcot, chef de file de l'école de la Salpêtrière, la maladie mentale commence à être décrite, même en l'absence de corrélation anatomique ou anatomo-pathologique. Ses enseignements inspireront Sigmund Freud, le chef de file de l'école de psychanalyse.

Le XX<sup>e</sup> siècle verra bon nombre de théories et de traitements se succéder, sur lesquelles un regard non seulement historique, mais surtout éthique sans concessions se doit d'être posé. Sous l'influence de théories eugénistes,

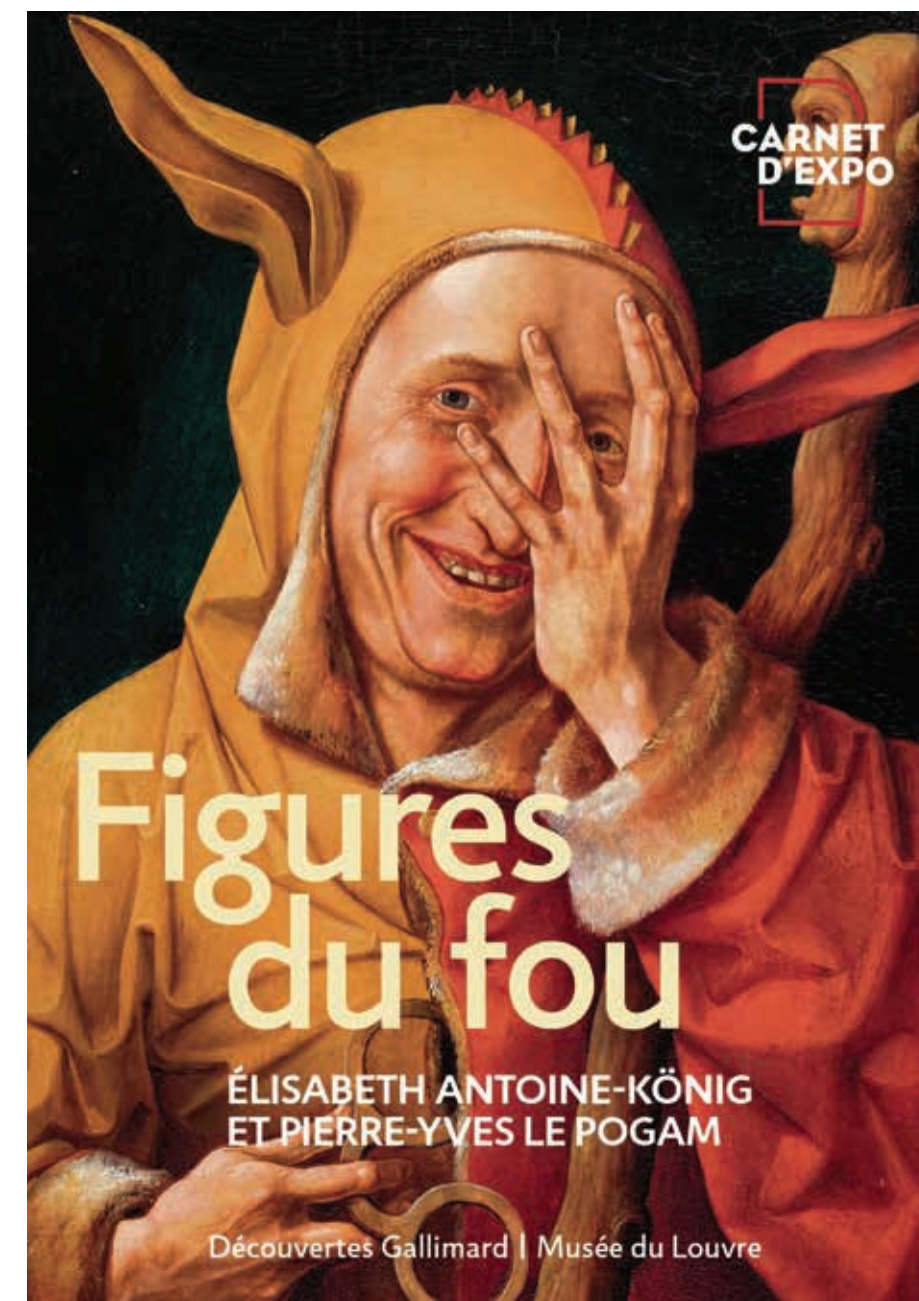
des programmes de stérilisation contrainte ont été mis en place dans des pays d'Europe, d'Amérique, ainsi qu'au Japon, avec un cadre de lois ayant persisté jusque dans les années 70 en Suède ou même 80 dans le canton de Vaud. L'Allemagne nazie a même exterminé les malades mentaux dans le cadre de l'Aktion T4, pendant que sous la France de l'occupation de 1940 à 1944 environ 40 000 malades mentaux auraient succombé à la famine, sauf dans certains lieux de résistance comme l'hôpital psychiatrique de Saint Alban sur Limagnole en Lozère (lire le livre de Didier Daeninckx, « Caché dans la maison des fous » en fin de ce MAG). C'est dans cet établissement dirigé par le résistant Lucien Bonnafé, qu'est née la psychothérapie institutionnelle par l'inspiration de François Tosquelles, psychiatre catalan, réfugié républicain, qui a fortement influencé Jean Oury, Félix Guattari ou Henri et Madeleine Vermorel. Ils ont également été à l'origine de la psychiatrie de secteur. Tout cela méritait d'être rappelé au moment même où l'ARS Centre-Val de Loire n'a pas renouvelé l'autorisation de psychiatrie de la clinique de La Borde créée en 1953 par Jean Oury, pour des motifs impératifs, technocratiques et comptables.

Ces progrès thérapeutiques de la psychothérapie institutionnelle sont cependant contemporains de la lobotomie frontale qui a valu à ses deux concepteurs neurologues portugais le prix Nobel de médecine en 1949. Les abus de ces méthodes porteront le discrédit sur les théories organicistes des maladies mentales.

C'est toujours en France, grâce à l'acuité clinique et à la persévérance de Henri Laborit, chirurgien militaire, qu'en janvier 1952

la première publication sur les effets spectaculaires de la Chlorpromazine voit le jour. La psychopharmacologie moderne est née. Il n'aura pas le prix Nobel pour autant !

À côté du développement exponentiel des molécules, illustré par le succès mondial des IRS, les techniques du soin par la parole se développent, rendant compte de la richesse de l'approche psychiatrique, au-delà de courants d'idées antagonistes, comme psychiatrie



**Figures du fou**  
Éditeur : Gallimard/Musée du Louvre  
Collection : Découvertes Gallimard Carnet d'expo  
Auteurs : Elisabeth Antoine-König  
et Pierre-Yves Le Pogam  
Parution : 17 octobre 2024  
Nombre de pages : 64 pages + 16 p. hors texte,  
ill., sous couverture illustrée, 120 x 170 mm,  
broché  
Achévé d'imprimer : 01-9-2024  
ISBN : 9782073084644  
Gencode : 9782073084644  
Code distributeur : G09593



organiciste contre psychiatrie psychanalytique, ambulatoire contre institution, etc.

Malgré tous ces progrès, dans les établissements psychiatriques des USA le nombre d'admissions restera supérieur au nombre de décharges jusque dans les années 70. Le film de Milos Forman aux 5 Oscars en 1975, « Vol au-dessus d'un nid de coucou », avec Jack Nicholson,

sera un plaidoyer pour une démocratisation de la gouvernance institutionnelle des contraintes.

Cinquante ans après, en France, les lois sur les droits des patients et les lieux de privation de liberté, défendent très clairement la dignité des patients. Le cinéma, par la caméra de Nicolas Philibert, rend hommage à toutes les facettes de la psychiatrie. Son triptyque

« Sur l'Adamant », « Averroès et Rosa Parks » et « La machine à écrire et autres sources de tracas », dont le premier a reçu l'Ours d'or du Festival de Berlin en 2023, montre toute la richesse et la complexité de cette spécialité, en ambulatoire, en institution, jusqu'au domicile.

**Alors au lieu des 5 OSCARS du film de Milos FORMAN, et à défaut de prix Nobel, nous aimerions toutes et tous que la psychiatrie française puisse être enfin lauréate aux « HIPPOCRATES des systèmes de soin » dans les cinq catégories suivantes :**

- **MEILLEURE** prévention du suicide
- **MEILLEURE** couverture du territoire
- **MEILLEURE** attractivité de la psychiatrie publique
- **MEILLEUR** investissement et moyens suffisants
- **MEILLEUR** développement des métiers de la santé mentale

**La psychiatrie est une des spécialités médicales les plus essentielles à notre société et qui mériterait un bien meilleur rang de choix au classement final de ce qui a remplacé le concours de l'internat !**



# Vos projets méritent un meilleur départ.

**Mais surtout une banque qui les fait avancer.**

**LCL partenaire de l'INPH.**



Rejoignez-nous sur @LCL



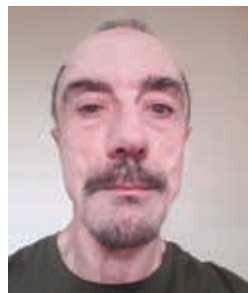
# LCL

**Pour aller de l'avant.**

\*Catégorie Banque de réseau pour les particuliers - Étude Ipsos bva - Viséo CI - Plus d'infos sur [escda.fr](https://escda.fr) CREDIT LYONNAIS, SA au capital de 2.037.713.591€ - Immatriculée 954509741 - RCS LYON - Siège social : 18, rue de la République - 69002 LYON. Siège central : 20 avenue de Paris - 94811 VILLEJUIF Cedex - inscrit sous le numéro d'immatriculation d'intermédiaire en assurance ORIAS : 07001878 - Carte professionnelle de transaction immobilière n° CPI 6901 2020 000 045 362 délivrée par la Chambre de Commerce et d'Industrie de Lyon. Le CREDIT LYONNAIS ne reçoit ni ne détient aucuns fonds au titre de cette activité.



# LES MESURES PROPOSÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ EN JUIN 2025 POUR LA PSYCHIATRIE L'AVIS DU SPEP



**D<sup>r</sup> Alain FROTTIN**  
Pour le SPEP

**Le ministère de la santé a publié mi-juin 2025, dans le cadre de la démarche du plan santé mentale grande cause nationale et pour construire dans la durée, 26 mesures pour la psychiatrie.**

On ne peut a priori que saluer ce projet qui correspond assez bien aux missions de service public des psychiatres des hôpitaux. Pourtant, en creux, ce projet volontariste souligne tout ce qui, dans bien des lieux sectoriels et de territoires, est actuellement moins fait, mal fait, ou plus fait du tout, résultat d'une politique s'appuyant sur la règle consistant à imposer de faire toujours plus et mieux avec moins. Cette règle montre aujourd'hui ses effets négatifs et met à mal l'égalité souhaitable dans l'accès aux soins.

Il s'agit donc de restaurer par un investissement long une psychiatrie publique jusque-là maltraitée et en souffrance.

Réparer l'abîmé d'équipes sous-dotées est possible. La culture institutionnelle et de secteur demeurent des outils de pensée et de créativité pertinents et les choses pourront lentement cicatriser.

Recréer le disparu ou quasiment disparu est une toute autre affaire. Le travail est là, celui d'une nouvelle fondation, avec une nouvelle trame institutionnelle à créer, des habitudes de fonctionnement et de concertation à mobiliser et à faire vivre. Cela demande de la part du praticien hospitalier une énergie considérable, un charisme, une expérience qu'un jeune praticien en général ne possède pas.

Réparer ou recréer s'inscrit dans un contexte socioéconomique lourdement défavorable. Sans être exhaustifs, citons le manque de médecins traitants et de médecins scolaires, les services sociaux départementaux submergés de missions et à qui, leur tutelle, le conseil général, impose des économies budgétaires, plus les difficultés propres à l'institution judiciaire. Enfin, nous sommes tous conscients de la situation

économique angoissante avec un déficit des finances publiques particulièrement préoccupant et qui imposera à un moment ou à un autre des choix douloureux.

Le chemin proposé pose d'abord la question de la formation et des moyens qui lui sont attribués. On ne s'improvise pas aidant psy. Le voisinage, le médecin généraliste, le médecin scolaire peuvent repérer et alerter, aidés de kits à la décision, mais très vite après, les équipes spécialisées devront intervenir.

Faire participer les psychologues est indispensable. Ils ont leurs compétences propres, mais doivent souvent être soutenus dans les situations d'urgence, sauf si dans leur parcours ils ont bénéficié d'une telle expérience.

Il y a à développer aussi le recours aux infirmiers en pratique avancée. Donc développer leur formation, car ils apportent une valeur ajoutée évidente au travail d'équipe, mais doivent être formés, et résolument soutenus par l'équipe médicale.

La formation managériale doit être proposée à tout psychiatre, pour optimiser le binôme, responsable de structure et cadre de santé, pivot du fonctionnement institutionnel.

L'évaluation locale des besoins est essentielle en réactivant les outils déjà existants, et en impliquant les politiques locaux, les corps intermédiaires notamment syndicaux et les sociétés savantes pour évaluer les besoins et proposer des solutions incitatives adaptées au contexte particulier du territoire et du secteur.

