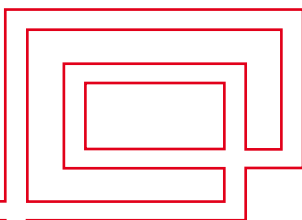


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

Y-A-T-IL ENCORE UNE PLACE POUR LA PSYCHIATRIE ?

AFPEP – SNPP

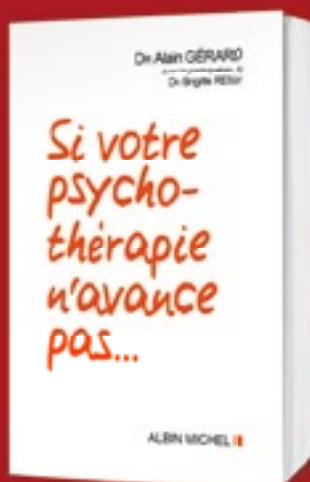
Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé
Syndicat National des Psychiatres Privés

Pour celles et ceux qui savent que soigner, et se soigner, c'est aussi lire!

PIERRE DELION

Mon combat pour une psychiatrie humaine

*Écouter, soigner,
La souffrance psychique de l'enfant*



ALAIN GERARD

*Dépression,
La maladie du siècle*

*Du bon usage
des psychotropes*

*Si votre psychothérapie
n'avance pas...*

PATRICK LANDMAN

Tous hyperactifs ?



DARIAN LEADER

*Bipolaire,
vraiment ?*

Les publications :

Psychiatries
revue de recherche et d'échanges

BIPP
Bulletin d'Information
des Psychiatres Privés

Site internet
<http://www.afpep-snpp.org>

Caractères
la newsletter

Secrétariat de la Rédaction

21, rue du Terrage
75010 Paris
Tél. : 01 43 46 25 55
E-mail : info@afpep-snpp.org
Site web : <http://www.afpep-snpp.org>

Responsable de la publication :
Claude Gernez

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Comité de rédaction :
Chantal Bernazzani
Olivier Brunshwig
Patrice Charbit
Béatrice Guinaudeau
Michel Jurus
Françoise Labes
Jérémy Sinzelle
Monique Thizon
Élie Winter

Sommaire

Éditorial – Claude Gernez	p. 4
Assemblée Générale 2017	
– Rapport d'activité – Élie Winter	p. 6
– Rapport moral – Claude Gernez	p. 8
– Rapport financier – Béatrice Guinaudeau	p. 9
– Élections des délégués du Collège National	p. 10
– Motions	p. 10
– Bureau AFPEP – SNPP 2017	p. 11
Informations AFPEP – SNPP	
– Information concernant les harcèlements – Claude Gernez	p. 12
– AME et MCS : refus de facturation de MCS pour consultations de patients ayant l'AME Michel Jurus – François Journet	p. 12
FFP – Rapport moral Exercice 2016 – Élie Winter	p. 13
Le mot du rédacteur – Thierry Delcourt	p. 16
Dossier : Y-a-t-il encore une place pour la psychiatrie ?	
– Préambule - Fondamentaux	p. 18
– Quid du psychiatre ? – Catherine Goudemand-Joubert	p. 21
– Quelle place pour la psychiatrie à l'heure du Conseil National de Santé mentale ? – Françoise Labes	p. 23
– Soyons positifs, méditons en pleine conscience sur la voie territoriale du bien-être et de la santé mentale et sexuelle... Jean-Jacques Bonamour du Tartre	p. 24
– Soigner la folie et l'angoisse, la science n'y suffit pas ! Thierry Delcourt	p. 25
– Pour une place de la psychiatrie – Olivier Brunshwig	p. 27
– Les secrets en CMPP – Françoise Duplex	p. 29
– Une action concertée des psychiatres – Patrice Charbit	p. 33
– Le silence des agneaux – Pouvons-nous continuer d'assister à notre fin sans réagir ? – Michel Jurus	p. 34
ODPC – PP	
– Assemblée Générale – Thierry Delcourt – Françoise Labes	p. 35
Mémoires de psychiatre – Michel Jurus	p. 37
Histoire de la psychiatrie	
– L'observation psychiatrique : une discipline médico-philosophique – Jérémy Sinzelle	p. 40
Actualité de la pédopsychiatrie	
– Le III ^{ème} congrès de la CIPPA* « Autisme et psychanalyse » Françoise Duplex	p. 43
– Alerte au « Blue whale challenge » – Thierry Delcourt	p. 44
CFP à Lyon – Michel Jurus – Thierry Delcourt	p. 45
TRIBUNE LIBRE	
– Trop petite la scène, pour une Femme Majuscule ! Thierry Delcourt	p. 46
– Disparition de l'existence des psychiatres d'exercice privé ? Jacques Barbier	p. 48
DÉSIR DE LIVRES	
CAHIER CENTRAL	
Bulletin d'adhésion 2017	p. I
Mot de la trésorière – Béatrice Guinaudeau	p. II
DPC	p. III - IV
Actions régionales	p. V - VI
Annonces nationales	p. VII
Journées Nationales 2017 – Lille	p. VIII

RECONNAITRE

Les temps d'incertitude politique où nous sommes ne doivent pas nous masquer une évolution constante de la société contemporaine : la « révolution » numérique doit permettre à chacun, les moteurs de recherche aidant, d'obtenir ce qu'il souhaite sans avoir à attendre, y compris et surtout dans le registre du soin. Au delà des rendez-vous à donner en quelques jours, il nous est demandé un dénouement rapide des difficultés présentées lors de la première rencontre avec les patients. Ceci s'avère encore plus prégnant pour les pédopsychiatres : les parents nous annoncent souvent que leur enfant présente « de petites difficultés qui devraient disparaître en quelques séances ». D'autres que nous se font fort de parvenir à un succès rapide, du moins dans leur présentation. Il semble que notre difficulté à répondre aux trop nombreuses demandes qui nous sont adressées permette à d'autres, y compris confrères, de prendre en charge des situations estimées « à la limite » d'un suivi par un psychiatre, quitte à décider un envoi « en urgence » voire aux urgences de l'hôpital le plus proche si l'état psychique du patient se détériore tout à coup. L'utilisation de la notion de « cognitif » connaît une extension qui permet de choisir le symptôme sur lequel intervenir, sans s'inquiéter des difficultés et des fragilités autrement plus préoccupantes pour l'avenir de la personne concernée. Mieux encore, en France même, anticipant la disparition de notre spécialité, un logiciel en expérimentation avancée permet à « Julia » visage virtuel de dialoguer avec « empathie » face à des sujets susceptibles de présenter un état dépressif. Sachant déjà évaluer la gravité de la dépression de la personne, bien réelle, elle sera en mesure de proposer, on peut aisément l'imaginer, un traitement médicamenteux à la suite d'une nouvelle programmation et l'aide de nouveaux algorithmes experts. A nouveau, la technique numérique sert de caution à une apparence de réponse « scientifique » en connexion avec l'esprit de satisfaction immédiate. Il nous serait difficile de ne pas reconnaître dans ces modes d'approches la prise du discours des patients « au pied de la lettre » et l'expérience montre que l'essentiel échappe à la compréhension dans ces conditions. Nous pouvons appréhender ces prises en charge de patients en quête de soins comme autant d'abords parcellaires isolant le symptôme d'un ensemble psychopathologique du sujet en souffrance. Cette démarche introduit un processus de clivage, et une apparence de « guérison » temporaire masque la fragilité qu'une épreuve de la vie risque bien ensuite de révéler par une décompensation. Notre spécificité repose bien sur la prise en compte des différents composants de la personnalité de ceux qui viennent chercher une aide dont les résultats portent sur le long terme, quelle que soit la diversité de nos pratiques. A ce sujet, le texte de Jean-Jacques Laboutière, « Référenciel métier » demeure la base commune concernant notre pratique professionnelle.

Restent à convaincre ceux qui, pas toujours de bonne foi, contestent la validité de nos assertions quant à la qualité de notre travail, en utilisant l'argument du manque d'études conformes aux méthodes reconnues. Ainsi notre étude clinique « Persiste et signe » n'a pas d'impact reconnu pour n'avoir pas suivi les protocoles des publications universitaires, ni utilisé les méthodes d'analyse statistiques usuelles. Notre but était de réfléchir à la pratique singulière de chacun, dans des situations de « crise » et de permettre ainsi une meilleure approche d'un problème qui nous concerne tous. Ce travail visait notre spécialité, trop interne pour atteindre ceux que nos préoccupations n'intéressent pas toujours.

Une première approche, pour montrer que l'espace de la psychiatrie privée ne consiste pas en une « terra incognita » serait d'investir les relations avec nos confrères. Ceux qui participent aux rencontres professionnelles, comme les Formations Médicales Continues et leurs équivalents, savent l'importance de ces rencontres, qui favorisent aussi la valeur des échanges autour d'un patient commun. De même, la présence de psychiatres privés dans les organisations locales aide notre cause, et permet de connaître les représentants des associations de patients correspondant à notre lieu d'exercice.

Le travail assidu d'un (trop) petit groupe d'entre nous, portant sur l'OGDPC indique bien aussi la volonté de l'AFPEP de s'approprier la formation continue selon les modes reconnus mais sans transiger ni sur la qualité du contenu proposé ni sur sa référence éthique.

La communication par les médias semble encore plus difficile à organiser, nous cherchons les moyens de la mettre en place en tenant compte de nos possibilités.

Une nouvelle étude clinique se trouve commencée, pour laquelle nous attendons la participation et donc les réponses, de chacun ; la difficulté venant ici des méthodes à employer pour correspondre aux critères de la littérature internationale.

La place des psychiatres privés se situe là où nous nous ferons reconnaître ; de nos confrères et des organismes institutionnels, même si certains affectent de ne pas nous voir. Mais il me semble que notre premier travail porte sur la reconnaissance de chacun par lui-même, il m'apparaît en effet que beaucoup d'entre nous restent centrés sur leur pratique, sans prendre conscience de l'importance des échanges possibles entre nous. Mon expérience au SNPP durant cette dernière année m'en a apporté la preuve.

Claude Gernez
Président de l'AFPEP – SNPP

Assemblée Générale 2017

Rapport d'activité AFPEP – SNPP 2016

Chers adhérents,

Depuis notre Assemblée Générale de l'an dernier, beaucoup de changements à nouveau !

En m'apprêtant à rédiger ce rapport, je ne pensais pas au premier de ces changements, tout au plus remarquais-je une certaine difficulté à m'y mettre, inhibition à laquelle on arrive toujours à trouver toutes sortes de raisons de circonstance...

Le premier changement, donc, nous a heurtés en plein cœur avec le décès d'Anne Rosenberg le 17 avril 2016. Anne était de toutes les parties, de tous les engagements et nous sommes loin de nous être remis de cette perte. Presque un an après, je constate sans cesse à quel point bien des choses ne s'expliquent pas complètement dans notre dynamique institutionnelle tant qu'on n'a pas réussi à faire le lien avec son absence.

Bien sûr, il ne faut pas non plus que la psychologisation à outrance nous éloigne de nos responsabilités, ni ne nous fasse oublier les mouvements extérieurs auxquels nous étions soumis. Bien d'autres choses se sont passées pendant ce temps. Mais Anne mêlait engagement, présence et discrétion, et le coup a été violent pour tous.

Claude Gernez venait de succéder à Patrice Charbit à la présidence de l'AFPEP – SNPP. Et comme il a dû l'écrire quelques semaines plus tard, « *Témoin de ses derniers instants, je me souviens de ces journées partagées entre mer et ciel, de discussions qui nous semblaient ne jamais devoir prendre fin* ».

Il fallait des liens très forts entre nous pour tenir bon. Le Conseil d'Administration suivant nous a à peine permis de bégayer mais ensemble... dans un nouveau local que nous inaugurons, et qu'elle avait participé à trouver.

Notre cohésion nous a bien servi... ainsi que la masse de travail à faire, dont je dois vous faire le résumé aujourd'hui. Les attaques n'ont pas cessé, les fastidieux dossiers se sont multipliés, pas moyen d'avoir la paix pour notre équipe, bénévoles je vous le rappelle.

Un autre changement, plus réjouissant pour la personne concernée, nous attend fin 2017, avec le départ à la retraite de Chantal, notre secrétaire qui a traversé toutes les tempêtes de l'AFPEP – SNPP. Heureusement, quelques perspectives se dessinent aussi...

Venons-en donc à l'activité de l'année, en commençant par l'AFPEP :

1. Journées Nationales :

- a. De Grenoble en octobre 2016 sur le numérique, sous la houlette de Jacqueline Légaut. Ces Journées ont été l'occasion pour beaucoup de mieux appréhender cet objet pas si nouveau, dit « numérique », porteur de tant d'espoirs comme de tant de craintes. Le mouvement étant en marche, il n'est pas question de s'y opposer, ni de laisser passer le train, mais l'outil est d'une puissance à ne pas mettre entre toutes les mains.
- b. De Lille fin septembre 2017 : le psychiatre et le chaos, diversité et créativité clinique.
- c. D'Angers en 2018 autour de l'inter et transgénérationnel.

2. DPC

- a. L'ODPC – PP a continué son activité, dont vous verrez qu'il participe très largement à l'équilibre budgétaire global. Les réformes en cours obligent néanmoins une toute petite équipe, bénévole là encore, à se replonger dans des dossiers administratifs très lourds, et d'ailleurs numérisés puisque tout se fait via des sites web. Ceux qui s'y collent permettent à tous de s'occuper de la grande qualité des contenus que vous avez tous si souvent soulignée. Bien d'autres DPC ne sont que des coquilles vides permettant de toucher des indemnités pour une fausse formation, sans réflexion. Nous avons tenu depuis le début à ce que le contenu prime sur la forme imposée par la HAS.
- b. Le 2 avril 2016, lors du Séminaire de Printemps de l'AFPEP sur le travail, s'est donc déroulé le DPC « Le psychiatre confronté aux symptomatologies psychiques liées au monde du travail ».
- c. le 11 juin prochain à Lyon : Approche éthique et psychiatre.

Et, à confirmer, lors des prochaines Journées Nationales, « numérique pour les nuls » et une autre session du DPC sur l'éthique.

Vous voyez donc l'investissement sur la formation qui a demandé beaucoup de travail à toute l'équipe de l'AFPEP et de l'ODPC – PP, et le rapport financier vous en précisera qu'il y va de la survie de l'AFPEP – SNPP.

d. ODPC PsySM : créé en marge de la FFP, cet ODPC était destiné à apprendre à toutes les petites associations à maîtriser la forme du DPC. Il a donc eu une grosse activité la première année, déclinantes les années suivantes, et il n'y a plus qu'une association de pédopsychiatres publics qui l'utilise.

3. CNPP : Collège National Professionnel en Psychiatrie

Vous vous souvenez sans doute que le CNPP a été l'objet de luttes intenses lors de sa création. Il est notamment destiné à fournir les orientations prioritaires du DPC.

Le CNPP existe désormais, même si le dépôt de ses statuts tarde depuis plus de 2 ans.

Son existence même oriente les 20 participants à réfléchir à créer une société unifiée de la psychiatrie, qui nous sortirait de nous clivages. Nous avons reçu en ce sens un représentant du collège de médecine général (CMG) dont la création a donné une grande force de représentation aux médecins généralistes. Le modèle n'est pas transposable, mais on peut s'en inspirer.