Enfin, il y a lieu de tirer bénéfice du contexte actuel pour ne pas revenir à un passé d'autant plus idéal



lisé qu'il s'éloigne de l'état actuel. Au contraire, il y a lieu de soutenir une refondation de la psychiatrie publique, et à ce propos, il y a lieu de soutenir le recours à l'intelligence artificielle qui apportera une valeur ajoutée à l'ensemble des actions des équipes soignantes, en particulier dans l'élaboration des parcours de soins.

Le ministère, dans ce plan long, parle de la sortie du déni : excellente position, mais fragile. Une urgence politique chassant l'autre, le déni peut se reconstituer rapidement, rendant alors la situation de la psychiatrie publique encore plus gravement dégradée.

## LE POSITIONNEMENT SYNDICAL

Le SPEP veillera à ce que ce plan et ces mesures soient soutenus, et financés dans la durée, par des rappels vigilants et fréquents, à temps et à contre-temps.

Il propose un soutien syndical aux praticiens hospitaliers, notamment les plus jeunes, rarement formés à l'institution et au management, et qui sont souvent dans une situation paradoxale : les derniers arrivés et souvent les plus jeunes dans une équipe qu'on leur demande de diriger. Ils peuvent très vite être mis dans une place de bouc émissaire de dysfonctionnement en réalité plus globaux, avec le risque de maltraitance institutionnelle, de stress, d'isolement, et de burn-out avec leurs conséquences parfois extrêmes.

C'est sans doute à ces conditions minimales que le service public de psychiatrie pourra reprendre son activité soignante des pathologies psychiatriques les plus sévères, et son rôle réparateur du lien social, en lien avec ses partenaires.





# LES « CONTRAINTES » DE LA PSYCHIATRIE FRANÇAISE

## ENJEUX ET PERSPECTIVES



**Dr Radoine HAOUÏ**

Psychiatre, Chef de pôle de psychiatrie  
au Centre Hospitalier de Béziers.

Coordonnateur national du Groupe  
Opérationnel de la Psychiatrie (GOP)

**La psychiatrie publique n'a jamais été autant au cœur de l'actualité ces dernières années à la fois à travers des faits divers, des alertes sur l'état de dégradation de son offre de soin et sur une crise des vocations sans précédent pour la discipline.**

C'est une discipline et une spécialité médicale mal comprise alors qu'un français sur quatre sera affecté par la maladie mentale au cours de sa vie et que les troubles mentaux sont aujourd'hui au deuxième rang des causes mondiales du handicap.

Or, on sait que la précocité d'une prise en charge psychiatrique est essentielle, car elle influence non seulement le pronostic mais diminuerait les conséquences parfois dramatiques, en lien avec le trouble mental (suicide, actes médico-légaux...).

**La psychiatrie est une discipline bien implantée dans la cité, pionnière du parcours de soins avec sa politique de secteur depuis plus de 50 ans.**

**Elle protège, soigne, accompagne les nombreux usagers dans leur projet de soin et de vie et évite parfois des drames.**

Pour autant, la stigmatisation de la discipline et de ses usagers reste prégnante, son offre de soin peu lisible, ses nombreuses prises en charge et atouts peu connus par la population.

La psychiatrie publique se voit de plus en plus sollicitée et devient le réceptacle des maux de la société.

**Les missions ne cessent de se complexifier au gré des lois, des réglementations, intégrant plus de contraintes et de contrôles pour répondre aux attentes d'une société à la fois avide de sécurité mais aussi très attentive aux libertés individuelles.**

La réforme récente et légitime de l'isolement/contention (Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique) est venue alourdir la charge de travail des soignants déjà conséquente avec la Loi sur les soins sans consentement et

accentuer un peu plus leur travail administratif par les contrôles désormais systématiques du Juge des Libertés et de la Détention (nombreux documents à fournir, notification des informations à délivrer au patient et à ses proches). Le décompte précis des durées des mesures d'isolement et de contention, la judiciarisation avec le risque de main levée ou de contentieux font partie des préoccupations des professionnels et participent à un climat pesant dans les services.

Ces enjeux sont importants en termes de respect des droits et de la dignité des patients, du vécu négatif vis-à-vis de ces mesures de protection mais aussi de morbi-mortalité.

**Concilier un équilibre entre nécessité de soins et restrictions des libertés, droits des patients et protection du patient ainsi que des professionnels et de la société, exige compétences cliniques, formations, expérience, expertise et disponibilité.**

Ces injonctions paradoxales sont de plus en plus difficiles à appréhender aujourd'hui dans nos hôpitaux, source de perte de sens pour les professionnels de santé exerçant en psychiatrie.

Pour autant, ces professionnels n'ont jamais été autant sur le pont pour prendre soin, réhabiliter, accompagner les patients dans leur projet mais aussi innover dans l'offre de soin, développer les alternatives à l'hospitalisation afin de s'adapter à chaque fois aux réalités du territoire et aux besoins de la population.

En dépit des difficultés structurelles et des nombreuses turbulences qui pèsent sur cette discipline, les professionnels ont encore une fois démontré leur atout, leur réactivité et leur capacité d'adaptation pour faire face

à une crise sanitaire inédite. Ils se sont mobilisés, ont fait preuve de créativité et ont su adapter leur organisation au plus près du terrain pour répondre à l'enjeu majeur de la crise sanitaire COVID-19 en assurant des soins sur mesure à chaque « vague épidémique ».

**Les impacts de la « crise COVID-19 » sur la santé mentale sont indéniables et font l'objet aujourd'hui d'une attention particulière des pouvoirs publics et de la communauté psychiatrique.**

Or, les nombreux professionnels de la psychiatrie publique soulignent que l'hôpital public est à « bout de souffle ». Les causes sont multifactorielles : tension forte sur les lits, démographie médicale préoccupante avec perte d'attractivité pour la spécialité (30 % des postes de psychiatres vacants), conditions de travail pénibles avec une augmentation de la charge de travail, responsabilité médico-légale élevée, ...

**Les défis de la psychiatrie sont certes nombreux mais exigent une approche collective, coordonnée et partagée ainsi que des moyens à la hauteur des enjeux.**

La psychiatrie publique n'est bien entendu pas omnisciente sur le territoire mais reste l'acteur clé en raison de la politique de secteur. Elle ne doit pas être ni un acteur isolé, ni au « bout de la chaîne ». Ainsi, elle a besoin de tous les partenaires impliqués dans le parcours de soin et de vie à travers des coopérations équilibrées et dans le respect des champs de compétence et des moyens respectifs. Les familles, et les proches longtemps mis à distance, sont désormais des partenaires incontournables des équipes de soins.

La structuration des parcours est donc une nécessité pour ne pas aggraver le parcours du combattant d'un public fragilisé et souvent stigmatisé.

### **La Psychiatrie Publique a besoin d'un second souffle.**

**La Commission nationale de la psychiatrie présidée par le Pr LEJOYEUX et les nombreux acteurs de la psychiatrie mobilisés à travers les nombreux groupes de travail sont attentifs au sort de la psychiatrie désormais priorité nationale. Ils seront au RDV pour construire la psychiatrie de demain et relever les nombreux défis de santé.**





# LE RISQUE SUICIDAIRE EN 2025 QUELLE PRÉVENTION DANS NOTRE SOCIÉTÉ AMBIVALENTE ?



**Dr<sup>e</sup> Cécile OMNES**  
Responsable du pôle Psychiatrie  
au Centre Hospitalier Charcot  
à Rambouillet

## UNE GRANDE CAUSE SANTÉ MENTALE CONTRASTÉE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE

La politique de prévention du suicide portée par la DGS depuis plus de 20 ans, s'est vue réaffirmée avec l'instruction de 2022<sup>1</sup> déclinant les 5 axes de stratégie nationale.

La tentative de suicide restant le premier facteur de risque de décès par suicide, le premier axe concerne donc le déploiement national du dispositif VigilanS de

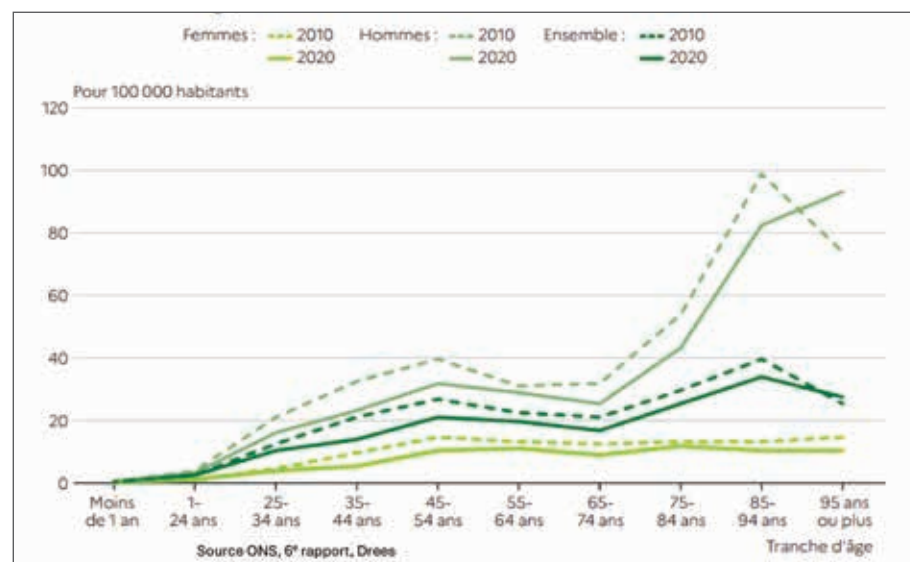
prévention de la réitération suicidaire. Le deuxième concerne la réactualisation de la formation au repérage / évaluation / intervention auprès des personnes en crise suicidaire. La prévention de la contagion suicidaire (effet Werther) porte sur les environnements numériques et les médias, le développement des actions de

post-ventions individuelles et collectives ainsi que l'identification et la mise en place d'un plan de prévention des hotspots<sup>2</sup>. Pour compléter, un numéro national de prévention du suicide 3114 a été mis en place depuis octobre 2022. Enfin le dernier axe concerne l'information du public.

## LE COÛT DES SUICIDES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE ESTIMÉ À 24 MILLIARDS D'EUROS PAR AN

Malgré une volonté politique forte, les derniers chiffres de décès par suicide représentent 9 200 décès en 2022, soit 1 suicide toutes les heures en France et trois fois plus de décès que par accident de la route. On observe ces dernières années une stagnation voire une légère augmentation des décès. Par ailleurs le coût des suicides, mort hautement évitable, est estimé à 18,5 milliards d'euros et celui des tentatives de suicide (environ 200 000 par an) à 5,4 milliards d'euros<sup>3</sup> pour notre pays,

Évolution du taux brut de mortalité par suicide ou lésion auto-infligée selon la classe d'âge, en 2010 et 2020



**Lecture** • En 2010, le taux brut de mortalité par suicide ou lésion auto-infligée était de 14,5 pour 100 000 habitants chez les femmes âgées de 45-54 ans.  
**Champ** • Personnes décédées par suicide ou lésion auto-infligée en 2010 et 2020 en France métropolitaine.  
**Source** • Inserm-CepiDc, 2020.

## ÊTRE UNE JEUNE FEMME EST UN FACTEUR DE RISQUE DE DÉCÈS PAR SUICIDE

Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de moins de 25 ans. C'est aussi la tranche d'âge dont le taux de suicide reste le moins élevé (2,7 pour 100 000 habitants contre 13,3 pour l'ensemble de la population). De façon inquiétante, le nombre de décès par suicide chez les jeunes femmes a augmenté de près de 40 % entre 2020 et 2022 (passant de 1,15 à 1,60 pour 100 000)<sup>4</sup>.

L'accélération de ce phénomène est constatée dans de nombreux pays occidentaux et asiatiques. Parmi les différents facteurs explicatifs sont retrouvés les violences sexistes et sexuelles, les injonctions de genre (dont la diffusion est largement amplifiée par les réseaux sociaux numériques) mais aussi l'éco anxiété et le poids grandissant de la socialisation médiatisée en général.

L'enquête Escapad<sup>5</sup> (2022) auprès des jeunes de 17 ans montrait que près d'un quart des adolescentes en France déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et environ 5 % auraient fait une tentative de suicide les ayant menées à l'hôpital au cours de leur vie. À noter depuis la période post-Covid une augmentation importante de la prévalence des syndromes anxiodépressifs chez les jeunes en général.

## LES PERSONNES ÂGÉES MEURENT 3 FOIS PLUS PAR SUICIDE

À l'autre bout de la pyramide des âges, nous retrouvons les personnes âgées dont le risque de décès par suicide est le plus élevé (35,2 pour 100 000), près de 3 fois plus que celui de l'ensemble de la population. Les hommes de 85 ans sont de très loin la population la plus à risque (86/100 000). La forte progression entre 2021 et 2022 des décès par suicide chez nos aînés dans un contexte de vieillissement de la population et d'exigence socié-

tale prônant l'autonomie comme valeur suprême, doit nous alerter sur leur mal-être.

Des travaux qualitatifs (enquête Malâge<sup>6</sup>) montrent que chez les hommes, les comportements suicidaires surviendraient à l'occasion d'événements de vie comme l'entrée en EHPAD, marquant une perte de pouvoir décisionnel sur leur quotidien. La situation des femmes âgées ayant des comportements suicidaires se caractéri-

serait en revanche par un mal-être accumulé sur un temps long, dans lequel le rôle du travail de care serait central. Certaines y adhèrent au point de vouloir accompagner leur conjoint dans la mort quand d'autres expliquent leurs tentatives de suicide par l'épuisement provoqué par les attentes de leurs proches et une charge de travail domestique et familiale insupportable, à un moment de la vie où les soutiens économiques et sociaux se fragilisent.

## NOUVEL ENJEU À VENIR : LE DROIT AU SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

C'est dans ce contexte que le projet de loi sur « la fin de vie » se propose de légaliser le suicide assisté et l'euthanasie dans notre pays<sup>7</sup>. La proposition de loi française va bien au-delà de la légalisation d'une exception puisqu'elle propose un nouveau droit, à l'instar du Canada. À noter que ce dernier, confronté à une augmentation importante des demandes d'admissibilité à l'AMM (Aide Médicale à Mourir) par les personnes souffrant d'une maladie mentale, reporte cette ouverture à 2027.

Même si le taux de suicide n'apparaît pas modifié dans les pays ayant légiféré l'exception d'aide active à mourir, et sans « déport » a priori des suicides vers ces dispositifs, nous devons être vigilants envers les personnes les plus vulnérables, tout particulièrement celles ayant une maladie mentale, les personnes âgées ou ayant un handicap.

**En effet, même si ceux qui pensent à l'aide active à mourir sont majoritairement diplômés et de milieu socioéconomique élevé, un phénomène de pente**

**glissante par pression sociale ne peut être ignoré, possiblement accentué par les inégalités sociales et territoriales.**

Dans le contexte actuel avec un accès aux soins, et encore plus aux soins palliatifs et/ou psychiatriques, relevant du parcours du combattant, et la nécessité de trouver des milliards d'économies alors même que la dernière année de vie pèse très lourd, nous ne pouvons qu'être inquiets sur le risque de demandes de suicide altruistes non repérées comme telles.



## CRISE SUICIDAIRE OU DEMANDE LÉGITIME ? »

Nombre de patients psychiatriques seront légitimes à demander pouvoir être accompagnés médicalement à mourir, au nom d'une souffrance psychologique insupportable, de leur pathologie incurable engageant le pronostic vital, et de leur droit à refuser les traitements même si ceux-ci peuvent soulager la souffrance. Le délai de réponse de 2 semaines imposé au médecin est peu compatible avec la nécessité d'accueillir, écouter et questionner cette souffrance conduisant

à une demande de mort. De plus, réel danger pour la prévention du suicide, la proposition de loi prévoit une peine d'emprisonnement de 3 ans et une amende de 45 000 euros pour tout fait « d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen » ou en cas de « pressions morales et psychologiques, ... menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre... des patients souhaitant recourir à l'aide à mourir ou de l'entourage de ces derniers ». Comme le sou-

ligne l'avis n°1 du Collectif Démocratie, Éthique et Solidarités, « [ce délit] est le premier pilier d'un projet de société tout autre, dont la préoccupation est non pas la lutte contre les douleurs réfractaires en fin de vie mais la volonté de prôner une autodétermination quasi absolue dans une approche ultralibérale<sup>8</sup> ». Le travail auprès des personnes suicidaires sera-t-il encore réellement possible suite à cette loi ? La question se pose<sup>9</sup>.

## UNE NÉCESSITÉ : DÉVELOPPER LES SOINS PALLIATIFS EN PSYCHIATRIE

Il n'y a pas de demande de mort sans souffrance. Développer les prises en charge de la douleur morale et les soins palliatifs en psychiatrie est un enjeu essentiel pour les prochaines années. Poursuivre le développement de la prévention du sui-

cide, augmenter les ressources allouées aux services de soutien, accroître les ressources disponibles, développer des programmes ciblés pour identifier et aider les personnes à risque diminuera le nombre de morts par suicide. Et une approche

proactive permettra d'alléger la charge économique mais surtout d'améliorer la qualité de vie de nombreuses personnes. À l'aune de la fermeture de nombre de lits d'hospitalisation, le développement des soins ambulatoires reste toujours autant d'actualité.

### Références

1. INSTRUCTION N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction\\_dgs\\_sp4\\_2022\\_171\\_du\\_06072022.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgs_sp4_2022_171_du_06072022.pdf)
2. Note d'information n° DGS/SP4/2025/114 du 28 juillet 2025 relative au plan d'action visant à prévenir les phénomènes de contagion suicidaire intégré à la Stratégie nationale de prévention du suicide <https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/note-dinformation-ndeg-dgssp42025114-du-28-juillet-2025-relative-au-plan-daction-visant-prevenir-les-phenomenes-de-contagion-suicidaire-integre-la-strategie-nationale-de-prevention-du-suicide>
3. The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France – Auteurs : Laetitia Blampain Segar, Charles Laidi, Ophélie Godin, Philippe Courtet, Guillaume Vaiva, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski. BMC Psychiatry, 2024 Mar 19;24(1):215. doi: 10.1186/s12888-024-05632-3.
4. Santé publique France, Eurostat 2020, 6e rapport ONS 2025
5. ESACAPAD, 20 ans d'observation des usages à l'adolescence, 2022 [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-3296-doc-num--explnum\\_id-32662-.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3296-doc-num--explnum_id-32662-.pdf)
6. Mal-être au grand-âge en contexte pandémique, VOLERY I., BALARD F. et al, 2024 <https://shs.hal.science/halshs-04662849/file/rapport%20malage%20Vfinal%208.9.2023%281%29.pdf>
7. Proposition de loi relative à la fin de vie N°1100 [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1100\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1100_proposition-loi)
8. Collectif Démocratie, Éthique et Solidarités, Fin de vie : les enjeux d'une loi en faveur d'une mort programmée, Avis n°1, 3 avril 2025 <https://collectif-des.fr/wp-content/uploads/2025/04/AVIS-WEB2.pdf>
9. Va-t-on légaliser la mort provoquée ? La psychiatrie face au risque de l'euthanasie et du suicide assisté. OMNES C., CHASTANG F., 2025 <https://www.fondapol.org/etude/va-t-on-legaliser-la-mort-provoquee-la-psychiatrie-face-au-risque-de-leuthanasie-et-du-suicide-assiste/>



L'ASSOCIATION  
**APHA**

# Coup de blouse

La souffrance au travail, on en parle !

**Infos, témoignages, podcasts, contacts utiles : la première plateforme d'information et de prévention sur la souffrance au travail, dédiée aux internes, praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires.**

[coupdeblouse.org](https://coupdeblouse.org)



# QUAND LA PRÉVENTION DU SUICIDE CROISE LA LOI SUR LA FIN DE VIE



**Dr<sup>e</sup> Emilie OLIE**

Psychiatre  
PU-PH au CHU de Montpellier

**En 2025, la santé mentale a été déclarée Grande Cause Nationale. Parallèlement à la poursuite de la mobilisation pour prévenir le suicide, qui recense 9000 décès par an en France (soit un taux trois fois plus élevé que les décès par accident de la route), le Sénat est sur le point de débattre d'un projet de loi qui ouvrirait la possibilité du suicide assisté et de l'euthanasie. Alors que la Nation affiche une mobilisation inédite pour prévenir le suicide, elle envisage simultanément de l'organiser dans certaines circonstances.**

Les psychiatres n'ont été que trop peu consultés pour discuter des conséquences d'un tel texte sur la prise en charge du risque suicidaire alors qu'ils sont garants de la prévention du suicide, et de potentiels « gate-keepers » d'un suicide encadré par la loi. La notion de « délit d'entrave » condamnant un médecin qui découragerait l'accès à l'aide à mourir place les psychiatres devant une question lourde : devront-ils choisir entre prévenir le suicide d'autrui, et prendre le risque d'être accusés d'entrave ? Certains soignants, par crainte judiciaire, limiteront-ils leur rôle de prévention et d'accompagnement ?

Le principal risque est de brouiller les messages de prévention suicidaire. Comment distinguer une souffrance psychique insupportable et incurable d'un moment de désespoir réversible ? La frontière est ténue. La douleur chronique favorise les idées suicidaires, les maladies sévères s'accompagnent souvent de dépression, et cette dernière est difficile à diagnostiquer dans ces conditions. Dans ce contexte, considérer qu'une vie « ne vaut pas la peine d'être vécue » ouvre la voie à une pente glissante. Il ne s'agit pas de psychiatriser le débat, mais de reconnaître que certaines demandes d'aide à mourir relèvent avant

tout de soins psychiatriques. Identifier et traiter ces situations, c'est aller à la racine de la souffrance qui nourrit le désir de mort.

« Comment dire à un patient que sa douleur est soignable, quand la société lui dit qu'elle peut aussi être une raison de mourir ? »

Ce projet de loi n'est pas sans conséquences pour les soignants. Les équipes médicales et soignantes seraient placées devant des dilemmes éthiques et émotionnels inédits. Comment supporter de valider en 15 jours l'aide

à mourir pour un patient qui n'aura pas eu accès à une évaluation spécialisée permettant de dépister une dépression curable modulant la souffrance, le désir de mort ou aggravant la perception de la douleur. En outre, le texte actuel tend à considérer séparément maladies somatiques et troubles psychiatriques. Or un patient est une globalité complexe, avec des douleurs intriquées, des comorbidités, des fragilités sociales. Surtout, il ne laisse pas de place au temps long : celui de l'évaluation, de l'écoute et de l'acceptation de la dynamique du désir de mort, qui peut évoluer avec la maladie chronique et la qualité des soins proposés.

« Accéder à l'aide à mourir plus vite qu'à un rendez-vous de soins psychiatriques : est-ce vraiment le message que nous voulons envoyer ? »

Une telle loi risquerait d'installer progressivement l'idée que le suicide peut devenir une solution acceptable à la souffrance. Le danger est de banaliser le geste suicidaire, alors que nous luttons au quotidien pour en montrer la réversibilité. Le débat ne doit pas se résumer à une opposition binaire entre « pour » et « contre ». Il doit inviter à réfléchir collectivement aux messages que nous voulons

adresser à la société. Il paraît incontournable de garantir un accès effectif aux soins palliatifs et psychiatriques, de ne pas confondre détresse réversible et souffrance irréductible, de protéger les plus vulnérables par des évaluations indépendantes et pluridisciplinaires.

« Le débat ne se résume pas à savoir si nous sommes pour ou contre la fin de vie assistée, mais à décider quel message nous voulons donner à une société où le suicide reste la première cause de mortalité des jeunes adultes. »





# DÉPRESSION POST-PARTUM : BRISER LE SILENCE

## UN RAPPORT REMIS À L'ÉLYSÉE APPELLE À UNE MOBILISATION NATIONALE



Elise LAISNE  
Sage-femme  
Pour l'ONSSF

*En juin dernier, un collectif d'experts, de soignants, de parlementaires et de représentants d'associations, a remis à Grégory Emery, conseiller santé du président de la République, un travail majeur consacré à la dépression post-partum. Coordonné par Pergamon, soutenu par Biogen et nourri par les contributions d'acteurs de terrain, ce rapport vise à reconstruire, sur des bases scientifiques et humaines solides, la prise en charge des troubles psychiques périnataux\*.*

La dépression post-partum touche une mère sur six et un père sur vingt. Elle est la première cause de mortalité maternelle dans l'année qui suit l'accouchement, principalement en raison du suicide. Pourtant, elle reste encore largement méconnue, sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en charge.

### Un tabou qui persiste, malgré la libération de la parole

Alors que l'on pourrait penser que la médiatisation croissante des difficultés périnatales aurait favorisé la compréhension du phénomène, la réalité est toute autre. Selon le sondage national « Dépression post-partum : entre

méconnaissance et silence », 72 % des Français s'estiment mal informés sur cette maladie.

Plus encore, 76 % des personnes interrogées déclarent qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder, y compris avec les professionnels de santé.

Ce silence s'enracine dans l'idéalisation persistante de la maternité. On continue d'attendre de la mère qu'elle soit immédiatement disponible, joyeuse et naturellement compétente. Tout écart est vécu comme une défaillance personnelle. La culpabilité, l'isolement et la honte forment alors un terreau propice à l'aggravation des symptômes.

### Un manque de repérage et un parcours de soins encore lacunaire

Si la dépression post-partum est une pathologie à part entière, elle est souvent confondue soit avec le baby blues, soit avec une fatigue « normale » après l'accouchement. Le baby blues est transitoire et disparaît en quelques jours. Alors que la dépression post-partum s'installe dans la durée, altère le lien parent-bébé et peut mener à des idées suicidaires.

Malgré les efforts récents (entretiens prénatal et postnatal obligatoires, plan des 1 000 jours), le repérage demeure très insuffisant : près de 90 % des femmes ne bénéficieraient pas de l'entretien postnatal précoce pourtant prévu.