4. Fédération Française de Psychiatrie (FFP) : cf. rapport d'activité dans les pages suivantes de ce BIPP.

5. WPA : Jérémie Sinzelle représente désormais habituellement l'AFPEP à la WPA. Il a participé à l'élection de Helen Herrman (Australie) qui prend ses fonctions de présidente en octobre 2017 au congrès de Berlin, et est en lien avec les 4 autres associations françaises membres de la WPA. Un projet de congrès mondial à Paris en 2023 est en cours d'élaboration. L'Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP avait soutenu ce projet l'an dernier.

6. Communication et publications

2 numéros du BIPP depuis notre dernière Assemblée Générale : celui de mai 2016 consacré largement à Anne Rosenberg, celui de novembre sur la responsabilité médicale et la pédopsychiatrie.

2 numéros de *Psychiatries*, le 166 sur « Psychiatrie et travail », le 164-165 en juin, sur « Le risque à gérer : à prendre ? » avec une sélection de textes d'Anne Rosenberg.

7. Étude qualitative : Là encore, Anne Rosenberg était un des piliers de l'équipe qui mettait en place le projet de recherche. Un groupe a commencé à se former, et devrait reprendre ses activités au plus vite !

8. Réforme internat : La réforme du DES de psychiatrie est en attente depuis 2001, et doit aboutir très vite... chaque année depuis 16 ans. Je vous en avais fait l'historique l'an dernier, que je ne reprends pas. Des décrets ont été publiés, le projet concernant la psychiatrie se précise. Les internes de l'AFPEP

avaient participé avec les universitaires du CNUP à cette réforme. La FFP a insisté de multiples fois pour discuter quelques désaccords, en particulier sur la question de la pédopsychiatrie déjà fort mal en point, et encore fragilisée par cette réforme qui réduit de 2 à 1 le nombre de stage de pédopsychiatrie durant l'internat.

SNPP :

1. Nouvelle convention : suite à nos décisions de l'an dernier, le SNPP a réintégré la CSMF et participé ainsi aux négociations conventionnelles. Ce fut là une bien bonne idée de ne pas laisser les seuls psychiatres du SPF orienter les choix de la CSMF. A notre arrivée, la CSMF n'avait pas comme objectif de soutenir le CNPSY, et envisageait de complexifier nos cotations d'actes. Dès notre arrivée, le SPF a quasiment déserté les lieux, pour se concentrer sur son action au SML. Chacun dira dès lors que c'est son action qui a été déterminante pour obtenir ce qui en est sorti : l'augmentation du CNPSY de 2 € au 1^{er} juillet 2017.

Le MCS des psychiatres passe de 4 à 5 € (pour les secteurs 1, et pour les CMU seulement en secteur 2).

Le C2,5 (avis consultant) passe de 52.50 à 60 € au 1^{er} octobre 2017 puis 62.50 € au 1^{er} juin 2018.

Vous serez informés en temps réel via notre Newsletter.

2. Responsabilité médicale :

Le SNPP a été interpellé un peu plus souvent que d'habitude cette année, pour soutenir des confrères ou consœurs en difficulté, en plus des nombreuses questions sur les modalités de cotation ou la responsabilité médicale. On a vu notamment les « délits statistiques » de la CPAM (actes trop fréquents en particulier) se multiplier.

3. Tiers payant généralisé (TPG)

Le tiers payant se met en place pour la « part sécu » (AMO), mais ne sera pas obligatoire pour la part complémentaire (AMC).

Il est déjà en place pour les ALD et les femmes enceintes, c'est-à-dire que le tiers-payant est un droit pour ces patients, avant de se généraliser à un droit pour tous.

Ce « droit » du patient n'est cependant pas susceptible de sanction pour les praticiens qui refuseraient de l'appliquer.

Le SNPP, comme la plupart des syndicats de médecins libéraux, recommande à ses adhérents de ne pas appliquer le tiers-payant en dehors des cas ponctuels qui existaient déjà : CMU, AME, et patients en difficulté financière.

Rappelons enfin que les assurances complémentaires continuent à vouloir proposer des « solutions » de tiers payant de part complémentaire, dont la « simplicité » annoncée n'a pourtant convaincu personne !

4. CNSM et CoPil Psy

Le Conseil National de Santé Mentale a été mis en place par le gouvernement, sous la présidence d'Alain Ehrenberg. Les psychiatres n'y sont manifestement pas les bienvenus, tout au plus sont-ils tolérés dans les différentes sous-commissions qui doivent parfois participer à l'organisation des soins psychiatriques en France. Ils représentent environ 10 % des participants. L'AFPEP – SNPP y participe via la FFP.

Les psychiatres hospitaliers ont, eux, été entendus dans leurs protestations, contre ce CNSM qui minimise leur importance, et ont obtenu la mise en place du comité de pilotage de la psychiatrie, qui doit principalement travailler sur l'organisation des territoires, sous la présidence d'Yvan Halimi, qui préempte les participants sans aucun souci de représentativité.

Ajoutons à cela que ces deux instances doivent travailler en coordination avec les comités du Haut conseil de la famille et de l'enfance, et toute une série de commissions.

Toujours est-il qu'un des dossiers du CNSM est de mettre en place une proposition du rapport de MR Moro pour une expérimentation de séances de psychologues prises en charge par la Sécurité sociale dans les conditions suivantes :

5. Expérimentation visant à réduire la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans en situation de mal-être et ainsi de prévenir secondairement l'apparition de troubles mentaux à l'âge adulte : cette expérimentation qui doit s'étendre aux 6-21 ans doit mettre en place sur 3 territoires la possibilité de consultations de psychologues prises en charge par la Sécurité sociale, pour les jeunes « en situation de mal-

être », c'est-à-dire sans pathologie psychiatrique. C'est donc le domaine de la santé mentale qui est censé être visé, mais voilà qui ouvre de nombreuses questions. En particulier, le fait que ces séances pourront être prescrites par des médecins généralistes, ou des médecins scolaires, mais pas des psychiatres ! du moins dans cette phase d'expérimentation.

6. Radicalisation islamique : s'il est un dossier où les services du gouvernement n'hésitent pas à solliciter les psychiatres, y compris libéraux, c'est pour demander notre expertise en matière de déradicalisation islamique ! Patrice Charbit intervient en Occitanie régulièrement, et la FFP a commencé un travail d'étude en la matière avec des financements publics.

7. Accès handicapé : Je vous rappelle que les cabinets libéraux doivent désormais être aux normes d'accessibilité handicapé. Si vous n'avez pas effectué les démarches, il vaut mieux le faire immédiatement. Par contre, ne cédez en aucun cas aux relances multiples d'offices privées se faisant passer pour des organismes officiels. Ce sont des vendeurs de travaux au prix fort qui n'hésiteront pas à vous intimider pour augmenter au maximum la facture. Dans la plupart des cas, les travaux sont simples et les dérogations facilement négociables.

8. CSMF : Enfin, notre entrée à la CSMF a été un moment important, dont je laisse notre président qui a mené ce dossier vous exposer les enjeux dans son rapport moral d'aujourd'hui.

Élie Winter

Secrétaire Général de l'AFPEP – SNPP

111 votants : adopté à l'unanimité.

Rapport moral

Anne Rosenberg se trouvait présente en chacun de nous durant cette journée, nous avons rappelé sa disparition qui reste douloureuse.

Juste après les leurs, mon intervention a débuté par des remerciements pour Élie Winter puis pour Béatrice Guinaudeau. Le premier a présenté le bilan de cette année avec brio, concernant un exercice difficile qui peut se trouver rapidement ennuyeux. Il ne manquait rien à sa présentation précise et alerte. Notre trésorière mérite aussi la reconnaissance de tous, elle travaille sans concession quant à une situation toujours tendue malgré les efforts d'adaptation de nos dépenses à la baisse des recettes. Les équilibres choisis et votés paraissent les bons choix pour le fonctionnement de l'année à venir.

Une juste reconnaissance m'a permis ensuite de remercier tous ceux, principalement élus du Conseil d'Administration, qui donnent de leur temps et beaucoup de leur énergie pour que le SNPP continue à demeurer une référence éthique et aussi technique pour l'ensemble des psychiatres privés, souvent au prix d'un épuisement personnel. Il convient de rappeler qu'il n'entre pas dans nos convictions de demander à des prestataires de service comment concevoir l'avenir de nos pratiques professionnelles.

Il convenait ensuite de préciser que l'augmentation du CNPSY résultait d'un choix décidé, non sans difficulté, avec nos partenaires de la CSMF, le président de la branche spécialiste ayant opté dans ce sens, contre l'avis d'autres confrères qui imposaient des niveaux

de consultation différents. Les négociations entre cette centrale et la CNAM se poursuivent activement, et visent à déterminer les conditions qui permettraient une signature. Durant cette dernière année, le fonctionnement de la centrale a confirmé le caractère démocratique des décisions prises, et après une longue absence, nous avons retrouvé une place et participé à des débats parfois un peu vifs.

L'action internationale a aussi amené à des choix électifs qui imposaient la vigilance dans un domaine où il est difficile de s'y retrouver, mais notre place prépondérante et l'action de notre représentant permettent d'estimer notre action conforme à nos objectifs.

La très active préparation des Journées Nationales de Grenoble nous a permis d'acquérir un nouveau savoir au sujet des techniques numériques, et d'entrer en « controverse » sur l'utilisation et les conséquences de ces dernières. La preuve a été donnée qu'un sujet aussi difficile peut être traité avec succès. A nouveau, tous ceux qui ont participé à la réalisation de cet « opus » méritent nos remerciements.

Les Journées prochaines de Lille, là aussi en préparation intense, s'annoncent riches. Le thème choisi, prémonitoire, devrait nous conduire à des débats que le choix des intervenants va très probablement favoriser.

L'année à venir s'annonce sous une conjoncture spécialement favorable sur le registre de notre place au sein des institutions représentatives ; l'information en sera établie au moment où les faits seront établis. Cette configuration devrait se conjuguer avec le projet ambitieux d'une nouvelle étude clinique, dont les premiers questionnaires ont été distribués pendant les Journées Nationales de Grenoble.

Une motion a été votée dans le but d'œuvrer à unifier les structures qui nous apparaissent se redoubler ; il s'agit là encore d'une préoccupation visant à économiser les énergies.

Enfin, un dernier merci, très personnel, à tous ceux qui ont permis mon élection.

Claude Gernez
Président de l'AFPEP – SNPP

106 votants : adopté à l'unanimité.

Rapport financier

Le bilan financier de l'année 2016 a été présenté à l'Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP du 18/03/2017 dont voici la synthèse.

Nous remercions les nouveaux adhérents de nous avoir rejoints, nos adhérents retraités de toujours nous soutenir par leur cotisation, les nombreux psychiatres qui se sont inscrits aux actions de formation et aux Journées Nationales de Grenoble. Notre indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique, aux assurances privées et aux éditeurs de logiciel repose sur ces recettes.

Les dépenses de l'année 2016 ont été plus conséquentes du fait de notre aménagement dans notre nouveau local 21 rue du Terrage dans lequel des travaux ont dû être effectués pour le rendre accueillant et fonctionnel. Les dépenses ont été contenues dans l'enveloppe du budget prévisionnel 2016, le loyer étant moins onéreux, elles seront amorties dans le temps.

Le budget prévisionnel 2017 prévoit une dépense de personnel supplémentaire qui englobe la prime de départ à la retraite de notre secrétaire et l'embauche ponctuelle de sa remplaçante sur des temps forts de notre vie associative. Le reste des dépenses suit l'augmentation du coût de la vie.

En résumé ce budget reflète la vitalité du travail du Conseil d'Administration dans son travail scientifique et syndical et le sérieux de l'équilibre recettes-dépenses.

Nous vous remercions de votre confiance.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

111 votants : adopté à l'unanimité.

Renouvellement des Conseillers Nationaux

Se présentent :

- Frédéric Aumjaut
- Jean-Jacques Bonamour du Tartre
- Françoise Coret
- Françoise Duplex
- Agnès Ouvrard

Sont élus

- Frédéric Aumjaut
- Jean-Jacques Bonamour du Tartre
- Françoise Coret
- Françoise Duplex
- Agnès Ouvrard

120 votants : élus à l'unanimité.

Motions

Motion sur la recherche et la formation

Les psychiatres d'exercice privé ont toute leur place dans le domaine de la formation et celui de la recherche, en particulier dans la recherche « qualitative ».

L'AFPEP – SNPP s'engage à concrétiser le travail entrepris par le groupe de recherche clinique qui vise à apporter les outils nécessaires à la formation initiale et continue.

L'AFPEP – SNPP, relayée par l'association ODPCC – PP maintiendra sa volonté de toujours proposer des formations en cohérence avec les fondamentaux qu'elle défend, et les valeurs qui guident nos pratiques diverses et singulières.

Motion AFPEP International

L'Assemblée Générale donne mandat à Jérémie Sinzelle, son secrétaire international, pour apporter le suffrage de l'AFPEP aux candidats soutenant la psychopathologie clinique, la psychanalyse et la diversité des approches théoriques lors des élections au Bureau de la WPA (Association Mondiale de Psychiatrie) au Congrès mondial de Berlin en 2017.

French Association of Psychiatrists in Private Practice (FAPPP) General Assembly mandates Jeremie Sinzelle its International Secretary to vote for WPA Board candidates supporting clinical psychopathology, psychoanalysis and diversity of theoretical approaches during Berlin World Psychiatric Association - World Congress 2017.

Motion CSMF

Le SNPP a mandat pour négocier la signature de la convention via la CSMF pour le maintien d'une lettre clé spécifique aux psychiatres sous forme d'un acte unique « CPSY », même si le CNPsy n'est plus soutenu par les neurologues. Cet acte unique doit être indexé à la nomenclature en projet.

Motion Société unifiée de psychiatrie

L'AFPEP – SNPP s'engage à consulter ses partenaires au sein du CNPP pour élaborer les conditions d'établissement d'une structure indépendante et fédérative de la profession.

Motion Sauvons la Pédopsychiatrie :

L'AFPEP – SNPP s'alarme de la conjonction :

- de la crise démographique en pédopsychiatrie,
- du projet de réforme du DES de psychiatrie qui restreindrait la possibilité de recevoir des enfants et adolescents aux seuls internes qui auront fait l'option de pédopsychiatrie. Il y aura encore moins de pédopsychiatre en médico-social (CMPP IME, ITEP...),
- de la mise en place parallèle d'une expérimentation palliative où des psychologues pourront proposer des consultations remboursées par la Sécurité sociale. Le SNPP dénonce cette expérimentation qui ne doit pas s'étendre,
- en parallèle de la destruction des lieux d'accueil dans le public (PMI jardins thérapeutiques, hôpitaux de jour, RASED).

Motion Augmentation de la cotisation 2018

- **Gratuité** pour la 1^{ère} année de cotisation ou 1^{ère} année d'installation
- 2^{ème} et 3^{ème} année d'exercice : 180 €
- 4^{ème} année d'exercice et au-delà : 375 €

Motions votées à l'unanimité.

115 votants.