### Les soins, eux aussi, restent mal compris

80 % des répondants se disent mal informés sur les traitements médicamenteux possibles.

Beaucoup pensent que seules des pratiques de bien-être (yoga, relaxation, hypnose) suffisent. Or, si ces approches peuvent soutenir l'équilibre émotionnel, elles ne remplacent en aucun cas une prise en charge médicale, psychologique et sociale structurée.

### Un impact profond, qui dépasse la mère

La dépression post-partum affecte la mère, dont la perception d'elle-même et la capacité à

prendre soin d'elle sont altérées. Elle affecte aussi le nourrisson, dont le développement émotionnel et cognitif dépend de la qualité du lien d'attachement. Et elle affecte potentiellement le couple, car le co-parent peut lui-même être affecté (1 père sur 20).

**La société, au regard des coûts humains, sociaux et économiques considérables, doit s'engager sur vingt mesures pour changer l'avenir.**

Le rapport propose une stratégie nationale structurée autour de trois axes :

#### 1 Informer massivement

- ☑ Campagne nationale dès 2025, incluant campagnes numériques, villes, maternités, écoles.
- ☑ Intégration de la santé mentale périnatale dans les programmes scolaires dès le collège.

#### 2 Détecter précocement

- ☑ Désignation d'un professionnel de référence (souvent sage-femme) dès la grossesse.
- ☑ Diffusion systématique d'un outil validé de repérage dans le suivi prénatal et postnatal.

#### 3 Soigner de manière coordonnée

- ☑ Accès facilité à la psychothérapie, au soutien à domicile, aux soins mère-bébé.
- ☑ Développement de structures de psychiatrie périnatale dans tous les territoires.
- ☑ Amélioration de l'accès à des traitements médicamenteux lorsque nécessaires.

Un mouvement déjà en marche, qu'il faut maintenant amplifier.

Les contributeurs du rapport – parmi lesquels la pédopsychiatre Anne-Laure Sutter-Dallay, la députée Anne-Cécile Violland, l'association Maman Blues, les sages-femmes Noémie Decotte et Charlotte Deschamp, administratrice l'ONSSF, ou encore les chercheurs en psy-

chologie périnatale – ont rappelé l'essentiel : personne ne traverse cette maladie par choix.

C'est à la société d'adapter ses structures, ses discours et ses politiques pour que la maternité ne soit plus un espace de solitude et de silence !

\*Référence : <https://pergamon.fr/wp-content/uploads/2024/10/BIOGEN-depression-post-partum-1009.pdf>





# LA BIENVEILLANCE COMME IMPÉRATIF À LA BONNE SANTÉ HOSPITALIÈRE



**Dr Philippe RODET**  
Médecin urgentiste de formation  
Consultant et Formateur

## Le contexte général...

**Depuis octobre 2008, date de la crise financière, le pourcentage de personnes avec un haut niveau de stress a augmenté, puisque sur les dix ans, de 2008 à 2018, il était passé de 40 à 64 %. En parallèle, le pourcentage de personnes motivées est passé de 44 à 28 %.**

**Lors de la crise sanitaire, le pourcentage de personnes stressées a, selon Opinion Way, augmenté de 10 % et le pourcentage de personnes motivées a lui baissé, toujours selon le même Institut, de 25 %.**

**Depuis, le contexte international et national, n'a pas permis une amélioration de la situation.**



## LE MILIEU HOSPITALIER...

En plus de ce contexte général, le milieu hospitalier a ses propres sources de stress. Des patients souvent eux-mêmes stressés et parfois plus impatientes, des patients persuadés de connaître la médecine via des moteurs de re-

cherche ou des intelligences artificielles, une moindre considération globale du personnel hospitalier, des personnels soignants parfois obligés de pallier les absences de leurs collègues et dégradant de ce fait leurs temps de récupération.

**Le personnel soignant est confronté régulièrement à la souffrance et à la mort avec parfois un important niveau de frustration lié à l'incapacité d'agir...**

**Face à ce contexte, comment apaiser et prendre soin de soi ?**

Inviter chacun à prendre davantage soin de soi.

Cela passe par une activité physique régulière et modérée (30 minutes continues de marche et monter deux étages quotidiennement suffiraient).

Il est de même important d'apprendre à faire la part des choses. Il suffit le soir de faire le bilan de sa journée en notant ce qui s'est mal passé dans la journée, ce qui s'est bien passé et de se focaliser en se couchant sur les trois points les plus positifs.

Il est également possible d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle. Il suffit pour cela de noter, lorsque l'on en a un, le petit succès du jour, c'est-à-dire un point positif qui s'est bien passé grâce à notre action. Cela va aug-

menter le sentiment d'efficacité personnelle et ainsi diminuer le niveau de stress, augmenter la persévérance, la confiance en soi, l'optimisme et la créativité.

Apprendre quand cela est nécessaire, à faire fonctionner son cerveau sur des ondes alpha, les ondes de la sérénité du succès et de la sérénité. Pour ce faire, il suffit de repenser au plus grand moment de fierté de sa vie et à ce que l'on a ressenti, à ce moment-là, sur le plan émotionnel.

## COMMENT PROTÉGER SES COLLABORATEURS ?

Voici quelques actions susceptibles de diminuer le niveau de stress de ses collaborateurs et d'augmenter leur motivation, actions en mesure donc de compenser les maux actuels et d'associer de la sérénité, de la réalisation de soi, de la motivation et du succès.

### Aider à voir le sens de son activité...

Même en milieu hospitalier, certains collaborateurs ne voient pas le sens de leur métier et il est nécessaire de les aider à bien prendre conscience de leur utilité. « Prendre le temps d'expliquer, ce n'est pas perdre du temps, c'est en gagner » disait le DRH Groupe de la Poste, Yves Desjacques. Prenons donc le temps d'expliquer !

Si l'objectif est très élevé, fixer des objectifs intermédiaires qui soient des défis possibles...

Cela s'appuie sur les travaux de Mihaly Csikszentmihalyi. Ce professeur de psychologie a montré que si l'objectif est fixé juste au-dessus des capacités du collaborateur, celui-ci entre dans un état de « flow », un état de concen-

tration optimale. Les travaux du professeur de neurophysiologie belge, Guy Cheron, ont rattaché l'état de « flow » aux ondes alpha, les ondes de la sérénité, de la concentration et du succès.

### Accorder un juste niveau d'autonomie...

En assurant une certaine liberté d'action, il apaise. Plus on peut agir, plus on est serein. Paul Ricœur disait, « l'amputation du pouvoir d'agir, c'est de la souffrance ». Si on a de la liberté d'action, on est plus apaisé. En parallèle, l'autonomie est le signe de la confiance que l'on accorde à une personne et la confiance perçue donne envie de se dépasser ; on va bien aller chercher de la motivation.

### Exprimer des retours positifs (gratitude, compliments, encouragements)...

Une étude menée par Yumeng Gu, une chercheuse américaine, a montré l'impact positif de la gratitude sur le stress.

Les compliments faits, non pas lors du résultat mais au moment de l'effort, jouent un rôle majeur.

Les encouragements contribuent à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle qui apaise, améliore la confiance en soi, l'optimisme et la persévérance.

### Faire l'effort d'être perçu comme juste...

Pour cela, il convient d'adresser plus de compliments que de reproches et de bien faire les reproches. Si à l'échelle familiale, pour être perçu comme juste, il faut faire cinq compliments pour un reproche, à l'échelle professionnelle, le rapport est de un à trois.

Il est tout aussi important de bien faire les reproches en voyant ce que le collaborateur a réussi avant d'aborder le point d'amélioration.

### Éviter le manque d'empathie...

Le stress dégrade l'empathie et, dans le contexte actuel, il est important d'être vigilant quant à l'expression de l'empathie. Jeffrey Mogil explique qu'il est important de « diminuer les niveaux de stress



chez les personnes que l'on voudrait voir fraterniser ». Le psychiatre Irvin Yalom définit l'empathie comme « le ciment indispensable des relations humaines, l'outil le plus puissant dont nous disposons pour entrer en relation avec autrui ». En facilitant les relations, l'empathie apaise et renforce la cohésion.

#### Reconnaître ses éventuelles maladresses comportementales...

Dans un contexte de tensions fréquentes, il est possible d'être maladroite sur la forme. Il est essentiel, le lendemain, d'aller voir la personne et d'expliquer que sur le fond, on n'a pas été au niveau attendu. Présenter ses excuses aide à se faire pardonner et le pardon apaise.

#### Muter le pessimisme en optimisme...

En France, le pessimisme est très développé. Il y a des efforts à faire. Souvenons-nous des pro-

pos du philosophe Alain : « le pessimisme est d'humeur, l'optimisme de volonté ». Jacqueline de Romilly, de l'Académie française, expliquait que « l'optimisme permet de transformer les soucis en défis, les soucis nous accablent, les défis nous exaltent ». Pour avoir une idée de ce mode opératoire, allons voir Michel Tremblay, professeur à HEC Montréal. Il explique que dans le premier tiers de notre propos, on ne doit parler que du problème. Dans les deux tiers qui suivent, on doit simplement aborder les moyens que l'on va mettre en œuvre pour réussir et... les raisons pour lesquels ces moyens vont s'avérer efficaces. L'optimisme apaise ! Pierre et Henri Lôo, psychiatres à l'hôpital Sainte-Anne, expliquent, dans leur ouvrage « Le stress permanent », que « la personnalité optimiste intervient comme appoint correcteur du stress ». On

sait, grâce aux travaux de Martin Seligman, que l'optimisme est aussi un facteur de réussite.

Ces différents comportements apaisent le collaborateur, augmentent son envie de réussir, de se dépasser et facilitent la réalisation de soi... il s'agit donc bien de comportements... bienveillants !

Être bienveillant vis-à-vis d'autrui peut aussi passer par la mise en place de Bienveilleurs...

Les Bienveilleurs sont des personnes formées à savoir voir un collègue en difficulté, à savoir s'adresser à lui et à savoir l'orienter – si nécessaire – vers le bon interlocuteur. Il ne s'agit pas d'acteurs de soins mais de capteurs de personnes en difficulté. Ce concept est né au Canada sous le nom de « personnalités sentinelles ».

## AGIR POUR LE BIEN D'AUTRUI...

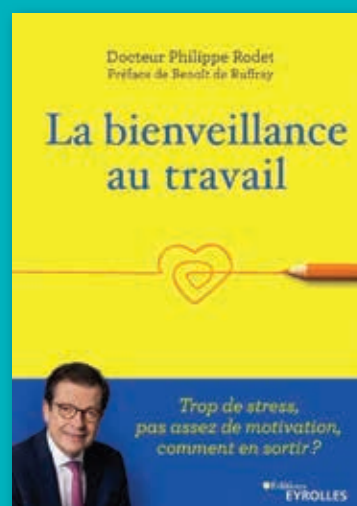
Concrètement, être bienveillant, c'est agir pour le bien d'autrui, en lui permettant de progresser, d'atteindre des objectifs qu'il n'aurait pas été en mesure d'atteindre seul, tout en faisant en sorte qu'il soit en bonne santé.

Aristote précisait que la bienveillance consistait à « souhaiter le bien d'autrui », Thomas d'Aquin allait plus loin en parlant de « vouloir le bien d'autrui » et enfin Emmanuel Kant parlait de « devoir d'humanité ».

...Et pour aller plus loin sur le chemin de la bienveillance, le MAG vous conseille la lecture de l'ouvrage remarquable de Philippe RODET : « La Bienveillance au Travail. Trop de stress, pas assez de motivation, comment en sortir ? », dans lequel l'auteur fait sienne une phrase de Thucydide, homme politique, stratège et historien athénien, qui disait : « La cité sera mieux défendue par l'engagement de ses habitants que par l'épaisseurs de ses murs. ». Cependant il ne préconise pas la bienveillance comme un MOYEN de management, mais comme un PRINCIPE, une « nécessité d'humanité », et donc comme un OBJECTIF en soi, dont dépendent toutes les réussites.

À lire absolument !

Éditeur : Eyrolles | Date de parution : 14/03/2019  
EAN : 9782212570991 | ISBN : 2212570996  
Nombre de pages : 152



MNH Médicéo



MNH Médicéo

Les solutions santé et prévoyance dédiées aux Praticiens hospitaliers et internes

#### Santé

Vos dépenses de soins courants sont prises en charge : 100% Santé, forfaits ostéopathie, consultation psychologue, contraception...

#### Prévoyance

Dès le 18 juin 2025, vos revenus (salaire, indemnités, primes, gardes et astreintes) seront assurés en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès.



du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Restons en contact !



mnh.fr



MNH Médicéo est assurée et distribuée par la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH). Siège social : 331, avenue d'Antibes - 45200 Amilly. Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Répertoire SIREN sous le numéro SIREN 775 606 361. Juin 2025 / Crédits photos : iStock.



# DU TRAVAIL « QUI SOIGNE » AU TRAVAIL QUI « REND FOU » TOSQUELLES ET DEJOURS FACE AU MÊME RÉEL ?



**Dr Philippe BANYOLS**  
Directeur d'hôpital et  
Docteur en psychologie

**Au jeu du versus anachronique, opposer Tosquelles et Dejours permet de s'essayer, d'une manière décalée, à l'analyse de la panne de sens qui préoccupe le monde de la santé en 2025. Et il y a aussi quelque chose de jubilatoire, peut-être même de risqué, d'un point de vue strictement académique, à opposer l'icône Tosquelles au Dejours lanceur d'alerte.**

## L'ICÔNE

Tosquelles est une icône parce qu'il a su penser le soin comme un acte profondément politique et poétique, forgé dans l'épreuve de l'histoire. Né en Catalogne, il fut psychiatre, républicain et militant antifasciste pendant la guerre civile espagnole. Contraint à l'exil après la victoire franquiste, il trouva refuge en France, à Saint-Alban, un asile perdu en Lozère (que les lozériens me pardonnent !). Notons au passage que l'asile pour un réfugié ne désigne rien de péjoratif, bien au contraire. Peut-être est-ce pour cela qu'il fit de cet établissement un laboratoire : il transforma la misère institutionnelle en expérience collective d'émancipation. **Tosquelles inventa, avec les soignants et les malades, une manière inédite de vivre et de soigner ensemble.**

**Il fit du soin un acte de réhabilitation du lien social, du langage et de la dignité.** Il a inspiré toute une génération – Oury, Guattari, Bonnafé – et demeure une figure politique, voire poétique face à la déshumanisation des soins. En redonnant sens et dignité à la folie, il a fait du soin un acte de libération. Pour Tosquelles, soigner, c'est d'abord restaurer les liens entre le sujet et l'institution. **Tosquelles considérait que le travail était une occasion pour le sujet de se reconnaître comme capable d'agir, de créer et de participer.** En restaurant la possibilité d'un engagement dans le monde commun, il montrait que l'acte de travail pouvait soigner l'aliénation psychique autant que sociale. Ainsi, le travail devenait un chemin vers la liberté et l'humanité.

## « SOUFFRANCE EN FRANCE »<sup>1</sup>

Christophe Dejours est un lanceur d'alerte au long cours, qui a toujours préféré s'armer d'une pensée critique acérée plutôt que de provoquer du buzz médiatique. Depuis plus de quarante ans, il alerte sur les effets délétères des nouvelles formes d'organisation du travail : la montée du contrôle,

la perte du collectif, la banalisation de la souffrance. **Il a montré, bien avant que le burn-out ne devienne un mot courant, que le management aveugle pouvait broyer en transformant les salariés en exécutants privés de sens.** Le mérite de Dejours est d'avoir été visionnaire en des temps où

les battants, les winners et les golden boys étaient glorifiés au quotidien et où le travail était parfois présenté comme une sorte de mythe américain importé, compétition stimulante donc fortifiante et salutaire. Depuis, les temps ont changé...

## TOSQUELLES VS DEJOURS

Ce que met en évidence cette confrontation, au-delà des différences d'époque et de contexte entre les deux auteurs, c'est l'intérêt de sortir d'une vision univoque et caricaturale du travail. Affirmer que « le travail rend fou » ou, à l'inverse, qu'« il soigne », reviendrait à réduire à l'excès une réalité profondément ambivalente. **Le travail n'est ni par nature pathogène, ni intrinsèquement protecteur : il constitue un fait social, dont les effets dépendent avant tout du cadre dans lequel il s'inscrit, des rapports de pouvoir qu'il**

**institue, de la reconnaissance qu'il permet et des collectifs qu'il fait vivre.**

Cette tension souligne la nécessité, pour toute institution, de réfléchir à ses effets de manière globale, et non sous le seul prisme de la performance. Le travail peut être destructeur, il peut aussi être réparateur ; la vie psychique, complexe et mouvante, ne se laisse pas enfermer dans des formules toutes faites.

Dans un environnement aliénant – marqué par la standardisation, le contrôle et l'isolement – le tra-

vail devient effectivement source de souffrance psychique, comme l'a montré Christophe Dejours. Mais dans un cadre instituant, tel que celui que François Tosquelles avait su construire à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, le travail, même modeste ou symbolique, peut permettre au sujet de retrouver une place, de renouer avec les autres, de se reconstruire.

Sous cet angle, l'opposition entre Christophe Dejours et François Tosquelles n'a rien de stérile ; elle nous invite à examiner les conditions concrètes du travail réel.

## LE RÉEL, C'EST QUAND ON SE COGNE

Tosquelles, Dejours, lequel s'approche le plus de ce à quoi on se cogne en 2025 ?

**Les mettre en regard, c'est faire dialoguer l'hôpital trouvé en ruines et reconstruit par Tosquelles avec le monde du travail épuisé que dénonce Dejours. Face à la panne de sens, et à l'atmosphère escha-**

**tologique de cette fin de premier quart de siècle, le premier invite à la « désaliénation » quand le second exhorte à la « réhumanisation ».**

Dejours ausculte le travail comme un lieu de souffrance et de subjectivation, où la reconnaissance et le sens se construisent – ou s'ef-

fondrent – selon la manière dont l'organisation accueille la part humaine de l'activité.

Tosquelles, lui, a tous les attributs d'un mythe contemporain qui pourrait s'opposer à la collapsologie ambiante : le premier *Magnet Hospital* du monde était peut-être à Saint-Alban.



<sup>1</sup> Ce titre, qui pourrait être la une de *Liberation* ou une punchline pêchée sur X, est celui d'un des livres de Christophe Dejours qui date de 1998.  
<sup>2</sup> La citation complète de Lacan : "Il n'y a pas d'autre définition possible du réel que : c'est l'impossible quand quelque chose se trouve caractérisé de l'impossible, c'est là seulement le réel, c'est l'impossible à pénétrer". 2/12/75, *Scilicet*, pp 53-54.



# « IL N'Y A PLUS RIEN... PLUS, PLUS RIEN »

D<sup>r</sup> Jean-Pierre BOINET  
Médecin

**Selon le mot d'André Malraux : « L'homme est le seul animal qui sait qu'il doit mourir ». Même si les éthologues apportent des nuances à cette opinion en analysant certains comportement animaux (par exemple les éléments comportementaux de leur défense territoriale ou de leur préservation reproductive), ce diagnostic très anthropo-centré reste pertinent plus encore quand on aborde la question historique et scientifique de la psychiatrie.**

**Vivre peut s'avérer préoccupant !**

Le sujet est de faire le point actuel sur cette spécialité médicale, la psychiatrie, dans notre société.

Depuis des années le constat perdure d'un « manque de moyens » comme jugement évident et répété des hommes, des femmes et des structures de soins qui prennent en charge les pathologies psychiatriques.

Et lorsque l'on est sollicité sur le sujet de la psychiatrie c'est ce répétitif sans issue apaisée, qui vient à l'esprit. On n'en sort pas semble-t-il !

Et de soi-disant nécessaires économies viennent encore de s'y ajouter comme un appel pour assombrir davantage l'avenir.

Mais au-delà de cette antienne, qu'en est-il de l'évolution des réflexions sur le sujet ?

Et, tout en les abordant, on s'éloignera alors d'André Malraux, et aussi de Konrad Lorenz, Pascal, Voltaire et Sartre dans « *L'être et le néant* », ou Camus dans « *Le Mythe de Sisyphe* », pour entrer spécifiquement dans le sujet.

Pourtant d'autres noms viennent encore et s'imposent : Comme Hemingway répondant à la question de la croyance en Dieu par cette phrase lapidaire d'avant suicide : « *Sometimes, at night...* ».

Et Cesare Pavese (suicidaire aussi) : « *Un homme qui souffre on le traite comme un ivrogne : allons, allons, ça suffit, secoue-toi, allons ça suffit !* ».

Et Sâdeq Hedâyat qui nous livrait ce descriptif remarquable, douloureux, onirique, psychiatrique de la dépression dans « *La chouette aveugle* », etc.

Mais, au-delà des grands noms de la littérature, ce qui frappe aujourd'hui relève d'un double constat :

- ☑ le contexte sociologique dans lequel s'inscrit la question de la santé mentale ;
- ☑ le statut de la réflexion et perspective de la psychiatrie sur elle-même.

Le contexte sociologique est au premier plan par sa transformation depuis la fin des années soixante-dix et surtout depuis les années plus récentes.

Le journal de la folie ordinaire se donne à lire chaque jour et ce n'est plus que dans ses réductions que l'inatteignable consultation psychiatrique reste omniprésente : expertise, juridisme, constat.

**Car, pour le quidam sur son smartphone, le stade lacanien du miroir a été remplacé par le stade contemporain du nombril.**

C'est ainsi que la pornographie est accessible cinq ans avant la puberté et que d'aucuns vendent aux parents (quand ils sont présents) des « applis » pour surveiller cette « liberté » tandis que l'accès à 18 ans serait déclaratif.

**Mais tout ça, ce n'est rien, juste une prolongation de la libération des mœurs des années soixante : sous les pavés oppressifs on a découvert la plage sur le web...**

**Exagération de vieux boomer ?**

Ok... mais au moment où j'écris les media s'inquiètent de la dérive ordaliste d'un homme masochiste mort sous les coups et sous l'œil de la camera, de ses humiliations qui avaient grand succès sur les réseaux. Le streaming de la mort par sadisme.

Moins violent mais de même facture et beaucoup plus répandu : le monde des influenceurs en esthétique, les consultations chirurgicales au Brésil et autres courses aux tatouages, aux maquillages, aux fringues revendues, etc.

Et, plus près de la « recherche thérapeutique » sont désormais, à foison, les marchés des molécules manquantes au bonheur et à l'accomplissement.

**Moins d'héroïne mais plus de fentanyl chez les zombies de Philadelphie.**

**Des tonnes de coke en stock mais ce n'est pas pour relire Tintin.**

**Le marché est florissant, infiltré partout, à l'inverse des disponibilités psychiatriques ou médicales.**

On a gardé de la religion dominante des derniers siècles l'idée que Dieu s'était reposé au 7<sup>ème</sup> jour, sans terminer son boulot sur l'homme.

On est donc en recherche de ce qui a manqué pour le parachever : le complément alimentaire, la protéine du sport compulsif ?

Et si on sait ne pas pouvoir compenser ce manque originel par la foi hygiéniste reste donc d'y pourvoir alors par la drogue ou les complaisances égocentrées.

Chaque jour les media nous renseignent sur ces évolutions qui font causer comme ce réchauffement climatique inéluctable.

**Et que font donc les psychiatres ? Eux aussi sont du dernier siècle et d'un temps dont on ne parle plus ou presque...**

**Qui relit Pierre Janet ?**

**Qui se préoccupe encore de Freud depuis Roudinesco ?**

**Qui évoque Henri Laborit découvrant les neuroleptiques ?**

**Qui évoque leur définition dans les critères de Delay et Deniker ?**

**Qui relit Michel Foucault, Canguilhem ?**

**Tout cela date, certes, mais a participé à la construction de la psychiatrie !**

Quelle démarche connue et louangée pour comprendre le personnage de Dustin Hoffman en dehors des associations prenant en charge l'autisme ?

Qui sait où se trouve la statue de Pinel libérant les geôles psychiatriques d'avant la révolution thérapeutique désormais oubliée ?

Et surtout qui regarde le « Nid de coucou » avec les yeux d'aujourd'hui ?

Dire aujourd'hui que Miss Ratched, la « surveillante » du film de Milos Forman, était un extraordinaire portrait de garce normative nous vaudrait sans doute une taxation wokiste et d'anti-féminisme.

D'ailleurs Miss Ratched a vaincu et Jack Nicholson est un braillard d'aujourd'hui, n'est-ce pas ?

D'ailleurs Miss Ratched travaille maintenant comme cadre dirigeant dans les bureaux et surveille les conditions de santé publique.

**Grâce à ses idées la psychiatrie, si elle a pris distance avec les trois quarts du XX<sup>ème</sup> siècle et l'Histoire des idées élaborées en ce pays, a enfin intégré le comportementalisme behavioral.**

Et elle a pris une distance décisive avec ces anciens hôpitaux naguère dirigés par des médecins psychiatres remplacés par des administratifs compétents.

On a enfin pu supprimer des lits.



On a su utiliser la notion « d'apartement thérapeutique » pour qu'un T5 de banlieue « défavorisée » remplace des services d'hébergement.

Des milliers de lits ont été fermés. On a « déspecialisé » le diplôme d'infirmier psychiatrique.

**De longue date la filière de formation psychiatrique s'est séparée du somatique pour rejoindre le taylorisme universitaire et les classements numérisés des spécialités, dont fait maintenant partie la spécialité oxymorique de médecine générale.**

Les « somaticiens » sont invités à « prendre en charge » la pathologie organique des patients en psychiatrie.

Certains ne peuvent être admis car ils sont trop malades.

Le rôle juridico-comptable du « somaticien » est parfois ciblé : faire un ECG systématique aux entrants pour détecter si l'espace QT est compatible avec les neuroleptiques pouvant l'allonger (juridisme et rente comptable).

Et les psychiatres se plaignent « malgré tout » du manque de moyens.

Alors que les vieilles classifications historiques, littéraires et descriptives des maladies ont pourtant été mises en ordre, « ratchedisées », pour faire place aux classifications qui permettent une échelle comptable de rémunération des actes ainsi regroupés en cadres syndromiques.