Bureau AFPEP – SNPP 2017

Présidents d'honneur

Hervé Bokobza
Jean-Jacques Laboutière
Michel Marchand
Olivier Schmitt
Patrice Charbit

Président

Claude Gernez

Vice-Présidents

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Olivier Brunschwig
Thierry Delcourt
Catherine Goudemand-Joubert
Jérémy Sinzelle

Secrétaire Général

Michel Jurus

Secrétaire Général Adjoint

Élie Winter

Trésorière

Béatrice Guinaudeau

Secrétaire Nationale déléguée auprès de la FFP

Capucine Rivière

Secrétaires Nationaux à la Pédopsychiatrie et au médico-social

Françoise Duplex
Françoise Coret

Informations AFPEP– SNPP

Information concernant les harcèlements

Il me paraît important de signaler un aspect médico-légal concernant les médecins qui suivent des personnes venues consulter pour des problèmes de harcèlement, particulièrement sur leur lieu de travail ; il s'agit de situations actuellement rares, mais l'augmentation de ces situations cliniques justifie notre préoccupation.

Au cours de la prise en charge, éventuellement conjointe entre psychiatre et autres praticiens, principalement généralistes, le patient peut porter plainte contre celui ou ceux dont il s'estime la victime. Le juge peut alors saisir les dossiers médicaux. Les médecins ne sont pas l'objet de la poursuite, ils se trouvent alors en situation de témoins.

L'Officier de Police Judiciaire, porteur d'une commission rogatoire, vient alors saisir les dossiers aux cabinets des médecins. Il convient, bien sûr, pour ces derniers, de prendre le temps de lire la commission pour connaître les éléments requis par le juge.

Un conseiller de l'Ordre départemental, légalement présent, compte le nombre de pièces du dossier, les place dans une enveloppe immédiatement scellée par l'OPJ qui l'emporte sans avoir consulté le dossier.

Un point important à remarquer : l'OPJ peut décider, en toute légalité, pour saisir les dossiers sans modification de derniers jours, de pas prévenir les praticiens et de se rendre directement à leurs cabinets, au risque de devoir revenir s'ils ne sont pas présents ce jour-là. Le conseiller ordinal, dans cette situation, ne connaît pas les noms des médecins en cause.

Cette procédure est intéressante, en partie parce que les pratiques des confrères ne se trouvent pas remises en question mais, en l'absence d'information probante par ailleurs, leurs notes peuvent fournir des éléments déterminants. L'autre point remarquable de cette situation consiste en ce que la même procédure peut s'appliquer à toute autre type de revendication d'un patient, et, plus encore, si l'objet de la plainte concerne le praticien même.

Claude Gernez

AME et MCS : refus de facturation de MCS pour consultations de patients ayant l'AME

La facturation de la MCS (Majoration de Coordination Spécialistes) de 4 euros, liée au parcours de soins coordonnés, est actuellement refusée par les CPAM pour les patients bénéficiant de l'Aide Médicale d'État (AME). Ces refus sont contestables et dommageables. Les patients bénéficiant de l'AME sont souvent des « déboutés » d'une demande d'asile, demandeurs d'un titre de séjour pour raison de santé ou en attente de le faire. Après leur arrivée en France, les demandeurs d'asile ayant droit au séjour bénéficient de la CMU et relèvent du parcours de soins coordonné avec le médecin traitant qu'ils ont choisi. Une fois déboutés, s'ils perdent le bénéfice de la CMU, ils ont accès aux soins via l'AME. Or, ce changement de statut juridique et de prise en charge des soins, s'il entraîne une situation de grave précarité (ni revenus ni droit de travail), n'a pas supprimé pour autant leur médecin traitant ni changé

les soins psychiatriques qui se poursuivent de la même manière qu'auparavant, en lien avec ce médecin traitant. La justification des caisses expliquant qu'un patient ayant l'AME n'a pas de médecin traitant paraît nier la réalité des soins qui sont de fait dans un parcours coordonné. Pour les CPAM « *les bénéficiaires n'ont pas la qualité d'assurés sociaux et par conséquent ne disposent pas de carte vitale. Pour justifier de sa qualité, le bénéficiaire de l'AME reçoit un titre d'admission qui lui permet d'obtenir la dispense d'avance des frais pour les soins couverts. Conformément à la réglementation en vigueur, les bénéficiaires de l'AME ne sont donc pas concernés par le dispositif du médecin traitant ; ils n'ont pas à désigner de médecin traitant et aucune majoration de coordination ne peut être facturée* ». Pourtant, ces refus paraissent contestables et en contradiction avec l'esprit du parcours de soins. Si le dispositif de soins

coordonnés ne s'applique pas à certaines catégories de patients (mineurs de moins de 16 ans, migrants de passage, bénéficiaires de l'AME), cette « exclusion » du dispositif a été certainement prévue pour faciliter l'accès aux soins à des patients que les conditions restrictives aux remboursements par la CPAM auraient pu exclure du fait de particularités compliquant leur intégration dans ce parcours et non pas pour leur refuser d'intégrer un parcours de soins coordonnés. Or, si les moins de 16 ans sont reçus chez le psychiatre à tarif équivalent à celui du parcours coordonné (cotation MTD de l'accès direct spécifique), ce n'est pas le cas pour un patient ayant l'AME. Ce dernier, dont les soins sont en pratique coordonnés, sera reçu pour un tarif inférieur aux autres patients chez son psychiatre qui est rémunéré via le tiers payant. Ainsi, l'exclusion d'un patient ayant l'AME du dispositif de soins coordonnés ne pénalise certes pas financièrement le patient mais la diminution du tarif de la consultation pénalise le soignant (ce qui n'est pas souhaitable).

Ce point n'est pas anodin. Sur un plan matériel, les soignants qui reçoivent de nombreux patients dans cette situation sont moins rémunérés pour des soins mobilisant un temps important (travail en réseau avec

interlocuteurs médicaux, sociaux, juridiques, certificats, etc.). Au plan symbolique, quand est réactivée dans certains discours politiques la mise en cause de l'AME, quand ces patients vivent une stigmatisation et une insécurité particulièrement délétère pour leur santé, il est souhaitable de soutenir les soins et les soignants auxquels ils ont heureusement accès. Ce refus de facturation de MCS peut « refroidir » les thérapeutes au moment où il faut au contraire encourager les collègues à accueillir ces patients en ville, dans le contexte actuel de saturation de psychiatrie publique et libérale.

Ces patients en graves difficultés psycho-sociales doivent être intégrés au mieux dans le système de santé. Ce parcours coordonné qu'ils ont antérieurement intégré participe d'une reconnaissance soutenant le projet thérapeutique. Le SNPP demande le respect de l'esprit du parcours de soins coordonnés et de facturer comme pour les assurés sociaux et sans discrimination, les consultations AME avec MCS dès lors qu'ils ont un médecin traitant.

Michel Jurus

François Journet

Psychiatre Villefontaine Isère

Fédération Française de Psychiatrie

Rapport moral de l'exercice 2016 Assemblée Générale Ordinaire – 13 mars 2017

I- La vie de la Fédération

L'année 2016 est la 2^{ème} année de fonctionnement du Bureau présidé par Bernard Odier, élu pour 2 ans. Jean-Jacques Bonamour du Tartre a été élu pour le remplacer lors de l'AG de ce jour, qui devra également déterminer le président suivant.

Le Bureau était également composé cette année de Fabienne Roos-Weil secrétaire adjointe, Marie-Christine Cabié trésorière et Danièle Roche-Rabreau trésorière adjointe et moi-même secrétaire général.

6 collègues ont participé au fonctionnement de la FFP :

- Recherche présidé par Jean-Michel Thurin,
- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent présidé par Jean Chambry,
- Psychopathologie présidé par Isabelle Secret-Bobolakis,
- Thérapeutique présidé par Jean-Jacques Bonamour du Tartre,
- Psychiatrie médico-légale présidé par Patrick Prat,
- Psychiatrie et société présidé par Marc Grohens.

Le Bureau s'est réuni chaque mois avec son Président tout en poursuivant son activité par des échanges de correspondance mail réguliers. Il bénéficie d'une participation élargie au-delà des présidents de collègues. Ce bureau associe des représentants d'associations scientifiques et d'organisations syndicales. Nous remercions les membres du bureau de leur participation et de leur engagement.

Le Conseil d'Administration s'est réuni 4 fois.

Nathalie Dufour a assuré le secrétariat et donc centralisé et assuré le suivi de tous les dossiers.

Comme les années précédentes, le collège de pédopsychiatrie a été particulièrement actif en tant que collègue réunissant plusieurs associations et créant des partenariats productifs, nous y reviendrons. Le collège de recherche fonctionne sur un autre mode, très actif lui aussi. Les autres collèges fonctionnent plutôt comme de références, dont le président est sollicité en tant que de besoin. Patrick Prat a été interpellé sur le statut de collaborateur occasionnel du service public.

II - L'activité de la FFP

A - L'activité scientifique

1) La recherche

Le collège Recherche, présidé par Jean-Michel Thurin, comporte actuellement :

a) Le Réseau de Recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques

Jean-Michel et Monique Thurin continuent ce travail.

b) La recherche intitulée "Evaluation clinique des pratiques intégratives dans les unités de soins infanto-juvéniles auprès d'enfants présentant un autisme typique ou atypique"

L'étude est toujours en cours.

c) Publication d'un article de JM Thurin dans la revue Psychiatrie (du Pr Granger)

Cet article est un résumé du webséminaire fait pour la FFP.

2) Publication et documentations

- Revue "Pour la Recherche" : 3 numéros ont été publiés en 2016 :

- * n°87/88 décembre 2015 – mars 2016 : LA COP 13 ou Clinique organisée des psychoses
- * n°89 – juin 2016 : Approches alternatives aux essais cliniques randomisés
- * n°90 – septembre 2016 : A propos de l'ouvrage : Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent.

3) Recommandations de bonnes pratiques

a) Recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie générale

Révision de la recommandation de 2005 sur le diagnostic et l'évaluation des troubles du spectre autistique avant 5 ans.

La FFP a proposé des participants pour ce dossier à haut risque qui se met en place. Certains de ces noms ont été refusés, dont Lisa Ouss, mais les protestations de la FFP devraient être entendues.

Audition sur la prise en charge des délinquants sexuels. Réunion de préparation en janvier, avec P. Prat, Lacambre (Montpellier), Sophie Baron-Laforet (Perpignan), Paul Jean-François, etc... Le président sera nommé le 15 mars. En vue d'une audition publique en juin 2018.

Projet de recommandation ANESM/HAS de prise en charge des personnes adultes avec autisme : Isabelle Secret-Bobolakis est membre du groupe de pilotage. Travail en cours, avec une revue de littérature qui intègre la littérature grise. Ces travaux en cours sont soumis au secret, mais la FFP reste vigilante sur la place de la psychiatrie et de la psychanalyse. Il semble que la seule approche mécaniciste de l'autisme

soit retenue. Le terme «psychisme» est refusé. Bernard Odier est intervenu auprès de Michel Laurence qui reconnaît une difficulté à faire une place à nos idées, et nous recommande d'intervenir au niveau des groupes de lecture.

Travail avec les familles de patients présentant un épisode inaugural d'entrée dans la « schizophrénie ». Danièle Roche-Rabreau. Réunion avec Michel Laurence de l'HAS la semaine dernière, qui a fait des propositions de travail aboutissant à un label HAS plus simple à organiser.

L'ANESM sollicite la FFP pour participer à la RBP « l'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation ». Nous avons proposé des participants à ce travail.

Comment améliorer la collaboration entre médecins généralistes et médecins psychiatres. Dr Isabelle Secret-Bobolakis y participe, mais la HAS souhaite la participation de psychiatres libéraux. Une indemnisation leur est proposée, qui manifestement n'est pas à la hauteur pour convaincre de fermer un cabinet une journée.

b) Sollicitations faites à la FFP

ANSM sur le valproate. B. Odier et G. Apter ont rencontré l'ANSM sur cette question pour une réflexion sur les raisons des événements tératogènes survenus avec cette molécule bien connue pour son danger dans ce domaine. Un courrier argumenté a été adressé.

5) Interventions et journées de la FFP

Congrès français de Psychiatrie

La FFP n'a pas eu d'intervention cette année mais elle a tenu comme les années précédentes un stand lors du Congrès Français de Psychiatrie à Montpellier du 23 au 26 novembre 2016.

Elle sera présente au CFP à Lyon du 27 novembre au 2 décembre 2017 et prévoit de proposer des symposiums pour le forum des associations.

Journées de perfectionnement des pédopsychiatres de service public

Journées 2016 : Les 14^{èmes} rencontres de perfectionnement de pédopsychiatres ont eu lieu les 4, 5 et 6 avril 2016 : "Protéger l'enfant et son développement". Elles ont réuni 150 participants.

Journées 2017 : Les 15^{èmes} rencontres de perfectionnement auront lieu les 27, 28 et 29 mars 2017, thème : "Les écrits en pédopsychiatrie : pour qui, pourquoi ? Enjeux cliniques, sociétaux et juridiques".

Journées de perfectionnement des psychiatres de service public

La FFP a organisé ses 1^{ères} rencontres de perfectionnement des psychiatres d'exercice public, sur le thème "La notion de contenance dans les soins

en psychiatrie” une 1^{ère} journée a eu lieu le 9 décembre 2016 et a réuni 55 participants et intervenants. Une 2^{ème} journée a eu lieu le 27 janvier 2017 avec la même participation. Ces journées ont été très intéressantes. Des vidéos sont mises en ligne sur psydoc. Le format devrait être renouvelé pour les prochaines années.

6) Activité internationale

Michel Botbol demeure le “zonal représentative” pour la WPA et y intervient au nom de la FFP. La candidature de Paris pour le congrès 2023 prend forme, avec une agence d’organisation de congrès. 3 candidats à la présidence en 2020 se présenteront au congrès d’octobre 2017.

Pour l’EPA, Gisèle Apter a participé aux travaux, constate la forte présence de d’industrie pharmaceutique, et les orientations qui en découlent. Cela reste un lieu de networking important qui cherche à faire du lobbying à Bruxelles, mais la seule porte d’entrée serait via « les maladies chroniques ».

B - Questions institutionnelles et professionnelles Réforme du DES de Psychiatrie

Suite au silence distant du CNUP et de la commission de réforme du 3^e cycle, qui ont ostensiblement négligé de répondre à nos demandes, en particulier concernant la suppression du 2^e stage de pédopsychiatrie, la FFP a été sollicitée pour signer un communiqué commun de soutien à la réforme. Nos arguments n’ayant pas été dignes d’une quelconque discussion, nous avons refusé de signer le communiqué. Néanmoins, cet épisode a été l’occasion d’une remise en contact avec le CNUP, qui est invité à un prochain bureau de la FFP, avec l’AFFEP.

Ce communiqué a obtenu une réponse favorable pour l’option de pédopsychiatrie, et pour la psychiatrie du sujet âgé, mais pas pour les options de psychiatrie périnatale ni médicolégale.

La FFP s’inquiète de ce que la différence entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte est d’une toute autre nature que les autres options.

Actualités du collège pédopsychiatrie

Ce collège est particulièrement actif, et réunit les principales associations de pédopsychiatrie. Il réfléchit à se réorganiser pour avoir plus de participants actifs.

- Consultation des savoirs cliniques sur la radicalisation : travail en cours avec audition d’experts. Manque de psychiatres d’adultes.
- Groupe de travail sur la prise en charge des psycho trauma suite aux attentats, avec la SFPEADA.
- Suivi du 3^{ème} plan autisme

Jean Chambry et Fabienne Roos-Weil ont participé aux réunions, et de haute lutte, parviennent à se faire entendre. Les tensions restent fortes, y compris entre les associations de familles.

Démographie médicale

L’étude de la démographie médicale des psychiatres est un enjeu majeur pour la défense de notre profession. La France est passée de 22 à 14 psychiatres pour 100 000 habitants en 15 ans, nous serions au 5e rang mondial. Il est important de comparer les chiffres par rapport à l’évolution de la population selon les pays. La FFP va demander une subvention à la DGS pour travailler sur cette question, créer une base documentaire, étudier les impacts sur la délégation de tâches, orienter le pilotage de la démographie. Ce travail pourrait être fait en partenariat avec les associations de malades.

Statut des collaborateurs occasionnels du service public

Le statut utilisé pour les experts médicaux a été modifié, rendant impossible le travail des experts. P Prat, pour le collège médico-légal, a réagi avec le Dr Odier, en association avec d’autres associations. Le décret a finalement été annulé et les cotisations sociales seront payées par l’employeur. Il y aura donc 2 tarifs différents pour les psychiatres publics et pour les libéraux (qui payent leurs cotisations sociales sur la base du secteur 2 pour ce type d’honoraires).

CNPP

Les travaux du CNPP ont repris sous la présidence de Marc Bétrémieux.

Le Pr Corruble est désormais la représentante des psychiatres à la CSI.

Question du financement des CNP, des cotisations à la FSM. Possibilité d’un financement par les médecins via la cotisation à l’Ordre des médecins notamment.

Discussion sur la possibilité de créer une société unifiée de la psychiatrie. Un des initiateurs du Collège de médecine générale est venu raconter cette expérience qui peut nous inspirer.

CNSM et comité de pilotage de la psychiatrie

La mise en place du CNSM pour une durée de 3 ans, présidé par Alain Ehrenberg, s’est faite avec un minimum de psychiatres. Le CNSM est constitué de 12 psychiatres parmi 110 participants à la dernière réunion, et travaille sur 4 thèmes :

- organisation des territoires
- santé mentale des jeunes présidé par J. Chambry, qui travaille surtout sur la mise en place du dispositif expérimental de prise en charge par des psychologues pour des jeunes en état de mal être, avec remboursement Sécurité sociale
- prévention du suicide
- articulation santé mentale/précarité, auquel participe le Dr Odier.

A cela s’ajoute un groupe transversal sur la prévention du suicide, dirigé par Pierre Thomas.

Un comité de pilotage de la psychiatrie a été mis en place, à la demande d'Yvan Halimi (conférence des présidents de CME des CHS), qui choisit les participants par cooptation, sans soucis de représentativité.

Tous ces travaux doivent être articulés avec ceux du Haut conseil de la famille et de l'enfance par exemple, et plusieurs autres commissions ministérielles.

DPC et participation à la FSM

DPC – L'ODPC PsySM tourne désormais au ralenti. Sa nouvelle présidente, Isa Linares, interpelle la FFP sur les conditions de la pérennité de cet ODPC.

Participation à la FSM – Marie-Christine Cabié est représentante du CNP de Psychiatrie au CA et a été élue au bureau de la FSM.

Groupe de contact avec les organisations professionnelles de psychologues

La FFP cherche à mettre en place un groupe de contact pour rencontrer les représentants des psychologues, faire un état des lieux, partager les inquiétudes sur la formation, défendre la place de la psychopathologie. Le groupe de travail est composé des Drs Isserlis, Fortineau, Odier, Winter.

“Coopérations interprofessionnelles” :

Action suscitée et financée par la DGS. Nous proposons de commencer par “l'articulation psychiatres/infirmiers dans les divers champs d'exercice de la psychiatrie” ;

le terme articulation est choisi pour ne pas engager la réflexion du côté de la “délégation de tâches”. Le risque de déqualification de la psychiatrie devra rester présent à l'esprit dans la réflexion et la rédaction. Un travail préalable devra définir les contours du projet. Les associations d'infirmiers seront sollicitées. C'est Bernard Odier qui coordonne ce travail avec Jean-Jacques Bonamour du Tartre.

Action mémorielle :

Jacques Fortineau et JP Catonne ont participé aux travaux pendant 18 mois pour préparer une journée solennelle en présence du Président de la République. Une plaque dont chaque mot a été discuté, rappelle la surmortalité des malades mentaux pendant la 2ème guerre mondiale.

En conclusion

Nous proposons de débattre de l'activité de la FFP, assez riche comme vous le voyez. Notez surtout que tout cela demande beaucoup de travail aux membres du Bureau, n'hésitez pas à venir renforcer notre équipe.

Élie Winter
Secrétaire Général

Le mot du rédacteur

Ce BIPP que vous tenez dans les mains est largement distribué : aux abonnés, aux adhérents de l'AFPEP – SNPP, aux futurs adhérents et à tous ceux qui ont la chance, provisoirement, de le recevoir gracieusement car, vous le savez, cela a un coût. Nous avons opté pour cette large diffusion dans un souci de mobilisation du maximum de forces vives parmi les professionnels de la psychiatrie privée, publique et médico-sociale. Comme vous pouvez le remarquer, afin de résoudre le problème du coût financier, nous avons inséré des annonces, mais en prenant soin qu'elles restent conformes à notre politique d'indépendance totale vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Malgré cela, le compte n'y est pas, donc nous invitons celles et ceux qui ne sont pas adhérents à l'AFPEP – SNPP ou abonnés au BIPP, à participer à nos actions et à nous aider dans ce financement.

Pour adhérer à l'AFPEP – SNPP, vous disposez d'un bulletin d'inscription dans le carnet central détachable. Pour celles et ceux qui souhaitent uniquement s'abonner au BIPP, il suffit d'adresser un chèque de 20 euros au

secrétariat (AFPEP – SNPP, 21 rue du Terrage, Paris 75010) afin de continuer à recevoir semestriellement le BIPP.

Je me permets d'insister sur l'importance de la participation active des jeunes psychiatres dont l'avenir dépend de leur engagement à défendre les spécificités et la diversité de leur exercice. Les aînés n'ont pas l'intention de lâcher la lutte pour préserver et défendre les fondamentaux d'une psychiatrie humaniste attachée à la qualité de la rencontre et du colloque singulier avec le patient, dans le souci de le soigner, non de se limiter à une position d'expert. Mais quel sens aurait une lutte de vieux sages – le sont-ils – si elle n'était pas en prise directe avec les jeunes générations ? À toutes fins utiles, j'insère en préambule du dossier spécial « *Y a-t-il encore une place pour la psychiatrie ?* », les fondamentaux que nous avons publiés dans le n° 158 de Psychiatries « *Être psychiatre aujourd'hui* ».

« Y a-t-il lieu de s'alarmer ? » demandent parfois les internes et les jeunes psychiatres quand nous décrivons les conditions d'exercice et les conditions d'accueil et

de soin des patients. La question est judicieuse car l'évolution est plus pernicieuse qu'il n'y paraît. Il ne s'agit pas que d'un manque de moyens, réel, mais d'un discrédit de plus en plus visible de notre profession. Il n'est que de voir ce qui se dit dans l'air du temps socio-médiatique, marqué par un déni de la psychopathologie et une dramatisation de la dangerosité de la folie. Pire, les politiques de santé mentale et leurs conséquences administratives substituent aux soins l'évaluation d'un handicap qui permet au patient de bénéficier d'une rééducation, et au passage, les psychiatres n'ont plus leur mot à dire. À quoi il faut ajouter la politique et les soins du bien-être articulés à une causalité séductrice et réductrice. Dans ce domaine, on ne manque pas de « ya qu'à-faut qu'on », de marchands de rêves, de recettes et de poudres de perlimpinpin. Pour preuve, la mésaventure qui vient de m'arriver : les éditions Leduc m'avaient commandé l'écriture d'un livre sur le recours créatif dans les situations existentielles. Lorsque j'ai envoyé le manuscrit, ils m'ont répondu que leurs lecteurs seraient effrayés par l'utilisation des mots « dépression », « angoisse » et par les situations proposées qui pourtant, n'étaient pas des plus dramatiques. Ils voulaient des recettes simples pour des situations banales, et ils ont préféré me payer sans publier le livre. Ce ne serait qu'anecdote si cette posture prescriptrice qui anticipe le supposé rejet d'un trouble relevant d'une éventuelle pathologie par le lecteur, n'était devenue une position commune aux éditeurs généralistes. Le lecteur lambda est donc pris en otage entre des ouvrages spécialisés qu'il ne comprend pas et une pléthore de livres de développement personnel et de recettes du bonheur trônant sur les têtes de gondole des gros libraires et des supermarchés. Il nous revient, me semble-t-il, la tâche de proposer à ces lecteurs et citoyens, curieux car souvent en souffrance au moment où ils cherchent un livre, une information de qualité sur les tenants et aboutissants des symptômes et des troubles auxquels il se confronte.

C'est pour cela qu'à chaque occasion, l'AFPEP – SNPP communique pour faire obstacle aux postures démagogiques et aux allégations mensongères des médias, du ministère de la santé et des instances censées définir les bonnes pratiques.

Lors de nos Journées Nationales de Lille dont vous trouverez le programme dans ce BIPP, il est prévu, comme à chaque fois, d'ouvrir au public la conférence inaugurale du jeudi soir et la table ronde du samedi après-midi, en y conviant les citoyens qui se sentent concernés par nos débats. Ce souci de communiquer ne relève ni d'une revendication identitaire, ni de la défense d'intérêts corporatistes. Il témoigne juste de notre volonté de maintenir une place légitime au soin psychiatrique et psychothérapique dans le temps de la rencontre avec le patient, attentif aux symptômes et à la souffrance psychiques sans déni ni banalisation.

Cette année, le thème de nos Journées Nationales, « *Le chaos* », pourrait en effrayer plus d'un, mais ce serait oublier que le chaos est promesse de réorganisation potentiellement libératrice. Nous le constatons dans notre pratique clinique, mais c'est aussi à l'œuvre dans la culture et dans le tissu social. À l'heure où nous publions ce BIPP, nous ne connaissons pas encore le résultat des élections présidentielles et législatives, mais il est sûr que certains choix peuvent nous mener à un chaos destructeur, tandis que d'autres pourraient conduire à une renaissance, en bousculant un système économique et politique qui n'a pas fait la preuve d'un réel respect de l'humain, ni de la planète qui l'accueille transitoirement.

Thierry Delcourt
*Rédacteur en chef du BIPP
et de la Revue Psychiatries*

Dossier : Y-a-t-il encore une place pour la psychiatrie ?

Charte de la psychiatrie

Branche antique et particulière de la médecine, la psychiatrie, discipline des professionnels qui opèrent dans le champ spécifique qui est le sien, se fonde tant sur la science médicale que sur l'art qui lui est propre.

Engagée dans la réalité sociale, la psychiatrie se doit éthiquement de préserver à tout prix l'individualité et l'originalité des personnes qui se confient ou lui sont confiées.

Indépendants des idéologies, l'art et les techniques psychiatriques prennent en compte la personne dans sa totalité, avec ses aspects biologiques, psychologiques, relationnels et institutionnels.

La psychiatrie vise ainsi à rétablir le malade dans son être et dans la vie.

A cet effet, un contrat se noue, tacite ou explicite, dont l'objet ne peut et ne doit être que l'intérêt du malade, en dehors de toute contrainte étrangère, publique ou privée.

Dans le respect de la règle hippocratique, l'éthique de chaque praticien assure à chaque malade : secret, information, assistance, et, si nécessaire, conseil.

Ce principe n'admet aucune exception. C'est dire que la psychiatrie refuse solennellement de cautionner toute pression extérieure menaçant l'intégrité physique ou mentale du malade, que celui-ci en ait ou non clairement conscience.

Elle œuvre à instaurer ou restaurer pour le malade un présent vivable et un devenir possible. Elle doit permettre au malade de trouver ou retrouver liberté, autonomie et responsabilité.

Les professionnels de la psychiatrie s'engagent solidairement à respecter et à faire respecter ces règles éthiques en tout temps et en tout lieu.

Élaborée le 26 octobre 1980 par l'AFPEP – SNPP

Manifeste de la psychiatrie libérale

La psychiatrie est la discipline médicale qui recouvre l'espace clinique de la souffrance psychique dans ses diverses expressions. Elle prend en compte l'homme dans sa globalité, corps et esprit, et sa subjectivité, son vécu et son histoire, au cœur de son réseau affectif et social.

Dans l'interaction du biologique et du relationnel, la psychiatrie considère un ensemble de causalités complexes et irréductibles aux seuls paramètres objectifs, quantifiables. De par son objet même, la pratique du psychiatre ne peut se satisfaire du modèle médical habituel, s'enfermer dans des normes supposées établies, encore moins se perdre dans certaines dérives scientistes actuelles. Elle s'attache en priorité à restituer au sujet souffrant sa liberté de vivre, d'aimer et d'établir un rapport au monde ouvert et créatif, inscrit dans le lien social.

L'histoire de la psychiatrie française depuis un demi-siècle s'est caractérisée par une lutte incessante contre l'enfermement et l'exclusion, une volonté obstinée de désaliénation.

L'essor de la psychiatrie libérale témoigne au premier chef de cette dynamique dont elle constitue l'un des instruments majeurs.

Le psychiatre, dans son exercice libéral, intervient précisément avec ses caractéristiques d'indépendance, d'autonomie, de responsabilité personnelle dans la décision et la mise en œuvre thérapeutiques, de confidentialité rigoureuse de la relation. Son intervention répond exclusivement à la demande du sujet qui garde à chaque étape la liberté de son choix et de sa démarche, dont le paiement à l'acte constitue l'une des garanties.

La disponibilité, l'implantation du psychiatre dans la cité et son accessibilité - y compris économique - facilitent l'élargissement et la précocité de la demande de soins, ce qui accroît d'autant l'efficacité de ceux-ci au regard des risques de décompensation, de perte d'autonomie et de désadaptation sociale.

Le psychiatre soigne avec ce qu'il est comme avec ce qu'il sait ; il s'est formé et continue à se former dans une inter-évaluation et une remise en question permanentes, librement consenties et organisées.

Confronté à l'originalité de chaque situation de souffrance dans la surprise répétée de la rencontre avec le patient, admettant l'existence d'un insu toujours à déchiffrer, le psychiatre doit préserver à chaque instant sa capacité d'innovation pour se maintenir au plus près de la réalité de chacun.

Prétendre l'enfermer dans des procédures standardisées et des modèles intangibles ne saurait que compromettre gravement les ressorts mêmes de son efficacité.

Nous, psychiatres libéraux, ne pouvons transiger sur ce qui fonde la qualité même de nos soins.