De quoi se plaindre ?

D'autant que pour ce qui est du psy light et consumériste on a ouvert les moyens nouveaux.

Par exemple, dans les hôpitaux « somatiques », eux aussi dégraisés, on a su nommer des néo-infirmières psy transversales à 20 %. Comme ça, une infirmière à 80 % peut « passer » dans quatre établissements pour « répondre à la demande ».

**D'ailleurs le même schéma tente de s'appliquer aux MSP où l'on ambitionne de pouvoir répondre à l'inaccessibilité de consultations psychiatriques en déshérence par la création de postes d'infirmières d'orientation, voire de prise en charge de la souffrance affective « ordinaire », ou bien orienter pour « plus si besoin » et après inventaire.**

**Parmi les « transversales », qui ont parfois bien du mal à s'implanter en raison des résistances ordinaires du monde médical, on se souviendra pourtant d'une création exemplaire et « réussie » de la médecine « humaniste » : celle de l'infirmière d'annonce en cancérologie (hors sujet ici, quoi que ?... )**

Bon, après ce trop bref panorama de la société et des « psy », revenons à nos confrères psychiatres et à leurs alertes répétées, notamment depuis cinq ans en symposium gouvernemental, sur le manque de moyens et d'effectifs.

Les syndicats de psychiatres réitérent leurs alertes et les praticiens se réfugient dans la constance éthique de leur rôle sans plus d'impact à se faire entendre.

On aura compris le lien évident avec nos évolutions anthroposociales et la tutelle de la décision.

Il est temps ici d'expliquer le titre de cet article : « Il n'y a plus rien »

Il est emprunté au texte de Léo Ferré en 1973, long Slam avant l'heure de 15 minutes, radical, pessimiste, mais magnifique.

C'est un hymne poétique pour plus d'Histoire, plus d'écoute, plus d'autonomie conceptuelle, pour ce beaucoup trop de souffrance psychologique et psychiatrique de nos sociétés consuméristes, marchandisées, manipulées, en déshérence.

« À Marseille la sardine qui bouche le port était bourrée d'héroïne ».

« À l'encyclopédie les mots... et nous partons avec nos cris... et voilà ! ».

« Il n'y a plus rien... Plus, plus rien ».

Mais il écrit aussi :

« Nous arrivons avec nos accessoires pour faire le ménage dans la tête des gens ».

Aussi nous en appelons au sursaut ontologique des hommes qui choisissent de s'occuper de la souffrance de l'Homme :

« Elle était belle comme la révolte... elle s'appelait l'imagination ».

**Sachons penser et vouloir ce que nous sommes.**

**En écrivant cela je réitère la nécessité d'un groupe d'épistémologie médicale, incluant bien sûr, et en premier lieu, la psychiatrie.**



## TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SUR LES PRIMES ET RÉMUNÉRATIONS DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (HU : ÉMOLUMENTS) ET DES PRATICIENS HOSPITALIERS (PH : SALAIRES)

# QUELLE ÉQUIVALENCE ET QUELLES DIFFÉRENCES ENTRE HU ET PH, POUR LEURS MISSIONS DE SOINS RESPECTIVES ?



**Pr Guillaume CAPTIER**  
Président du SHU



**Dr Eric OZIOL**  
Délégué Général  
Adjoint INPH

**Même si les échelons et leur durée sont les mêmes pour tous les PH, ou pour tous les HU au sein de leur corps (il existe des différences entre les MCUPH et les PUPH), quelle que soit leur exercice, il existe un certain nombre de primes et d'activités complémentaires possibles pour un PH ou un HU, susceptibles d'augmenter leur rémunération. Nous ne traiterons dans cet article que des activités hospitalières, mais pas des émoluments ni des primes spécifiquement universitaires des HU.**

HU ne peut excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. De plus, autant les PH, que les HU ont droit à **25 jours ouvrés** de congés annuels, ce qui rend cette disposition des 11 demi-journées de service finalement équivalente aux obligations de service des PH, qui certes doivent faire 10 demi-journées, et également 48h par semaine, mais doivent aussi assurer le service pour couvrir les 11 demi-journées ouvrables, samedi matin compris.

Cependant au-delà de cette ambivalence sémantique, la vraie différence statutaire entre PH et HU,

outre que les premiers sont agents de la fonction publique et les deuxièmes sont fonctionnaires d'État, concerne le reste des temps de travail ou de récupération, à savoir, pour un temps plein :

☑ **Les PH ont 19 jours de RTT (Réduction du Temps de Travail) par an (si le lundi de Pentecôte reste férié), alors que les HU n'ont pas de RTT, ni de CET (Compte Épargne Temps).**

☑ **Pour les gardes sur place, comme les HU sont des fonctionnaires d'État, les gardes ne sont pas chargées pour l'employeur CHU et se trouvent de ce fait supérieures à celles des PH.**



- Le temps de récupération des astreintes concerne les PH et les HU, mais il ne peut pas être payé comme TTA pour les HU, des alternatives sont à l'étude par le ministère.
- Si les PH ont 15 jours de congés de formation par an, les HU ont 6 semaines par an accordées conjointement par la direction du CHU et le Doyen de la faculté pour assister à des congrès et colloques scientifiques en France ou à l'étranger, dont 2 de ces 6 semaines sont accordées sans nécessité de justification pour la préparation d'enseignements ou de travaux de recherche.
- La retraite des HU a été revalorisée (en date du 1<sup>er</sup> septembre 2024) avec une cotisation IRCANTEC sur la part hospitalière, comme celle des PH, et toujours le SRE (Service de Retraite de l'État) pour la part universitaire.
- À noter que les PHU (Praticiens Hospitalo-Universitaires) ont les mêmes obligations que les HU, mais une progression d'échelons hospitalière identique aux PH. Ils sont HU à titre temporaire et 50 % de leur rémunération est prise en charge par l'université. Il faut avoir fait un minimum de 2 ans de CCU-AH ou AHU, et correspond à un CDD de 4 à 6 ans (8 ans au total avec la période CCU-AH et AHU).
- PH et HU ont les mêmes droits à activité libérale pendant leur temps de travail : au maximum 20 % de l'activité hospitalière hebdomadaire pour

un praticien à temps plein, et possible pour une quotité de temps de travail d'au moins 0,8 équivalent temps plein, avec une activité libérale inférieure stricte en nombre de consultations ou d'actes, à ceux effectués en activité publique. Dans ce cas ils ne perçoivent pas l'IESPE (Indemnité d'Exercice Public Exclusif) qui est commune aux PH et HU.

- À noter que les CCU-AH et AHU peuvent, sur leur demande, dès leur première année de fonction et sous réserve de l'avis favorable de leur chef de service, être placés en congé sans solde dans la limite de 30 jours par an, par décision conjointe du directeur de l'UFR

médicale et du directeur général du CHU, pour effectuer des remplacements de médecins, chirurgiens, biologistes, odontologistes ou pharmaciens exerçant soit en établissements de santé publics ou privés, soit en cabinet libéral. À partir de leur deuxième année d'exercice, ce congé peut être porté à 45 jours.

Enfin, il faut préciser pour les HU : « l'indissociabilité des activités universitaires et hospitalières dans la satisfaction des obligations de service des membres du personnel enseignant et hospitalier se traduit par l'absence de répartition, au niveau statutaire, entre un nombre d'heures universitaires et un nombre d'heures hospitalières ».



Décret N°2021-1645 du 13 décembre 2021, lien Conférence des Doyens des Facultés de Médecine : <https://conferencedesdoyensdemedecine.org/wp-content/uploads/2022/02/Statuts-pour-les-faculte%CC%81s-de-sante%CC%81-4-fe%CC%81vrier-2022-version-2.pdf>



Les tableaux d'échelons des HU et des PH (Tableaux 1 et 2), permettent de comprendre les différences d'évolution des salaires hospitaliers des PH et des émoluments des HU :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000046029572/2023-11-03/>



Tableau 1 - ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS DES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS DES CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES Décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021

PERSONNELS CONCERNÉS (pour les HU équivalent au temps hospitalier, auquel il faut ajouter les émoluments universitaires)	Montants en €
A. Professeurs des universités-praticiens hospitaliers, PUPH (montants bruts annuels)	
5 <sup>e</sup> échelon	60 930,45
4 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	58 992,91
3 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	51 984,57
2 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	43 808,36
1 <sup>er</sup> échelon (3 ans)	40 304,21
B. Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, MCU-PH (montants bruts annuels)	
7 <sup>e</sup> échelon	50 451,46
6 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	48 875,68
5 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	47 300,73
4 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	44 234,86
3 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	41 053,09
2 <sup>e</sup> échelon (3 ans)	37 871,46
1 <sup>er</sup> échelon (3 ans)	34 689,71
C. Chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires, CCU-AH et AHU (montants bruts annuels)	
2 <sup>e</sup> échelon (après 2 ans de fonctions)	21 728,46
1 <sup>er</sup> échelon (avant 2 ans de fonctions)	18 658,79

Tableau 2- RÉMUNERATION DES PRATICIENS HOSPITALIERS

PERSONNELS CONCERNÉS : PH pour équivalent temps plein	Montants en €
I - Émoluments hospitaliers (montants bruts annuels)	
13 <sup>e</sup> échelon	112 416,56
12 <sup>e</sup> échelon (4 ans)	105 062,89
11 <sup>e</sup> échelon (4 ans)	99 810,26
10 <sup>e</sup> échelon (4 ans)	94 557,64
9 <sup>e</sup> échelon (4 ans)	90 549,14
8 <sup>e</sup> échelon (2 ans)	79 647,54
7 <sup>e</sup> échelon (2 ans)	76 465,74
6 <sup>e</sup> échelon (2 ans)	71 162,83
5 <sup>e</sup> échelon (2 ans)	68 688,21
4 <sup>e</sup> échelon (2 ans)	66 567,09
3 <sup>e</sup> échelon (2 ans)	62 148,07
2 <sup>e</sup> échelon (2 ans)	58 082,41
1 <sup>er</sup> échelon (2 ans, mais 6 ans pour les nommés avant le 1 <sup>er</sup> octobre 2020)	55 607,79



Pour avoir une idée générale comparative, l’entrée dans la carrière MCU-PH ou PU-PH est plus tardive que pour les PH du fait du parcours universitaire plus long (dont l’année de mobilité), les émoluments hospitaliers (du fait de l’ab-

sence de cotisations sociales) d’un PU-PH 1<sup>er</sup> échelon correspondent à un peu plus qu’un mi-temps de 8<sup>e</sup> échelon PH. Pour un PU-PH au 5<sup>e</sup> et dernier échelon hospitalier, cela est supérieur à un mi-temps de PH au 13<sup>e</sup> échelon. En ce qui

concerne les MCU-PH, la grille de rémunération est de 14 % inférieure au 1<sup>er</sup> échelon et de 18 % inférieure pour leur 7<sup>e</sup> et dernier échelon, par rapport respectivement aux 1<sup>er</sup> et 5<sup>e</sup> échelons de PU-PH.

LES PRIMES ET INDEMNITÉS LIÉES À L’ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

https://www.cng.sante.fr/emoluments-indemnites-primas-allocations

☑ **PECH et CECH pour Prime ou Contrat d’Engagement à la Carrière Hospitalière** : qui est un levier d’attractivité pour un engagement dans le service public. Seuls les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux peuvent signer un CECH (donc pas les CCU-AH, ni les AHU, ni les PHU).

Les praticiens qui ont conclu une CECH sur un poste dans une spécialité pour laquelle l’offre de soins est, ou risque d’être insuffisante dans l’établissement au sein duquel il exerce, perçoivent une PECH de 20 000 € brut. La liste des postes concernés par établissement et par spécialité est arrêtée par le directeur général de l’Agence régionale de santé, pour trois ans, révisable annuellement.

Les praticiens qui ont conclu une CECH dans le cadre d’une spécialité présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé, perçoivent également une PECH de 10 000 € brut. Leur liste est fixée pour trois ans, révisable annuellement, par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget. Ces spécialités sont arrêtées sur la base des données les plus récentes publiées par le Centre national de gestion.

Depuis l’arrêté du 23 janvier 2024 fixant cette liste des spécialités éligibles à la PECH des spécialités en difficulté de recrutement, elles sont au nombre de trois : **l’anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la radiologie. Les praticiens signataires d’une telle convention peuvent, s’ils en remplissent les conditions, cumuler ces deux primes, soit alors 30 000 €.** Le praticien s’engage à effectuer trois ans de services effectifs en cas de réussite au concours à compter de sa nomination, la période probatoire étant incluse dans ces trois ans. La prime est proratisée à ses obligations de service si le PH exerce à temps partiel.

☑ **IESPE pour Indemnité de Service Public Exclusif** : pour tout praticien PH ou HU, n’ayant pas d’activité libérale. Il s’agit de contrats de trois ans renouvelables indéfiniment. La prime est modulée pour les PH selon la quotité de service. Pour un temps plein, elle est de 1010,00 € brut par mois.