Texte établi le 10 avril 1995 par l'AFPEP – SNPP

Être psychiatre aujourd'hui des fondamentaux aux propositions concrètes

Les fondamentaux de l'AFPEP – SNPP

- *Une politique de santé* en permanence centrée sur le soin et sur la solidarité (l'assurance maladie doit garantir la protection sociale et permettre l'exercice des psychiatres privés en respectant les règles déontologiques inhérentes à notre pratique du soin)

- *Les conditions intangibles* d'un soin conforme à notre éthique et notre déontologie sont et resteront :

 L'indépendance professionnelle consubstantielle à une réelle responsabilité,

 La confidentialité et le strict respect du secret professionnel,

 Le respect du libre choix du psychiatre par le patient

- *La formation du psychiatre* est permanente ; elle repose sur :

 La formation initiale qui fait toute sa place à la psychopathologie, avec une ouverture sur les sciences humaines autant que les neurosciences, la relation soignante, les différents modes d'exercice et en particulier l'exercice privé.

 La formation continue qui se doit de rester strictement à l'initiative et sous la responsabilité des praticiens au fait de leur exercice spécifique.

- *Les modes d'exercice* des psychiatres privés constituent une richesse clinique et thérapeutique à condition de préserver leur diversité et leur adaptabilité aux situations et aux patients. L'AFPEP – SNPP affirme plus que jamais la nécessité de cette diversité et de la complémentarité des modes d'exercice dans l'organisation des soins en psychiatrie, sans avoir à jouer sous quelque forme que ce soit les supplétifs du service public.

- *Le cadre du soin* doit prendre en compte et respecter le temps nécessaire à la consultation, l'indispensable relation de confiance avec le patient, la disponibilité pour assurer la continuité de la prise en charge dans sa complexité ; ce qui nécessite un acte unique incompressible, indivisible et donc, substantiellement revalorisé pour ne pas altérer sa qualité, garante d'un soin efficace. Cette qualité garantit une réelle économie du coût de la santé.

- *La fonction soignante* constitue le cœur de notre exercice, et donc, il nous faut réaffirmer notre fonction première : le traitement de la souffrance psychique et des patients atteints de troubles psychiatriques, sans restriction du champ d'exercice.

 Nous affirmons notre refus de la réduction à une fonction expertale.

 Nous soulignons la prise en charge de files actives équivalentes de patients et de pathologies graves dans la pratique privée et dans le service public.

- *La spécificité de notre pratique* centrée sur la personne et sa souffrance psychique induit un acte où le diagnostic et le pronostic ne sont pas figés ni définitifs. Notre souci reste avant tout la prise en compte de la dimension évolutive du patient, de la complexité de sa problématique.

- *Le libre choix des techniques*, tant psychothérapeutiques que biologiques ou sociales. Le psychiatre ne peut se contenter des seules « données acquises de la science » ou de l'Evidence Based Medicine, qui représentent des données beaucoup trop partielles dans son champ d'intervention. Il prend en charge l'intégrité de la personne souffrante, alors que les neurosciences actuelles et les études sur les médicaments et les

comportements ne peuvent qu'apporter une vision partielle et réductrice. Les recommandations de la HAS, comme les travaux à vocation de publication dans les revues internationales à impact factor, ne sont qu'un outil et le praticien doit impérativement garder une totale indépendance dans sa pratique et décider en conscience des modalités de son intervention thérapeutique. Nous défendons une polyvalence des pratiques face à une demande de soins hétérogène.

Les empêchements

- *La prévalence des normes et des objectifs* fondés sur des critères comptables, prétendument scientifiques ou sécuritaires, tels qu'ils figurent dans les textes législatifs ou/et administratifs sur la santé et plus particulièrement sur la psychiatrie (loi HPST, loi du 05/07/11, Plan psychiatrie santé mentale, dispositions conventionnelles avec l'Assurance Maladie)
- *Le démantèlement progressif de la protection sociale* des patients qui freine ou entrave l'accès aux soins
- *L'insuffisance des moyens* dévolus à la psychiatrie
- *Les modalités du parcours de soins* qui pénalisent arbitrairement l'accès direct au-delà de l'âge de 26 ans
- *L'insuffisance démographique* et sa mauvaise répartition sur le territoire limitant la disponibilité des psychiatres et faisant obstacle à l'accès aux soins
- *La formation initiale* qui tend à réduire la part des sciences humaines et la dimension de la relation intersubjective, ajoutée à la méconnaissance du mode d'exercice privé chez les psychiatres au décours des études ou lors de stages d'internat
- *Le découragement à exercer en libéral* du fait des contraintes et tracasseries administratives et réglementaires portant atteinte au cadre du soin (cf. la télétransmission et les sanctions, les normes imposées pour les cabinets de consultation)...
- *La non-reconnaissance financière de l'acte* de consultation (la valeur du CNPsy a été considérablement dépréciée au fil des années)
- *L'orientation du Plan psychiatrie santé mentale* visant à restreindre le champ d'action des psychiatres en fonction des pathologies à traiter
- *L'aberration de la mise en place des soins ambulatoires* sans consentement par la loi du 05/07/11 et l'atteinte au secret professionnel et à la relation de confiance avec le patient, sa dérive sécuritaire incompatible avec toute déontologie médicale et psychiatrique
- *L'exigence d'une illusoire productivité* et ses redoutables effets
- *Les recommandations partiales et inconséquentes de l'HAS*
- *La dégradation des relations entre l'assurance maladie et les praticiens* : menaces de sanctions, aveuglement par rapport aux nécessités du soin, incitation aux conflits d'intérêt, non-respect de l'indépendance professionnelle,...

Les propositions de l'AFPEP – SNPP

- *Le retour à une démographie suffisante* et un aménagement du territoire favorisant une meilleure répartition des praticiens
- *Un accès direct aux soins* pour tous les patients, sans pénalisation
- *Une formation complète des internes* et psychiatres en formation comprenant une approche de l'exercice privé par les praticiens concernés (cours et stages chez le praticien)
- *Une revalorisation substantielle de l'acte de consultation*
- *Un réel partenariat avec l'assurance maladie* qui soit respectueux des praticiens: refus de principe des sanctions, des conflits d'intérêt, des protocoles figés et de l'homogénéisation des pratiques, refus du paiement à la performance
- *Une récusation des soins ambulatoires sans consentement* et du glissement vers une fonction sécuritaire
- *Un assouplissement des normes « handicapés »* qui ne doivent pas être utilisées pour fermer les cabinets de consultation déjà existants
- *La garantie d'un cadre de soin qui préserve absolument l'indépendance professionnelle* et la stricte confidentialité.

Pour conclure

Si nous réaffirmons encore et toujours ces fondamentaux dans les conditions de notre exercice de psychiatre privé, c'est autant pour préserver un soin de qualité à nos patients que pour aider nos tutelles à penser et à réfléchir avec nous plutôt que contre, dans un retour vers un respect mutuel plutôt que dans l'accentuation d'une défiance.

Nous sommes à même d'assurer un soin de qualité dans une économie de moyens à condition que cet exercice ne soit pas entravé. L'AFPEP – SNPP poursuit indéfectiblement ce but d'une qualité de soin dans le respect de la personne, en n'omettant aucun des points édictés dans la charte de la psychiatrie et dans le manifeste de la psychiatrie libérale.

Cela doit nous permettre de continuer à être psychiatres, aujourd'hui comme hier et demain.

**Texte rédigé en 2012 par
P. Charbit, Th. Delcourt, J. Légaut,
M. Marchand, E. Winter**

Quid du psychiatre

Depuis longtemps déjà le psychiatre dérange. Aussi fou que les patients, empêcheur de penser en rond, coupeur de cheveux en quatre dit on... Ce qui dérange on le met de côté. Dans un monde hyper normé, transparent, sécurisé où le risque doit être éliminé et la culture du bien être développée, de nombreuses « thérapies de bien-être se développent » et les divers coachs, thérapeutes de tout poil font florès (méditation pleine conscience, EMDR,...).

Le mal être, la santé mentale et la souffrance psychique ne sont plus l'apanage du psychiatre. Au contraire ! Les psychologues, médecins généralistes, médecins scolaires, psychologues scolaires, sociologues sont mis en avant. En ce qui concerne la santé mentale de l'adolescent n'est-ce pas ce qui est expérimenté ? « Les expérimentations peuvent être menées à partir du 1/01/2017 et pour une durée de 4 ans afin d'améliorer la prise en charge et le suivi des jeunes de 6 à 21 ans chez lesquels un médecin notamment un médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre, ou psychologue scolaire a évalué une souffrance psychique. Dans le cadre de ces expérimentations qui devraient concerner 1500 jeunes, des médecins ou psychologues scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille. Ces consultations donneront lieu à un financement forfaitaire etc. ».

Où est le psychiatre ? N'est-il plus concerné par la souffrance psychique ? Que recouvre ce mot ? Comment évaluer ce qu'il en est de cette souffrance surtout à ces âges de la vie ! Nous savons que les crises à l'adolescence sont souvent banales mais peuvent aussi masquer une pathologie plus sérieuse. La formation des psychiatres et leur expérience permet de repérer les signes alarmistes et de pouvoir débiter un suivi. Les psychologues, de par leur formation, ont certes une compétence mais à mon avis elles ne remplacent pas le travail du psychiatre !

Comment le généraliste, le médecin scolaire et les psychologues scolaires qui ont par ailleurs si peu de moyens, sont-ils à même de dépister les maladies psychiatriques qui se traduisent le plus souvent à ces âges par un mal être ?

Pour avoir travaillé dans une clinique pour adolescents avec des psychologues d'orientation différente, j'ai apprécié la richesse des échanges que nous avons eus et le travail avec les patients que nous avons menés ; mais jamais un suivi n'a été entrepris sans un suivi avec le psychiatre. Alors, que signifie cette mise à l'écart ?

L'autisme ne serait qu'une « maladie neurologique », prétendent certains ! Là encore exit du psychiatre. Les maladies psychiatriques deviennent handicap gelant toute idée d'une évolution. (Je ne nie pas que certaines handicapsent la vie du sujet).

Lors du Conseil National de Santé Mentale, il est mentionné que les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de la psychiatrie et relèvent des problèmes de vie sociale. Certes les personnes souffrant de troubles psychiques rencontrent plus de difficultés dans leur vie sociale et la société ne leur réserve pas toujours – et même rarement – un bon accueil. Mais quel est le *primum novens* ?

Ne pas négliger le social est fondamental. Dans le numéro de Novembre 2016 de *Carnet Psy* intitulé « la psychiatrie survivra-t-elle au néolibéralisme », Maurice Corcos dans un article « la modernité du mal » recense les causes qui génèrent la précarité de la santé mentale. Parmi elles, il cite les facteurs d'environnement dont une enfance adverse, mais aussi l'isolement et l'exclusion sociale avec la misère économique, le défaut d'éducation car « éduquer l'enfant puis l'adolescent c'est-à-dire l'attirer à l'extérieur de son univers pulsionnel, tout en maintenant vivante sa vitalité, permet de lui offrir l'exercice et l'ambition d'autres buts et d'autres tâches que ceux de détruire ». Il y ajoute la guerre, les tortures et l'exil. Pour lui, dans le monde néolibéral où ne comptent que les rapports marchands, tout idéal est considéré avec mépris. Les idéaux, c'est ce qui constitue le tissu, l'étoffe de pensée liante d'une société. Or la société néolibérale ne traite plus bien les plus démunis. Nombre de malades mentaux se retrouvent en prison, et personne ne bronche. Ce silence est plus délétère que la barbarie. L'absence de prévention contribue à augmenter le nombre de malades mentaux. Les systèmes médiatiques stigmatisent les malades mentaux qui dérangent de par l'absence de contrôle, l'effroi et la peur qu'ils génèrent.

Les grilles et les classifications éloignent les soignants des malades. La souffrance n'est plus partagée. Car dans ce monde où le bien-être devient une valeur, il faut éliminer ce qui fait désordre. Les comportements se doivent d'être adaptés, normés et tout trouble du comportement doit être contenu, réduit, voire puni. On ne cherche plus à en saisir le sens. Or, ces troubles du comportement peuvent aussi être générés par les soignants, les règles de sécurité et de gestion des risques. On ne soigne plus, on gère !

Les réductions de budget diminuent le nombre de psychiatres. Cette réduction, cette élimination, éradiquera-t-elle les maladies mentales ? Celles-ci

ne deviendront-elles que trouble du comportement qu'il s'agira de normaliser, ou que des maladies neurogénétiobiologiques ?

Le psychiatre n'aura-t-il comme rôle que de réguler et sécuriser l'ordre social ?

L'avènement des nouvelles technologies (imagerie, biologie, génétique) suggèrent une origine somatique aux désordres psychiatriques en contradiction avec la santé mentale qui fait une large place à la société et aux relations sociales. La réalité virtuelle vient au service de la santé et annonce une technologie de pointe pour traiter les troubles anxieux, les phobies, les addictions, les troubles du comportement alimentaire, apporter relaxation et bien-être ! Le soin devient l'objet de la marchandisation !

La psychiatrie hospitalière va mal. Dans un récent article du quotidien du médecin dont le titre est : « en souffrance, la psychiatrie fait sa mue », le malaise de la psychiatrie est abordé. Et si le manque de moyens est évoqué, il est écrit « qu'aborder la psychiatrie uniquement par le prisme de la contrainte serait occulter la lame de fond qui travaille une discipline confrontée à une demande sociétale de plus en plus forte. (Burn out, prise en charge des victimes d'attentats en passant par la recherche du bien-être ». Et plus loin : « pour compliquer l'affaire, les psychiatres doivent s'appropriier les changements apportés par la loi santé du 26 janvier 2016, à commencer par la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec la crainte pour 75 % des structures rattachées à des GHT polyvalents que la psychiatrie soit une variable d'ajustement. « Sans compter le tricotage administratif chronophage » qui éloigne du soin donné au patient. La pensée médicale de l'accompagnement du malade mental a perdu de son importance dans le rapport entre la technobureaucratie et les soignants qui accompagnent les malades mentaux dans leur quotidien.

Pour Pierre Thomas, professeur à l'université de Lille, le vrai changement c'est pour la psychiatrie qui travaillait seule, d'apprendre à travailler avec d'autres cultures. « Il y a la crainte d'y laisser son identité certes, mais nous devons revenir sur une organisation à l'ancienne marquée par la polyvalence où le psychiatre fait tout, tout seul, dans un lieu fermé ».

Et la psychiatrie libérale ? Jamais mentionnée... n'aurait-elle pas sa place ? Comment survivre dans ce contexte ? Comment s'inscrire dans ce parcours de soins en gardant la confidentialité sans dilution de l'information et en préservant le colloque singulier avec le patient dans une continuité rassurante pour le patient ? Car c'est bien la spécificité de la psychiatrie libérale qui s'inscrit dans le maillage du soin en

psychiatrie, non dans une compétitivité où les budgets alloués aux uns diminueraient ceux de l'autre, mais dans une complémentarité.

Je lisais récemment dans le Nouvel Observateur, un article de Nicolas Colin sur « chômage et formation : sortir des idées reçues ». Il écrit : « Contrairement aux idées reçues, les technologies numériques abaissent plus qu'elles n'élèvent le besoin en qualification : elles permettent à des travailleurs plus nombreux et moins qualifiés de rendre un service de qualité de manière plus productive sur un marché plus large. Grâce à elles, on pourrait théoriquement remplacer des médecins par des infirmiers etc. ». Cela s'appliquerait aussi aux psychiatres ? Et le transfert avec ses vicissitudes, ses difficultés mais qui est à la base de tout travail en psychiatrie (du moins celle qui a été traversée par la psychanalyse) ? En ferait-on fi, laissant les algorithmes décider de ce qu'il en est du sujet ?

Comment s'y retrouver dans ce chaos, ce foisonnement d'idées plus ou moins contradictoires, pour certaines qui relèvent d'une vraie ouverture, d'autres qui s'avèrent surtout commerciales. Est-il une richesse ou annonce-t-il la fin d'une certaine psychiatrie, voire de la psychiatrie ?

C'est aux psychiatres de réagir, de ne pas rester dans le silence, s'ils ne veulent pas être réduits à une place d'expert sans rôle soignant ou de régulateur de la société. Travailler avec d'autres spécialités, oui, mais garder sa place et son savoir-faire !

Malgré les diversités, ce qui unit les psychiatres ce sont les souffrances psychiques, la maladie mentale, l'accueil et l'accompagnement des patients. Il est urgent de réfléchir à des pistes de travail et de ne pas opposer les divers modes d'exercices (public, privé, neurosciences, psychothérapies). Le développement psychoaffectif du sujet n'exclut pas l'approche par les neurosciences. Pour supporter la souffrance psychique, les groupes de supervisions, groupes de paroles sont d'une importance capitale. Ils permettent au transfert de s'élaborer afin d'éviter que les phénomènes d'identification projective ne viennent affecter trop lourdement le soignant.

Nous débattons aussi de ce sujet lors des Journées Nationales de Lille.

Catherine Goudemand-Joubert

Quelle place pour la psychiatrie à l'heure du Conseil National de Santé Mentale ?

« Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a installé ce matin le Conseil national de la santé mentale. L'objectif principal de cette instance, qui rassemble les principaux acteurs impliqués dans ce champ, est de développer une approche globale et transversale des enjeux de la santé mentale, pour mieux prévenir les troubles psychiques et psychiatriques et mieux accompagner ceux qui en souffrent.

Présidé par Alain Ehrenberg, sociologue, chercheur au CNRS, le Conseil national de la santé mentale veillera à la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social, logement, insertion professionnelle, etc.). Il favorisera la complémentarité des professionnels intervenant dans le parcours de prise en charge des patients. Quatre axes de réflexion prioritaires ont été fixés par la ministre : – le bien-être des enfants et des jeunes ; – la prévention du suicide ; – le suivi des personnes en situation de grande précarité ; – l'élaboration d'outils pour faciliter la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé. Les travaux du Conseil national de la santé mentale s'articuleront avec ceux des instances déjà existantes, notamment l'Observatoire national du suicide, le Comité de pilotage du handicap psychique, le Comité de suivi du plan autisme, ou bien encore le Comité de pilotage dédié à la psychiatrie. Ce dernier sera prochainement mis en place sous la présidence du docteur Yvan Halimi, pour répondre aux besoins spécifiques du secteur.

La ministre a rappelé, à cette occasion, les ambitions du Gouvernement concernant la santé mentale et les avancées importantes permises par la loi de modernisation de notre système de santé, qu'il s'agisse des projets territoriaux de santé mentale, des communautés psychiatriques de territoires ou encore du dispositif d'orientation permanent.

Cette collaboration entre des acteurs de différents horizons est indispensable pour progresser en matière de santé mentale. Ce sont des enjeux transversaux particulièrement complexes. Avec le Conseil national de la santé mentale, nous regroupons nos compétences, nous unissons nos forces, pour améliorer les réponses aux besoins de la population, au cœur des territoires, et garantir à tous les patients des parcours de soins, de réhabilitation et d'accompagnement sans rupture, a déclaré la ministre ».

Ainsi était annoncée, le 10 octobre 2016 la mise en place du CNSM. On cherchera presque en vain la mention de la psychiatrie dans ce communiqué pur exemple de langage managérial. Ce nouveau comité Théodule s'inscrit bien sûr dans le cadre de la loi dite de modernisation de la santé dont nous avons abondamment dénoncé les conséquences (introduction du TP, ouverture des données de santé dite open data entre autres).

On y retrouve sans chercher la sémantique du bien-être chère aux tenants de la santé mentale positive (pour un peu, on nous rappellerait la notion de Bonheur intérieur brut ou d'indice de développement humain chères au prix Nobel d'économie Amartya Sen sur le discours duquel se fondait en grande partie le rapport « la santé mentale positive l'affaire de tous » que nous avons déjà largement commenté). On trouvera, comme par hasard, une longue présentation de ce concept sur le site de la Mutualité Française. (<http://www.prioritesantemutualiste.fr/psm/sante-mentale-et-bien-etre/504582/qu-est-ce-que-la-sante-mentale-positive>).

Alors que sous la houlette du premier ministre de l'époque, on déniait la place de la sociologie dans l'analyse des phénomènes djihadistes pour mieux justifier le tout sécuritaire, on en appelle quasi uniquement à la sociologie quand il s'agit de réfléchir à la santé mentale.

Le discours d'Alain Ehrenberg lors de cette mise en place est suffisamment éclairant pour qu'on le reprenne en partie ici :

« La santé mentale apparaît comme la condition de la bonne socialisation de chacun. Tout cela constitue une nouvelle donne. Parallèlement, nous avons assisté à une inflexion générale des idées et des valeurs en matière de prises en charge, traitements et accompagnements. Ce changement, qualifions-le de changement dans l'esprit du soin. Il est devenu éclatant avec la montée en puissance des problématiques capacitaires, tout particulièrement celles portées par la réhabilitation et le rétablissement. Leur but central est de permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et durables de surmonter leur handicap psychique et de développer leurs capacités le plus largement possible. Avec ce changement, les métiers et les pratiques ont connu des recompositions parfois dramatiques et suscité toutes sortes de tensions et de frustrations. Les enjeux des capacités et des métiers, qui intéressent tous les acteurs, sont peut-être un des thèmes sur lesquels le Conseil devra apporter une clarification.

Face à ce nouvel esprit du soin, comme devant tant d'autres sujets, la société française semble très divisée (pensons aux multiples « guerres des psys »), et le sens de l'action publique n'apparaît pas clairement ».

On connaît de longue date les thèses adaptatives d'Ehrenberg (cf. « La fatigue d'être soi » paru en 2008 ou la dépression est présentée comme un défaut d'adaptation aux nouvelles données sociales, sans remettre véritablement celles-ci en question, ni le marché qu'elle représente pour l'industrie...).

Ce Conseil (avec la sempiternelle supercherie d'user du terme de Conseil National renvoyant bien sûr au Conseil National de la Résistance) censé regrouper les « différents acteurs » du champ concerné continue, malgré nos sollicitations à ignorer notre existence et nous n'y sommes pas invités.

Devons-nous vraiment le déplorer ? Nous fûmes quelques-uns à assister au débat public « *Le dialogue entre sociologie et psychiatrie est-il suffisamment bon ?* » le vendredi 17 mars en présence de différents experts, psychiatres et sociologues, en l'occurrence Alain

Ehrenberg et Xavier Briffault (n'hésitant pas à affirmer que le sociologue avait sa place auprès des patients !). Il m'a semblé que les confrères en tribune n'avaient pas pris la bonne mesure de ce qui nous arrive, les sociologues se présentant comme représentants d'une science unique non traversée de controverses et débats houleux mais disant le vrai du vrai.

Quelle place pour la psychiatrie dans ce dialogue de sourds ?

Quelle place pour la psychiatrie à l'heure du déni de l'inconscient et des spécificités du psychisme humain non réductible à des hypothèses naturalistes et hygiénistes ?

Nous savons en tout cas quelle place accorder à la parole de nos patients et il se pourrait à ce compte-là que la place de la psychiatrie reste cantonnée à nos cabinets, lieux d'accueil encore (un peu et pour combien de temps) protégés du rouleau compresseur normatif et adaptatif.

Françoise Labes

Soyons positifs, méditons en pleine conscience sur la voie territoriale du bien-être et de la santé mentale et sexuelle...

Nous sommes, semble-t-il, à l'aube d'une ère nouvelle : il apparaît de plus en plus clairement qu'une certaine psychiatrie est à l'agonie, du moins celle qui avait foi dans la psychopathologie et dans la pertinence et la force d'un soin psychothérapique intégré à l'acte du médecin-psychiatre, et respectueux de la temporalité psychique du sujet.

Place aux bonnes pratiques, à l'innovation, à l'e-santé, aux applications aptes à détecter tout ce qui ne bouge pas dans le bon sens...

Et les pouvoirs publics ne prennent guère de gants pour nous faire sentir que les psychiatres que nous avons été et que nous sommes encore sont désormais obsolètes, en particulier les libéraux, soigneusement évincés des dernières créations de notre ministère de tutelle, à savoir le Conseil National de Santé Mentale, puis le Comité de Pilotage de la Psychiatrie.

Même la HAS s'y met, en réfutant la présence au sein de ses instances dirigeantes des médecins libéraux, comme des représentants des usagers, d'ailleurs. La science officielle d'état n'aurait-elle besoin de nous que comme caution sporadique dans le processus de production industrielle des recommandations en

tout genre, dont on mesure chaque jour un peu plus combien elles constituent des armes qui sont volontiers retournées contre les praticiens ?

En tout cas, un certain « centralisme démocratique » semble à l'œuvre, qui privilégie nettement le premier terme à l'adjectif qui le suit, et on n'est pas très loin de la doctrine du parti unique appliquée dans un climat d'arbitraire assumé : aucune réponse tangible n'a fait retour après nos courriers de protestation, le CNSM s'est fait sans nous, avec juste une petite minorité de psychiatres, et tous les arbitrages semblent déjà arrêtés, tandis que se multiplient les réglementations de tout ordre et les insuffisances de financement...

Mais après tout, faut-il s'en plaindre ?

Car à y regarder de plus près, on peut également se sentir soulagés de ne pas avoir à être compromis dans une entreprise qui comporte, en elle-même, le germe de la négation de notre métier : notre tâche consiste avant tout à comprendre et si possible à soulager la souffrance psychique, qu'elle soit liée ou pas à une maladie, à partir d'une psychopathologie toujours questionnée et d'une position thérapeutique adaptée à chaque sujet.

Qu'aurions-nous à faire et à dire, s'il nous était proposé de nous mêler à des domaines aux contours aussi indéterminés que ceux du « bien-être », de la « santé mentale » ou plus récemment encore, celui de la « santé sexuelle » ? Chacun de ces termes comporte son lot d'indéfinition et de pervertissement des réalités concernées, au nom d'un grand ordre nouveau dans lequel la puissance politique aurait des attentions de mère à l'égard des citoyens, qu'elle aurait à cœur de mener à la santé et l'autonomie grâce au traitement médico-social immédiat, tant du mal-être que des MST...

On ne pourra cependant pas s'empêcher de pointer le contraste entre la réalité d'une exigence de plus en plus pesante pour les citoyens en question, sommés de s'adapter toujours plus aux besoins de l'Entreprise, et ce discours lénifiant d'un projet de prise en charge, sociale avant tout, des effets de désintégration induits : autrement dit, je t'écrase, mais je te soigne (brièvement, cependant, car ça coûte trop cher, à la fin...), et le « territoire » est le nouveau nom de l'Eden d'une « offre de soins » bien rationnée.

Toutes raisons de rester positifs, ou de le redevenir rapidement...

Reste qu'au moment où nous avons l'opportunité d'accéder à nouveau à certaines responsabilités, notamment à la Fédération Française de Psychiatrie, dont j'ai l'honneur et la redoutable charge d'assumer la présidence pour deux ans, en tant que représentant des psychiatres libéraux au nom de l'AFPEP – SNPP,

la question se pose du juste positionnement qu'il nous faut observer, tant l'écart semble inexorablement se creuser entre nos convictions de thérapeute et les mystifications contemporaines au fort goût de lien social frelaté.

Nous avons été récemment interpellés sur les attentes des psychiatres pour le prochain quinquennat ; mais pouvons-nous encore espérer nous faire entendre, que faudrait-il faire entendre, à une époque où un certain populisme sévit aussi au cœur de certains ministères, n'hésitant pas à disqualifier les professionnels au profit d'usagers élevés désormais au rang d'experts, à l'heure où les comptables et les marchands couvrent toute parole d'un tel vacarme ?

On peut certes continuer à « jouer le jeu » de la concertation bien policée, au risque de mêler coopération et collaboration, mais la nécessité d'une stratégie collective élaborée se fait de plus en plus pressante : il semblerait que les différentes organisations fédératives soient de plus en plus conscientes de la nécessité d'opposer un front uni à cette maltraitance galopante des psychiatres.

Reste à espérer que la tendance contemporaine à un individualisme forcené ne fera pas trop entrave à cette perspective, et que les confrères ne se laisseront pas trop charmer par les sirènes d'une psychiatrie soi-disant moderne, à base d'appli Smartphone et de thérapie brève...

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Soigner la folie et l'angoisse, la science n'y suffit pas !

Pourquoi cet aphorisme provocateur si ce n'est pour insister encore et encore sur l'articulation science/ psychothérapie entre acte et parole, entre objectivation médicale et intersubjectivité...

Notre acte psychiatrique est complexe. Le moindre geste peut faire sens et signe sans même que nous en mesurions la portée. Vous savez que tout est dit et senti, parfois, dès le premier instant de la rencontre et la première minute d'entretien, par une intonation, un regard, un rictus, une poignée de main fuyante, un tic de langage, sans parler des lapsus.

Parfois aussi, tout est dit pour le patient, surtout pour celui qui est à l'affût du moindre signe, celui qui tente de s'inscrire dans une quête du sens, et pas seulement pour le paranoïaque ou le schizophrène. C'est là qu'un transfert en souffrance, dans son antériorité, va se cristalliser, et donc infléchir la rencontre

psychothérapique dans un espace sensible, un moment pathique, et ainsi dessiner la force et l'efficacité thérapeutique. Celle-ci ne se mesure pas en quantité, ni en s'armant d'une référence figée dans la rationalité d'un acte psychiatrique précablé.

La pénétrance du signifiant, sa résonance, le geste qui fait signe dans sa dimension archaïque prélangagière, voilà avec quoi nous travaillons aussi, que nous en ayons conscience ou non, que nous en utilisions la forme ou non. Notre « démarche qualité » passe par la rencontre, et donc par la présence sue et insue qui fait notre style. Et le style, ça se travaille... Non pas dans un décryptage à la sauce P.N.L. ou autre, prisé par les communicants, mais dans le travail du transfert qui met en relation le moindre geste et la parole naissante. Il est, me semble-t-il, très important dans l'après-coup, de noter littéralement les premiers mots du patient, mais

aussi les nôtres, et le style de notre accueil : comment nous introduisons le propos, la rencontre... afin de retravailler ensuite nos fermetures, nos résistances, qui, à l'instar de l'acte manqué-réussi, ont pu mettre en échec ce qui avait à se dire, ce qui aurait pu se dire si nous n'avions pas été maladroits et sourds.