☑ **PET pour Prime d’Exercice Territorial** : versée aux PH et HU pour une activité dans plusieurs établissements ou dans plusieurs sites d’un même établissement, avec une distance minimale entre les sites de 20km, formalisée par une

convention d’activité partagée qui mentionne fréquence, répartition géographique et objectifs de coopération poursuivis. En fonction du nombre de demi-journées en dehors du site principal, elle est entre 250 et 1000 € brut par mois.

☑ **PST pour Prime de Solidarité Territoriale** : (arrêté du 15 décembre 2021) pour soutenir des zones sous-dotées ou présentant des besoins particuliers de renforcement médical. Cette prime de solidarité territoriale est versée aux personnels H ou HU exerçant à temps plein qui réalisent une activité partagée au-delà de leurs obligations de service (c’est donc un TTA rémunéré), dans plusieurs établissements publics de santé. Elle est conditionnée à la signature d’une convention entre l’ARS et les établissements publics partenaires, et d’une convention tripartite pour chaque mission entre les deux établissements et le praticien, après l’avis de ses chefs de service et de pôle. Le tableau 3 résume la valorisation de la PST, qui peut être majorée jusqu’à 30 % après accord spécifique de l’ARS, par rapport au TTA et aux indemnités de sujétion réalisés dans l’établissement d’appartenance.

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044501166

Tableau 3 – VALORISATION en brut de la PST, qui peut être majorée de 30 % (arrêté du 30 mars 2023) après accord spécifique de l’ARS, par rapport au TTA des PH (pas de comparatif de TTA pour les HU) réalisé dans l’établissement d’appartenance (intra muros). Uniquement pour les temps-plein, sauf autorisation du Directeur de l’ARS

PÉRIODES	PST	PST majorée (+30 %)	TTA intra muros et si garde sur place (soit le maximum de rémunération)
½ journée du lundi au samedi matin	293, 25 €	381,23 €	½ TTA, soit 167,79 €
½ journée de nuit, ou de jour samedi am, dimanche et férié	427, 35 €	555, 56 €	½ TTA de 167,79 € + ½ garde à 211 € = 378,80 €
Du lundi au vendredi 24h ou 4 demi-journées	1441,00 €	1873,30 €	335,60 x 2 € + 422,03 € = 1093,23 € ou ½ TTA de 167,79 € x 4 = 671,16 €
Samedi 24h ou 4 demi-journées	1575,00 €	2047,50 €	335,60 x 2 € + 211,01 € + 422,03 € = 1304,24 € ou ½ TTA de 167,79 € x 4 + 211,01 € x 2 = 1093,18 €
Dimanche ou férié 24h ou 4 demi-journées	1709,00 €	2221,70 €	335,60 x 2 € + 422,03 x 2 € ou ½ TTA de 167,79 € x 4 + 211,01 € x 4 = 1515,26 €

LES PRIMES ET INDEMNITÉS LIÉES AUX MISSIONS SPÉCIALES

☑ **IASL pour Indemnité d’Activité Sectorielle et de Liaison, qui est spécifique aux psychiatres** pour, en plus d’une activité principale, l’exercice de missions sectorielles et de liaison sur plusieurs structures et dispositifs. Au moins trois demi-journées par semaine dans deux activités différentes listées ou quatre demi-journées dans une seule activité. Activité secondaire formalisée par une convention. **Montant : 420,86 €** fixe par mois quel que soit le temps complet ou partiel du praticien.

Exclusive d’autres indemnités variables (ex : **part complémentaire variable de liaison**, qui récompense l’atteinte d’objectifs qualitatifs et quantitatifs par voie contractuelle).

- ☑ **PCS pour Prime de Chef de Service, d’un montant de 200,00 € fixe par mois.**
- ☑ **PCP pour Prime de Chef de Pôle, d’un montant de 400,00 € fixe par mois.**
- ☑ **PCPCME ou PCPCMG pour Prime de Président de la Commission Médicale d’Etablissement ou de la Commission**

**Médicale de Groupement, d’un montant de 600,00 € fixe par mois.**

Rq : Ces primes (PCS, PCP, PCPCME ou PCPCMG) peuvent se cumuler dans la limite d’un plafond de 1 000,00 € brut par mois.

- ☑ **Participation aux jurys de concours, activités d’enseignement ou à la formation des personnels.**
- ☑ **Prime d’intéressement collectif.**

INDEMNITÉS DE SUJÉTION, GARDES, ASTREINTES, RÉCUPÉRATION ET TTA (TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL)

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006105843

☑ **Les gardes pour les PH** La garde sur place (12h la nuit, le dimanche ou jour férié) est rémunérée 422,03 € ou la demi-garde (demi-nuit ou samedi am) 211,01 €.

**La rémunération du TTA non récupéré pour les PH est de 335,60 € brut pour une période**

et de 167,79 € brut pour une demi-période. Ce tarif fixe quel que soit l’échelon, correspond environ à la rémunération horaire d’un PH au 4<sup>e</sup> échelon. Cependant cette rémunération est non imposable jusqu’à un plafond de 7500 € brut par an.

https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F2617

☑ **Les gardes pour les HU** La garde sur place (12h la nuit, le dimanche ou jour férié) est rémunérée 755,81 €, la demi-garde de jour le samedi am 253,20 € et la demi-garde (demi-nuit) 377,93 € : ces rémunérations ne sont pas chargées pour l’hôpital.



Cette indemnité de sujétion était initialement « solde de tout compte » pour les HU, car elle inclut le paiement d'un temps non récupérable ou ne pouvant faire l'objet d'un TTA.

☑ **Pour les astreintes, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2025, pour PH et HU**

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000051862343/>

Les astreintes donnent maintenant lieu à une indemnité forfaitaire, dont le forfait de base a été revalorisée d'au moins 50 % par rapport à l'indemnité de base, quel que soit le nombre de déplacements réalisés au cours de l'astreinte et le temps d'intervention sur place.

Chaque établissement définit ses forfaits d'astreinte et ses montants d'indemnisation. Le classement des astreintes au sein des forfaits tient compte de l'intensité moyenne de l'activité lors de l'astreinte, la fréquence des déplacements, de la réalisation d'actes de télémedecine définis à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique et de l'activité de recours territorial ou régional de l'établissement.

**Pour chaque ligne d'astreinte le montant de l'indemnité forfaitaire est fixé par le Directeur de l'établissement, sur proposition de la COPS (Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins). Le montant pour une nuit ou deux demi-journées d'astreinte ne peut être inférieur à 70 €, ce qui pour comparaison est le coût de deux heures de garde sur place, ni supérieur à 280 €, ce qui pour comparaison est le coût d'une demi-garde (211,01 €) sur place jusqu'à 1h30 (avec récupération obligatoire le lendemain matin), plus un forfait de 70 € pour la nuit profonde. Le nombre de lignes d'astreinte classées au sein**

d'un même forfait ne peut excéder 40 % du nombre total de lignes d'astreintes au sein de l'établissement, cela pour éviter un plafonnement par le bas ou par le haut des forfaits d'astreintes. Cependant cette contrainte ne s'avère finalement applicable que pour des établissements ou des GHT avec des lignes d'astreintes assez nombreuses et assez différentes.

Une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur avec la COPS (Commission d'Organisation de la Permanence des Soins). Le directeur le transmet chaque année au conseil de surveillance et au directeur de l'Agence Régionale de la Santé.

**Décompte du temps d'intervention**

**« La forfaitisation n'exonère pas le directeur de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement effectué, indépendamment du forfait fixé, de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de 48 heures et d'intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectés. »**

Le décompte du temps effectif d'intervention sur place et du trajet réalisé durant les astreintes est effectué en heures et intégré dans les obligations de service du praticien. Le temps de trajet est décompté de manière forfaitaire à 1 heure (deux fois une demi-heure). Et quel que soit le nombre de déplacements, plafonné à 2 H. **Chaque plage de 5 H cumulées, temps de trajet inclus est convertie en une demi-journée au titre du quadrimestre concerné. Par dérogation, les déplacements d'une durée de 3 H sur place peuvent faire l'objet d'un décompte à hauteur d'une demi-journée.** Le décompte sur une période d'astreinte ne peut dépasser

deux demi-journées. Le repos quotidien de 11h minimum après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien. Ce décompte existait déjà depuis 2013.

**Ce qui est nouveau, c'est la possibilité de récupérer du temps de travail, même pour des astreintes non déplacées :**

- ☑ Soit une demi-journée de récupération pour deux astreintes classées au sein d'un forfait correspondant aux astreintes qui donnent lieu à des appels fréquents ou des actes réalisés en télémedecine.
- ☑ Soit une demi-journée de récupération pour cinq astreintes classées au sein d'un forfait correspondant aux astreintes qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

**Enfin, les praticiens à partir de 60 ans pourront être dispensés de participation à la permanence sur place ou en astreinte sur simple demande, ainsi que les femmes enceintes dès le début de leur grossesse sur avis du médecin du travail.**

**Ce qui change pour les personnels enseignants et hospitaliers : la participation à la permanence sur place ou par astreinte à domicile peut maintenant donner lieu à récupération, à condition que la continuité du service soit assurée. Dans ce cas, les intéressés peuvent maintenant récupérer le temps généré par les astreintes, mais aussi par les gardes effectuées.**

**Toutefois, en l'état des textes pour les HU, le temps non récupéré ne peut pas générer du TTA rémunéré ni être mis sur un CET, alors que cela est possible, sur la base du volontariat et par contrat, pour les PH.**



# JE L'AI LU OU RELU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE...



**Dr Eric OZIOL**  
Lecteur égalitaire, solidaire et libre... car responsable.

Dans Caché dans la Maison des fous, Didier Daeninckx fait brièvement revivre un moment singulier de l'histoire française : l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole en Margeride pendant l'Occupation. Loin d'être un simple lieu d'enfermement, l'asile devient un refuge, un lieu de résistance et un laboratoire humain où s'inventera, dans l'urgence et l'humanité, la psychothérapie institutionnelle.

Alors que des dizaines de milliers de malades mentaux meurent de faim dans les asiles français sous Vichy, Saint-Alban résiste à l'abandon et à la mort programmée. On y cache des résistants, des Juifs, des artistes, au milieu des patients. La frontière entre « soignants », « soignés » et « réfugiés » s'efface : survivre impose de vivre ensemble, de partager nourriture, travail, parole et responsabilité.

Cette expérience est portée par des figures majeures. Lucien Bonnafé, psychiatre engagé, y défend une

## CACHÉ DANS LA MAISON DES FOUS

**Didier Daeninckx**

**Caché dans la maison des fous**



**Caché dans la maison des fous**  
Auteur : Didier Daeninckx  
Editions Gallimard  
Collection : Folio  
Date de parution : 17 février 2017  
EAN : 9782072704406  
ISBN : 978-2-36229-084-8  
Nombre de pages : 128

ter, c'est refuser la réduction de l'homme à un diagnostic ou à une catégorie. C'est affirmer que la folie, comme la liberté, ne peut être enfermée sans que toute la société ne s'y perde.

Ce livre est ainsi un hommage à une lueur humaniste peu connue de notre Histoire contemporaine, mais qui en a éclairé sa période la plus noire, où soigner, créer et résister n'ont fait qu'un.



## LA MÂCHOIRE DE FREUD

Yann Diener, psychanalyste, responsable de la chronique psy de Charlie Hebdo, y ayant succédé à la psychiatre et analyste Elsa Cayat, assassinée lors des attentats de 2015, signe avec son nouveau livre, « La Mâchoire de Freud », la poursuite de son exploration de la langue contemporaine dépoétisée par sa numérisation et subvertie par la technologie.

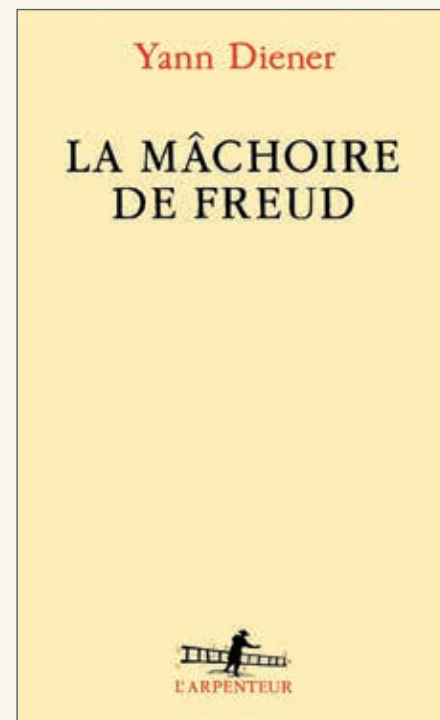
Tout commence par une douleur mandibulaire qui lui rappelle celle de Sigmund Freud, le grand déchiffreur du langage de l'inconscient, qui fût meurtri par une tumeur à la mâchoire et par les conséquences d'une expérience chirurgicale initiale assez inconséquente, ne pût plus que très difficilement s'exprimer à partir de ses 67 ans et encore grâce à l'essai de nombreuses prothèses intrabuccales. Diener ose ainsi un parallèle avec nos actuelles « prothèses numériques » de communication.