La phénoménologie permet cette approche clinique fine en s'appuyant :

**Sur un dire singulier, dont l'écoute ne va pas de soi.*

**Sur l'existence d'un corps du dire ; c'est une dimension fondamentale en phénoménologie : le patient a/est un corps qui participe de sa souffrance et qui parle : un corps souffrant et le style de sa présence, mais aussi un certain rapport au monde par sa sensorialité, son espace propre. C'est le fameux espace transitionnel winnicottien qui devient un espace thérapeutique avec sa bonne distance à respecter, c'est-à-dire l'intuition d'une distance ajustée entre la proximité de l'espace entre-deux ou au contraire la nécessité d'une distance plus que respectable.*

**Sur le rythme, le style, la temporalité, des concepts très peu utilisés dans nos pratiques, qui pourtant constituent des repères essentiels et inscrivent nécessairement le symptôme dans un certain être au monde. (cf. l'approche de la psychose maniaco-dépressive par Binswanger et Tellenbach à partir du rythme : voix – corps – présence).*

**Sur le style encore moins utilisé dans nos pratiques, et même considéré futile, esthétique. Pourtant l'esthétique au sens de la présence au Monde est une dimension essentielle pour exister et une voie pour se dégager de la souffrance. Le style, c'est la présence, l'espace, le rapport à l'autre, aux choses et au Monde.*

**Sur la temporalité : on sait par exemple, pour la psychose maniaco-dépressive, l'importance du temps, par son rapport à la mort, mais pas seulement. La condition pour exister est de se savoir un temps, si possible indéfini ; et chacun va établir un rapport singulier au temps fait d'aveuglement, de négociation obsessionnelle, de pacte biaisé, jusqu'à cette sagesse – mais existe-t-elle ? – qui accepte ce temps compté et permet une temporalité apaisée. Cette approche de la temporalité avec nos patients est essentielle.*

**Sur la rencontre : c'est un excellent exercice pour nous dans la pratique quotidienne de tenter de s'athéoriser, non pas au sens DSM, mais d'écarter nos mécanismes quasi automatiques de lecture des symptômes et des pathologies, et d'une forme de décryptage. Où est la crypte ? Elle est parfois du côté du savoir qui ferme avant même d'avoir entendu la singularité. Le fait de tenter de ne pas se saisir trop vite de concepts opératoires (psychanalytique, cognitif, neurologique...) permet de s'ouvrir à une vraie rencontre avec le patient, à la sentir jusqu'à accepter qu'il dérange nos*

pensées plus ou moins bien rangées et armées. La vraie rencontre oblige à penser, à déconstruire, puis retravailler les concepts jusqu'à les inventer.

Cette référence à la phénoménologie n'impose aucunement d'adhérer à sa conceptualisation complexe, d'autant que celle-ci, prise entre les conceptions mécanistes psychiatriques et la dictature de la pensée psychanalytique, n'a pas l'atout d'une lisibilité aisée. Mais elle peut enrichir et questionner par l'étayage clinique qu'elle propose.

Petit exemple concret, le cas Suzanne Urban de Ludwig Binswanger, un extrait :

« J'allai chez le médecin avec mon mari et j'attendis dans une salle d'attente : j'entendais en tremblant et en pleurant ces terribles gémissements. Le médecin lui dit qu'il avait à la vessie une petite lésion, mais il me fit en lui tournant le dos une mine si épouvantablement dénuée d'espoir que tout mon corps se raidit et que j'ouvris la bouche d'effroi ; alors le médecin me prit la main très vite pour me faire signe de ne rien montrer de ce que je ressentais ».

Le commentaire qu'en a fait H. Maldiney :

« Cette scène primitive est au départ de la schizophrénie de Suzanne Urban. Elle est marquée par deux traits : l'effroyable mimique et le blocage du cri. C'est de retour chez elle, trois mois après la scène bouleversante que le délire a subverti l'existence de Suzanne Urban »...

« Ce moment exprime la métamorphose de l'existence qui constitue l'unique événement qui a mis fin à tous les autres. Dans la psychose il n'y a plus d'événements »...

« Quand elle a ce pouvoir fascinateur éprouvé par Suzanne Urban, l'expression est le monde. Elle s'impose dans une proximité absolue, comme celle d'un visage aperçu, la nuit, collé contre la vitre, annulant tout l'espace de la pièce, et dont l'expression sans distance est sur nous ».

Cette forme d'approche phénoménologique permet de ne pas se saisir trop vite des concepts psychanalytiques. On peut en retenir qu'il y a bien eu un événement, un véritable chaos à partir et autour duquel tout va se réorganiser dans la construction dépressive-délinante de Suzanne. Cet événement n'est pas lié directement au risque de mort du mari, mais avant tout à l'effroyable mimique, un dire non-dit, et au blocage du cri, interdit, soit l'innommable.

C'est bien là une figure du Réel qui envahit Suzanne Urban. L'expression est le monde : c'est à partir de la proximité du Réel au moment du désastre qui ne peut pas se dire, que Suzanne Urban va élaborer son délire, une façon de ne pas dire, tout en cherchant à se faire dire par le monde, qu'elle hallucine et qu'elle interprète. Mais le moment inaugural de sa catastrophe existentielle est l'effroi. Cela permet de cerner un peu plus cet innommable : il faut aller chercher le moment inaugural et l'inscrire dans la métamorphose du sujet.

Quelle que soit notre « offre de soin », biologique, psychothérapique ou psychanalytique, cette première approche clinique permet, dans la rencontre avec le patient, de ne pas obérer nos potentialités thérapeutiques.

Thierry Delcourt

Bibliographie :

Binswanger L., *Délire*, Grenoble : Millon, coll. Krisis, 2010.

Maldiney H., *Penser l'homme et la folie*, Grenoble : Millon, coll. Krisis, 1991.

Tellenbach H., *La mélancolie*, Paris : PUF, 1979.

Pour une place de la psychiatrie

De nombreux éléments nous incitent à penser que la place de la psychiatrie telle que nous l'avons connue jusqu'à maintenant serait, si ce n'est perdue, du moins en train de se perdre.

Plus qu'à une place pour la psychiatrie, c'est à une place de la psychiatrie que je pense. Une place faite avant tout par celles et ceux qui se pensent psychiatres et soignants en psychiatrie ; la place que prennent, dans la société, dans la médecine, dans la pensée commune, les conceptualisations et pratiques de ces acteurs. Ceci nécessite que la possibilité de le faire leur soit laissée.

Y a-t-il encore une place pour la psychiatrie ? Le terme « encore » est équivoque : si l'on retient la connotation de passé, la réponse sera négative : la psychiatrie, chose vivante, ne peut (ni ne doit) rester toujours à l'identique, et la place qui lui sera faite demain ne pourra pas être la même que celle d'hier. Si l'on s'intéresse à la connotation d'avenir, même si l'on n'a pas une idée précise des formes qui seront les siennes, la réponse doit être positive ; les psychiatres et autres soignants d'aujourd'hui et de demain ont à faire, c'est-à-dire refaire, cette place, autrement que ce qu'elle a été jusqu'à aujourd'hui, bien qu'en relation de transmission avec ce que nos aînés ont construit.

Car cette place ne peut être construite qu'à la mesure du contexte de l'époque dans laquelle nous tentons de la penser. Jamais dans l'histoire de la pensée il n'y a eu de place préalablement délimitée, afin que le couple folie-psychiatrie puisse se développer à son propre rythme. Cela signifie que c'est l'affaire de tous, pas seulement de quelques-unes et quelques-uns plus « engagés » que les autres.

La psychiatrie telle que nous l'avons connue jusqu'à récemment est en voie de disparition car les conceptions actuellement dominantes lui refusent son statut de spécialité médicale à part. Ceci sous la poussée formidablement efficace de la neurologie bio-comportementaliste, telle que thématisée dernièrement dans la cinquième version du DSM.

Dans la mesure où le niveau de la causalité effective (le mode opératoire) est considéré comme suffisamment explicatif, la folie est exclue du champ d'investigation

puisqu'exclue conceptuellement à la base. On parle plus volontiers maintenant de carence ou excès de neurotransmetteurs, de comportements, que de significations ; la perte d'intérêt pour le sens et les significations de la déraison va de pair avec une certaine lecture scientifique du fonctionnement organique.

Les particularités des orientations symptomatiques des malades et des choix de réponses des soignants s'en trouvent laminées, empêchées à la source. Je constate, comme nombre d'entre nous, cette tendance lors de mes rencontres avec des collègues ; entre autres dans le domaine des addictions où la neurobiologie devient le discours de référence, considérant que, comme j'ai pu l'entendre récemment « *l'addiction est définitivement une pathologie cérébrale chronique* » (sic). Cette pathologie étant elle-même conçue uniquement comme « *une cascade de sensibilisation de neurotransmetteurs, agissant sur l'expression de certains gènes codant pour la fabrication de certaines protéines, entraînant des modifications dans le développement de certaines synapses* ». À partir de cela les traitements, forcément médicamenteux assortis d'un conditionnement plus ou moins subtil, sont conçus en termes d'efficacité en fonction des points d'impact au niveau de cette dite « cascade ».

L'espace pour cette psychiatrie fondée sur les échanges entre corps et psyché (et non sur une domination de l'un(e) par l'autre) est difficile à maintenir face à la pression de la logique gestionnaire qui veut calquer le destin de ceux dont elle prétend s'occuper sur le principe de la rentabilité financière. Or la psychiatrie est une discipline de l'impuissance, née de l'impuissance à comprendre et agir totalement sur la vie de ceux qui viennent nous demander secours. Discipline car tendant à maintenir par principe, du moins c'est ainsi que je le conçois, la position d'acteur pour tous les protagonistes, donc aussi les malades. C'est-à-dire une discipline qui module ses réponses en réservant toujours, par principe également, une place à l'expression de la subjectivité de la personne en difficulté. Donc un exercice orienté vers un futur au contenu non entièrement définissable au préalable, pas seulement centré sur un avenir très proche et programmable.

Les dérives totalitaires utilisant le savoir psychiatrique et le savoir-faire de certains psychiatres sont un dévoiement, toujours possible, de cette discipline ; elles n'en représentent pas l'essence. La neurologie scientifique, pour ne pas dire scientifique, dont le projet est d'expliquer *totalemment* les phénomènes même si elle ne le peut pas actuellement, prétend prendre cette place jusqu'alors tenue par la psychiatrie. Au prix de faire courir le risque d'un escamotage de l'existence du sujet, comme je l'ai entendu dire par un confrère professeur d'université à propos de la dépendance aux opiacés, parlant de « *ceux qui n'arrivent pas à quitter ce comportement d'injection* » (sic) ; il indiquait ainsi penser qu'un comportement peut exister indépendamment de celui qui l'agit, par conséquent que la personne malade de son addiction n'en est pas l'auteur.

La place pour la psychiatrie n'est guère qu'une autre façon de nommer la place pour la folie, la place donnée aux fous, ceux qui sont en délicatesse ou en rupture avec la raison commune. Une psychiatrie digne de ce nom sera, comme elle a fini par le devenir au cours de l'Histoire, la façon de sauvegarder le maintien d'une relation interhumaine, intersubjective, au cœur de ce qui est en souffrance chez les contemporains. Pour cela, les psychiatres ne doivent pas délaissier la psychanalyse, dont les apports sont fondamentaux.

Je constate, à mon échelle de praticien «en ville», qu'au fur et à mesure de l'envahissement du champ de la psychiatrie par la nouvelle neurologie, se développe ce qui est couramment rangé sous le terme «addiction». Or ces pathologies de l'excès ont étroitement à faire avec la déraison !

Pendant des années, une grande partie des addictologues étaient des généralistes sortis des rangs ; depuis quelque temps, ce sont des psychiatres qui se spécialisent ainsi ; j'y vois l'indication d'un déplacement de certaines manifestations (heureusement encore possibles) de la folie vers ce qui est délimité conceptuellement comme un champ. Pourquoi pas ? À condition toutefois que l'on ne laisse pas la neurologie nouvelle revendiquer l'exclusivité des soins proposés à ces malades. En prenant garde de ne pas laisser s'installer la notion de soins contraints comme normalité, à travers notamment la notion d'observance rationalisée à l'extrême, systématisée. On sera aidé pour cela en associant certains investissements des non-professionnels, usagers, « patients-experts » ou autres, à préciser.

La question centrale reste celle de l'articulation entre le somatique et la pensée ; il y a à refaire une place pour la psychiatrie en remettant le cerveau à sa place, si je puis dire.

Lorsqu'une personne, car c'est maintenant bien présent dans la pensée commune, me parle de « *ce qui se passe dans (son) cerveau* », ou me demande de faire

quelque chose au niveau cérébral, puisqu'elle pense que c'est l'origine de sa souffrance, je m'empresse de me déclarer impuissant et peu enthousiaste pour cela ; en revanche je propose mon écoute et mon action pour sa pensée. En me référant à la conception selon laquelle il y a plusieurs organes majeurs de la pensée, dont la langue, et au-delà le langage.

Une manifestation très actuelle de cette nouvelle complexité est l'émergence de l'idée du « médecin virtuel » (et donc par extension d'un « psychiatre virtuel »). « *Des chercheurs du laboratoire Sanpsy (Sommeil – Addiction – Neuropsychiatrie, unité CNRS et université de Bordeaux) ont mis au point un logiciel informatique émotionnel, capable de conduire un entretien médical interactif et intelligent afin de dépister des troubles dépressifs. L'entretien en face à face (...) avec le médecin virtuel est construit à partir d'un référentiel médical validé selon les critères du DSM-5* ». (Le Point, mardi 28 mars 2017, www.lepoint.fr). Peu importe que les chercheurs eux-mêmes revendiquent ou non cette nomination, ou que ce soit le choix de certains commentateurs de désigner ainsi le processus élaboré, entraînant alors la diffusion de ce vocable dont on pressent qu'il va plaire. La responsabilité de ces scientifiques est engagée en ce qu'ils laissent accroire à la possibilité d'un «médecin virtuel» là où ils inventent un moyen technique peut-être utile dans certaines circonstances, donc intéressant à explorer.

La production de résultats présentables sous forme statistique peut toujours donner lieu à une réduction, commode à manipuler, faisant assimiler à tort la chose (ici la dépression) à son mode de présentation, voire à sa modélisation élaborée à partir de certains phénomènes quantifiables. C'est l'essence de la « pensée DSM ».

Pour autant, les supports de la réflexivité de la pensée ne sont pas immuables : pourquoi pas l'algorithme ? Le support reste contingent tant que les conditions technologiques ne sont pas érigées en généralisations prétendument nécessaires à la structuration même de la pensée.

En effet, penser en psychiatre, être médecin, c'est décider ; c'est poser des actes (nomination, diagnostic, prescription...), ce qui par voie de conséquence produit un sujet psychiatre, médecin. C'est cet espace de décision qui doit être préservé pour que la psychiatrie ait encore une place ; c'est à l'opposé de ce qui tend à faire des soignants seulement des exécutants, des applicateurs de directives.

Le duo progrès technologique – multiplication des règlements est redoutable pour la pensée subjectivante et subjectivée. Destructeur pour l'éthique en ce que celle-ci est toujours une problématique individuelle, à régénérer individuellement autant que collectivement. On ne doit pas répondre à la progression des applications de la science par une addition de lois et de règlements

feuilles détachables

Le mot de la trésorière

Appel à cotisation

L'année 2016 a été celle de l'augmentation de 2 euros du CNPSY, notre acte unique que défend l'AFPEP – SNPP. Cela représente un plus pour notre trésorerie. Mais nous sommes loin du compte quant à la reconnaissance de la valeur de notre métier.