S'inspirant de ses séances avec un patient expert du langage informatique de l'intelligence artificielle (IA), mais qui lassé par son métier finit par se tourner vers la poésie, il nous livre une réflexion sur l'influence voire la pollution informatique de notre langage quotidien. Lui-même redécouvrant le langage informatique PYTHON, il explore comment le langage binaire est parvenu à envahir, de façon insidieuse, notre propre langage. Au passage nous apprendrons que

Guido van Rossum, le créateur du langage PYTHON, fan de la série télévisée absurde Monty Pythons's Flying Circus, l'a nommé ainsi en hommage. Il faut aussi savoir que c'est en référence à l'un des sketches de cette série (25<sup>e</sup> épisode du 15 décembre 1970) qu'a été consacré le terme « Spam » pour nommer les pourriels. L'humour absurde sert à ce regard critique.

Diener s'appuie également sur la lecture de Klemperer pour rappeler qu'une langue mécanisée, manipulée et déshumanisée peut conduire à la barbarie, comme celle du nazisme ou d'autres à venir. Il convoque également les auteurs qui ont réfléchi sur les rapports entre le langage et la technique, du poète Robert Desnos à la philosophe Barbara Cassin, en passant par Franz Kafka, Boris Vian et George Orwell.

Notre vie est bien devenue numérique, faite de copier-coller, de bouts d'images-cadavres qui nous remplacent pendant des réunions en distanciel ou les appels en visio. Nous fabriquons des langages artificiels avec des bouts de paroles suturées telle la créature de Frankenstein, comme les annonces de quai de gare ou les sollicitations publicitaires téléphoniques continues. Des morceaux de phrases coupées et recousues, qui appauvrissent nos échanges et qui nous font devenir les artisans de notre propre déshumanisation.



**La Mâchoire de Freud**  
Auteur : Yann Diener  
Éditeur : L'arpenteur  
Date de parution : 10 octobre 2024  
EAN : 9782073080349  
ISBN : 2073080340  
Nombre de pages : 176

**« Aujourd'hui que la psychiatrie publique est laminée, et que la psychanalyse est vilipendée, il s'agit de témoigner de la clinique de la parole, plus que jamais tordue par nos petites novlangues quotidiennes, en particulier par les langages informatiques : la généralisation de la numérisation, censée améliorer la communication, aplatit les paroles singulières. Il est également question de tout cela dans ce livre... »**

<https://charliehebdo.fr/auteurs/yann-diener/>

## JE L'AI VU

# ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE POUR LES FÊTES DE FIN D'ANNÉE OU APRÈS...

*Une pièce de théâtre à voir d'urgence, et deux comédies musicales « French Broadway » pour la joie et la liberté*



**Dr Eric OZIOL**  
Spectateur immersif et engagé

Après le succès de DENALI qui se poursuit au Théâtre Juliette-Récamier (à ce propos dans le MAG de décembre 2023 je m'étais trompé avec ma prévision d'une nomination aux Molière, car la pièce en a eu finalement... quatre !!!) Nicolas LE BRICQUIR est de retour avec sa nouvelle pièce, écrite et mise en scène : FREEDOM CLUB, également au Théâtre Juliette-Récamier jusqu'au 28 décembre 2025 (sauf prolongations).

Il s'agit d'une dystopie en fait complètement réaliste traitée comme un thriller à huis-clos, en une « unité d'action » - un attentat symbolique qui tourne mal - dans une « unité de lieu » - un entrepôt désaffecté - et en une « unité de temps », même si l'horloge numé-

## FREEDOM CLUB

**LA NOUVELLE PIÈCE DE THÉÂTRE DE NICOLAS LE BRICQUIR**

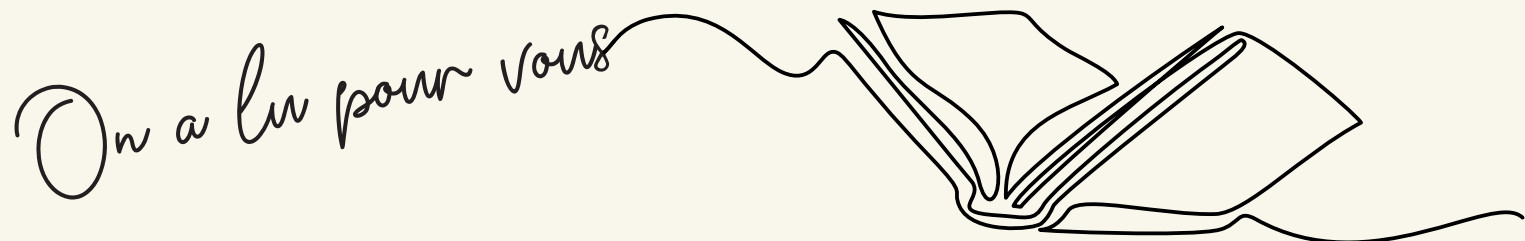
<https://theatrejulietterecamier.fr/freedom-club/>

rique au-dessus de la scène manipule notre attention pour une distorsion du temps façon « et en même temps » pendant 1h30 de temps réel et soutenu. Mais malgré le respect de ces règles d'or, il ne s'agit certainement pas d'un théâtre « classique » tant la mise en scène de Nicolas LE BRICQUIR est toujours aussi inventive, immersive et carrément bluffante.

Quatre amis d'enfance devenus des acteurs influents du monde des médias, de la technologie et de l'intelligence artificielle (IA) viennent de faire déverser de la merde par un drone sur la tête d'Elon Musk lors d'un événement à Paris. Malheureusement tout ne s'est pas déroulé comme prévu. Un des leurs a été tué et ils se retrouvent avec un otage apeuré et scatophobique sur les bras. La vidéo de Musk ainsi « en-merdé » devient virale et déclenche des réactions médiatiques mondiales, dont la retransmission en continu, nous est assurée dans l'entrepôt par le biais d'un écran de télévision, mo-



dèle tube cathodique. Non sans un humour qu'on pourrait croire potache, mais finalement très réaliste, les médias et les interviewés se ridiculisent en direct. Donald Trump menace même de bombarder de merde la France en représailles. Trouvaille quasi prémonitoire car le jour de la première de FREEDOM CLUB, Donald Trump se





mettait en scène dans une vidéo réalisée par une IA, une couronne de roi sur la tête, aux commandes d’un F-18 en train de bombardier d’excréments les manifestants des villes américaines opposants à sa politique. Incroyable !

Sur fond de chrono et de suspense haletant, avec l’enjeu, rien de moins que de sauver le Monde,

l’écriture haletante de Nicolas le Bricquair aborde comme des claques au spectateur, qui ne peut jamais faire mine de s’endormir, plein de sujets philosophiques que l’actualité criante révèle comme des urgences. Le texte est riche de références (comment ne pas faire le rapprochement entre l’« IA-Nos » et le dieu Janus, Ianos en Grec).

Pour ne rien perdre le livret de la pièce est disponible à la fin du spectacle.

J’arrête là de peur de vous « divulguer » votre plaisir.

À voir d’urgence, et même en profiter pour voir ou revoir DENALI.

## LES DEMOISELLES DE ROCHEFORT

**DIRECTION MUSICALE : PATRICE PEYRIERAS | MISE EN SCÈNE : GILLES RICO | COSTUMES : ALEXIS MABILLE**

[https://billetterie.lido2paris.com/fr/manifestation/58/les\\_demoiselles\\_de\\_rochefort](https://billetterie.lido2paris.com/fr/manifestation/58/les_demoiselles_de_rochefort)

« Le cœur battant des Champs-Élysées » s’est remis à insuffler un vent de folie, de joie, de claquettes et de « French Broadway », sur la plus belle avenue du Monde, qui était en train de s’endormir dans le bling-bling, entre les deux arches jaunes de Ronald Mc D.

La magnifique et surtout unique salle du LIDO reconvertie dans la comédie musicale depuis son rachat en 2022 par le groupe Accor, retrouve toute son énergie cet hiver avec la restauration en réel et en musique du film de Jacques DEMY, LES DEMOISELLES DE ROCHEFORT, mis en scène par Gilles Rico, dans le respect intégral du livret de Michel LEGRAND.

Le président et directeur artistique du LIDO, Jean-Luc CHOPLIN est pour beaucoup dans ce choix de cette Comédie Musicale très française et de l’hommage rendu à Jacques DEMY.

Confortablement installés dans cette salle de cabaret mythique, un verre de champagne « Demoiselle » à la main, vous vous laissez « transborder » par les animations numériques d’un bout à l’autre du spectacle, comme le pont transbordeur de Martou sur la Charente avait rythmé le début et la fin du film. Quel plaisir de retrouver l’ambiance colorée sixties du film. Les excellents artistes issus de l’opéra, de la comédie musicale et du jazz vous embarquent d’un tableau à l’autre au gré des mouvements incroyables que permettent cette salle unique. L’orchestre est omniprésent à peine dissimulé derrière un rideau translucide. Les danses avec lignes de claquettes, de la chorégraphe Joanna GOODWIN, sont un vibrant hommage à Gene Kelly, à jamais présent.



Deux heures de spectacle qui passent trop vite ! « Mi fa sol la mi ré... », vous ne pourrez pas vous empêcher de chanter.

Prolongations en 2026 au moins jusqu’en mai... et peut-être plus encore, qui sait ?

## LA CAGE AUX FOLLES

**AU THÉÂTRE DU CHÂTELET | MISE EN SCÈNE OLIVIER PY ET AVEC LAURENT LAFITTE**

<https://www.chatelet.com/programmation/25-26/la-cage-aux-folles/>

Standing ovation pendant 15 minutes, les mains brûlantes et le sourire aux lèvres, ce n’était pas la première mais la deuxième ce samedi 6 décembre à 15h, tout enthousiastes et heureux que nous étions, en famille, trois générations réunies dans la même joie, et admiratifs quant à la répétition à venir d’une telle performance à 20h le jour même.

La pièce originale créée au Théâtre du Palais-Royal en 1973, sous la direction de Pierre MONDY, et dont le souvenir semble parfois un peu caricatural, a été néanmoins rendue inoubliable par le cabotinage connivent de l’auteur-acteur Jean POIRET avec son acolyte Michel SERRAULT, qui a véritablement incarné, voire même « empaillé et emplumé » le personnage de Albin-Zaza Napoli. C’est grâce à sa fixation sur la pellicule par Edouard Molinaro en 1978, qu’elle s’est exportée aux USA pour inspirer Jerry HERMAN (créateur de HELLO DOLLY) qui en fera, avec le livret d’Harvey FIERSTEIN, une comédie musicale plus militante et queer.

Bien sûr le livret de cette nouvelle traversée de l’Atlantique est en français. Le « I am What I Am », hymne rendu inoubliable par Gloria GAYNOR, devient « J’ai le droit d’être moi » clamé par une Zaza Napoli-Albin complètement réincarnée par un Laurent LAFFITE sublime et carrément bluffant par tous ses talents. La scène tant attendue, de la biscotte avec son compagnon sur scène, Georges, joué par l’excellent chanteur Damien BIGOURDAN, est certes conforme à l’original, mais la déambulation intimiste de Zaza dans le public, ainsi que le show grandiose de danse et de chant, donnent une dimension émotionnelle magnifique à ce spectacle en paillettes et en plumes, qui tacle les réacs ou intolérants de tout poil, et parle de liberté, d’égalité et d’amour. On rit et on pleure de bon cœur dans ce show rassembleur de toutes nos fiertés d’êtres humains.



Ce spectacle « French Broadway » se poursuit au Théâtre du Châtelet au moins jusqu’au 11 janvier 2026... ou plus peut-être, encore, encore et encore !







**BULLETIN D'ADHÉSION À L'INPH**  
**Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers**

**COTISATION ANNÉE 2026**

**ADHÉSION DIRECTE**

NOM ..... Prénom .....  
Fonction .....  
Lieu d'exercice .....  
Adresse postale personnelle :  
.....  
.....  
Code postal ..... Ville .....  
Mail personnel .....  
Mail professionnel .....  
Téléphone portable .....

Signature :

Cotisation pour l'année 2026

☐ Temps plein : 125 €

☐ Temps partiel : 65 €

**Paiement par chèque :**

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé  
avec le chèque libellé à l'ordre de l'INPH à :

**Docteur Rachel BOCHER**

Présidente de l'INPH  
Hôpital Saint Jacques  
85 rue Saint Jacques  
44093 Nantes Cedex

**Paiement par virement :**

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé  
avec la preuve de virement à  
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Titulaire  
**INPH**

Domiciliation  
**SG NANTES (03732)**  
**8 PL ROYALE**  
**44000 NANTES**

**Référence bancaire**

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03732	00050817163	51

IBAN : **FR76 3000 3037 3200 0508 1716 351**  
BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**

# Les Annonces de Recrutement







Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1<sup>er</sup> Réseau Social  
de la santé



Retrouvez en ligne des  
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité  
qui rayonne sur  
les réseaux sociaux

1<sup>ère</sup> Régie Média  
indépendante  
de la santé



250 000 exemplaires de  
revues professionnelles  
diffusés auprès des  
acteurs de la santé



Rendez-vous sur

[www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr)



52 Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ [contact@reseauprosante.fr](mailto:contact@reseauprosante.fr)