Notre travail syndical est d'œuvrer pour cette reconnaissance. De plus, les effets d'annonce se multiplient dans la presse sur les avancées de tel logiciel d'intelligence artificielle spécialiste du diagnostic médical, de la dépression ou autre. Nous pouvons compter sur la puissance marketing des firmes industrielles pour vendre leurs trouvailles qui remplaceraient si docilement à toutes heures et en tous lieux les psychiatres. Notre travail syndical est aussi un travail de pensée politique sur toutes ces questions.

L'AFPEP – SNPP défend une psychiatrie où chaque patient peut faire émerger sa parole singulière dans un rapport aux autres humains. C'est l'objet de son travail scientifique.

Votre adhésion à notre association est un précieux soutien ; inscrivez-vous et parlez-en autour de vous.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

Comment s'inscrire à une formation DPC

Comme pour toute formation DPC officielle, l'inscription se fait sur le site www.mondpc.fr.

Vous devez : - créer votre compte personnel sur www.mondpc.fr
(site Internet de l'ANDPC dédié aux professionnels de santé) ;
- rechercher le programme de DPC sous le numéro 3973170000... ;
- vous inscrire à la session du programme de DPC en ligne, depuis votre espace personnel.

Si vous avez des problèmes pour vous inscrire sur le site www.mondpc.fr vous pouvez contacter **Chantal BERNAZZANI** au 01 43 46 25 55.

**PRÉINSCRIPTION - RÉSERVATION**

Dr :

Adresse :

Portable : Mail :

Pour les prochaines sessions de formation entrant dans le cadre du DPC.

- I - **Initiation à la psychosomatique relationnelle.**
- II - **Éthique et Psychiatrie.**
- III - **Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence :
quelles pathologies, quelle prévention ?.** (Entourer la formation choisie)

Coupon à renvoyer par mail à info@odpcpp.fr ou par courrier à **ODPC - PP** – 21, rue du Terrage – 75010 Paris.

Sessions 2017 de DPC

Le remplacement récent de l'ONDPC par l'ANDPC a eu pour conséquence une complexification des procédures à suivre pour notre ODPC – PP et un alourdissement des tâches de ceux qui, parmi les membres de l'AFPEP et du SNPP et au secrétariat, s'y affrontent pour monter les dossiers d'agrément.

Nous avons été contraints de déposer auprès des instances décisionnaires une nouvelle demande d'agrément, ce qui représente un effort plus difficile à réaliser pour une structure telle que la nôtre, que pour un organisme financé par l'industrie pharmaceutique.

Cette procédure nous impose un délai d'attente nous privant actuellement de visibilité sur l'évolution du dossier.

N'ayant à ce jour pas encore reçu de réponse positive, il est par conséquent possible que nos formations ne soient pas reconnues comme validantes pour le DPC des participants, et que nous ne l'apprenions que juste avant ou après la tenue de la session. Auquel cas la somme déposée en garantie par chacun auprès de l'ODPC – PP ne serait pas restituée mais utilisée et juste destinée à couvrir les frais de fonctionnement de la session.

Nous nous en excusons auprès des inscrits, en soulignant toutefois que la validité et la teneur de la formation proposée ne sont en rien affectés par ces tracasseries administratives qui nous sont imposées par l'HAS et l'ANDPC.

Le Bureau de l'ODPC – PP

* * *

Initiation à la psychosomatique relationnelle

Cette Journée permettra une introduction et un approfondissement de la question de **la psychosomatique** avec des intervenants spécialistes de cette approche.

Il s'agira de présenter la Psychosomatique non pas comme une application de la Psychanalyse au champ du Somatique, mais comme une théorisation possible de l'Unité de l'être humain, engagé corps et âme dans les processus relationnels..

La véritable médecine est *une médecine de la personne* et non une médecine de la santé. Soigner, c'est toujours soigner *quelqu'un*. C'est pourquoi la médecine n'est vraiment médecine qu'en visant d'abord la personne, afin de pouvoir s'occuper réellement de sa santé en tant que santé de quelqu'un et non de santé en général. Mais la médicalisation peut également désigner le processus qui consiste à transformer en pathologie médicalement curable tel ou tel caractère relevant de la condition humaine ou de la constitution des êtres. Le processus est circulaire : pour pouvoir «soigner» ces maux, *il faut* d'abord les considérer comme des maladies. En fait, on devrait déjà parler d'une sophistication de la médicalisation qui se réduit à un corps privé d'âme. Considérée dans son essence, la médecine n'est ni une science ni une technique, mais *une pratique soignante accompagnée de science et instrumentée par des moyens techniques*.

Nous pourrions discuter de tout l'apport de la théorisation de Sami Ali, qui, à partir de son concept de l'impasse permet de penser la pathologie humaine, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique en l'absence de tout clivage. Les impasses, dans la clinique psychosomatique, sont des situations fermées dans lesquelles, chaque fois que l'on croit trouver une issue, celle-ci s'avère illusoire, de telle sorte que l'on est constamment ramené à la même fermeture, qui n'est donc pas due simplement à l'incapacité de la personne à trouver une issue ; en fait, dans cette situation, la fermeture a pour origine l'impasse elle-même, toute issue étant exclue par la structure logique même de l'impasse.

Le travail thérapeutique conçu comme relationnel permet l'analyse des impasses du sujet engagé dans des processus pathologiques, ouvrant par la-même les voies de leur dissolution.

Des situations cliniques seront étudiées pour illustrer la pertinence de cette pensée.

feuilles détachables**Éthique et Psychiatrie**

L'éthique est enseignée aux étudiants en médecine depuis 1995. Pourtant cet enseignement ne va pas de soi si l'on se souvient combien Socrate et Platon doutaient que l'éthique pût se transmettre comme un savoir intellectuel. Les médecins sont très souvent seuls face à des cas cliniques de plus en plus complexes, sur fond d'une société en constante évolution, et qui en appelle de plus en plus aux valeurs, au droit et à la responsabilité. Autant de raisons d'articuler l'universel au particulier, autant de raisons de suspendre notre jugement, autant de raisons de faire preuve de créativité et, de fait, de définir, de cerner, sans vraiment nous en rendre compte, une trajectoire éthique qui n'a rien à voir avec l'application rigide des règles ou des stricts principes déontologiques. Nous faisons de l'éthique sans le savoir, et restons friands de débats entre conscience et inconscience, droit et devoir, vice et vertu, responsabilité ou irresponsabilité, sans toutefois avoir les repères ou les concepts qui pourraient nous faciliter une démarche proprement éthique dans la relation au patient et avec les autres professionnels de santé.

L'éthique ne se confond pas avec la seule morale, elle relève de l'expérience, d'une dynamique, d'une réflexion autour du bien ou du mal, de la loi et du désir, de la mort, de la vie et de l'idéal ; mais aussi d'une affectivité propre et de sentiments comme le respect, la responsabilité, la culpabilité ou la honte. Il n'y a pas de pratique qui soit « éthiquement neutre », aucune réflexion éthique ne vaut, par ailleurs, sans un ancrage sérieux dans la pratique.

Au terme de ces analyses, nous pourrions ainsi mieux tisser les liens entre l'éthique et la thérapeutique, en nous rappelant d'ores et déjà que pour les anciens la philosophie était une thérapeutique. Mais justement, comment la psychiatrie vient-elle aujourd'hui réinterroger cet aspect de la philosophie, si soucieuse de l'universel, par le biais même de la dimension du soin au singulier ? Comment la psychiatrie peut-elle rappeler la philosophie à l'activité si riche du discernement, en saisissant ce qui paraît pertinent dans telle ou telle situation sans le déduire d'un universel ni le promouvoir comme à réitérer systématiquement ?

Là n'est-elle pas la véritable « sagesse pratique » visée par l'éthique ?

* * *

**Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence :
quelles pathologies, quelle prévention ?**

Vendredi 29 septembre 2017 – 16 heures à 20 heures à Lille

Programme 39731700003 session 1

Intervenants : Thierry Delcourt et Claude Gernez

L'adolescent en difficulté psychique se caractérise par la soudaineté et l'imprévisibilité de ses passages à l'acte. Les situations diverses, les personnalités différentes ne permettent pas de définir des critères précis qui pourraient attirer l'attention des thérapeutes et des familles de ces jeunes en souffrance, comme en témoigne la littérature et les recommandations officielles. En effet, les passages à l'acte surviennent à des moments où la capacité de penser, et donc de mettre en mot un état de malaise aigu, se trouve suspendue. Alors, le geste impulsif est le seul mode de communication d'une souffrance ressentie comme intolérable.

La fréquence de la dépression, des tentatives de suicide, des suicides et équivalents suicidaires chez les adolescents justifie l'importance d'une réflexion sur ces problématiques, la référence à des pathologies spécifiques (états limites, mode d'entrée dans la schizophrénie... ou juste liées à la période adolescente).

Chacun des deux intervenants exposera une situation clinique spécifique et sa manière de l'appréhender. Ces présentations constitueront l'occasion d'un échange avec les praticiens de la session, concernant leurs expériences proches et analogues. Nous pourrions ensuite théoriser en vue de dégager des principes thérapeutiques et des approches pragmatiques mieux adaptées à nos pratiques quotidiennes. Nous pourrions ainsi poser les bases d'une prévention du risque suicidaire à l'adolescence et déterminer les symptomatologies psychiatriques à haut risque.

Actions régionales

Les tribunes de l'adolescence

Depuis 2016, dans un souci de prévention, d'information et de débat, Thierry Delcourt a initié **des tribunes de l'adolescence** qui se sont tenues dans plusieurs villes de France.

La forme de ces tribunes est la suivante :

Un travail préalable sur place avec les adolescents, enseignants, éducateurs et les diverses institutions que fréquentent les jeunes.

La deuxième étape, tribune proprement dite, est animée par 4 intervenants : Didier Martz, philosophe, Gérard Chemla, avocat, Sébastien Delval, éducateur spécialisé en libéral et Thierry Delcourt, pédopsychiatre particulièrement sensibilisé aux questions de l'adolescence, et auteur du livre « Je suis ado et j'appelle mon psy » aux éditions Max Milo, 2016.

La troisième étape, retour d'expérience, propose de confirmer les initiatives initiées par les adolescents : réalisation de clip, suivi de prévention, maintien de contacts avec les éducateurs.

À chaque fois, le débat est très animé, avec les positions des jeunes parfois très tranchées et critiques sur la perception des mondes adolescents par les parents, éducateurs et soignants.

À chaque fois, il est difficile de s'arrêter après 2 ou 3 heures de débat dont nous sortons, les intervenants, avec un riche enseignement apporté par les adolescents et les éducateurs de rue, souvent très engagés et actifs dans leurs propositions aux jeunes.

Les thèmes abordés sont, entre autres, les suivants :

Dérive des réseaux sociaux – Emprise des mondes virtuels – Addictions – Buzz à tous les étages – Harcèlement scolaire – Suicide et conduites à haut risque – Endoctrinements divers et radicalisation...

Certains constats sont revenus en force, confirmant la nécessité de ces échanges et d'une prévention intelligente des difficultés et des souffrances des adolescents :

Il suffit parfois d'un rien pour que la vie d'un adolescent bascule : une rupture sentimentale, une recherche d'identité troublée par des situations existentielles difficiles, un mal-être, une mauvaise rencontre... Il en parle, c'est bien ! On l'écoute, on le comprend, c'est mieux !

De nouvelles formes de maltraitance entre ados apparaissent, par le biais des réseaux sociaux qui banalisent des actions violentes et conduisent les victimes au repli, parfois au suicide. La mise en scène de soi (buzz narcissique), de sa souffrance (affaire périscope), peut conduire à la mise en danger de l'ado et à des actes irrémédiables. Comment prévenir et protéger ?

Dans un monde en mutation accélérée et incertaine, l'adolescent peine à trouver sa place et un projet de vie. Pris dans des contradictions angoissantes, il peut avoir tendance à se réfugier dans un monde virtuel pour préserver l'illusion d'une satisfaction immédiate. Il peut aussi tenter d'exprimer son malaise et se frayer un chemin dans la société dont il n'a pas les codes d'accès. *La manipulation et l'enrôlement terroristes utilisent le désarroi et la quête d'identification* de certains ados en mal de reconnaissance, d'amour, qui s'égarer parfois dans des illusions de toute-puissance, d'héroïsation et de destructivité aux accents suicidaires. Quoi faire ?

Ces tribunes de l'adolescence peuvent se dupliquer dans d'autres villes, à la demande de nos adhérents, sous cette forme ou une autre, selon la disponibilité des intervenants.

Thierry Delcourt

feuilles détachables

Journée à Reims avec l'EPHEP (*École Pratique des hautes Études en Psychopathologies*)

Peut-on dire que nos enfants sont devenus des SDF?

Questions d'identité, de projet ou d'absence de projet, d'errance, de migration, de rapport à la réalité et aux mondes virtuels... L'argument est en cours de réalisation et sera disponible sur demande ou en se rendant sur le Site de l'EPHEP.

Samedi 18 novembre 2017 à partir de 14h au Centre International de Séjour (CIS) de Champagne – 21, chaussée Boquaine – 51100 Reims.

Avec les intervenants :

Anne Videau, Professeur des Universités, Directeur Conseil de l'EPHEP

Annie Douce, Psychiatre, Psychanalyste (Point Ecoute Jeunes Reims)

Nazir Hamad, Psychanalyste (Paris)

Christian Donnadieu, Juge pour enfants (Reims)

Hélène Genet, Agrégée de lettres (Reims)

Thierry Delcourt, Psychiatre, Psychanalyste (Reims), Vice-président de l'AFPEP – SNPP

Charles Melman, Psychiatre, Psychanalyste, Fondateur de l'ALI, Doyen de l'EPHEP.

Contact : <https://ephep.com/fr> ou Thierry Delcourt : delcourtthierry@9online.fr

* * *

AFPEP Paris

Depuis maintenant 7 ans un groupe ouvert d'échanges cliniques se réunit à Paris, chaque troisième mardi du mois à 21 heures, hors vacances scolaires, dans notre local 21 rue du Terrage.

Ce temps d'échanges libres permet à chacun d'exposer des moments cliniques difficiles, de dérouler ses questions, ses doutes, ses hésitations, quels que soient ses présupposés théoriques, dans un climat de grande confiance, au sens littéral du terme de confraternité.

Ce groupe s'articule autour d'un noyau ancien et stable mais voit tous les ans arriver avec plaisir et intérêt de nouveaux confrères.

Il peut pour les plus jeunes constituer un accompagnement à l'installation.

La dernière séance de cette année scolaire aura lieu en juin et nous reconduirons nos rencontres dès la rentrée de septembre.

Pour plus de renseignements contacter Françoise Labes au 06 89 88 32 49.

Annonces nationales

Décès de François Lorimy

C'est un nom de la psychiatrie française qui s'éteint avec notre ami et confrère François Lorimy, décédé le jeudi 13 avril 2017 à l'âge de 74 ans.

Après de belles années d'études et de pratique de la psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne où il sera conférencier d'internat, puis à Perray-Vaucluse, François Lorimy continue son engagement en psychiatrie, devenant directeur de la Clinique Bellevue à Meudon puis conjointement à la Clinique du Château de Garches. Il participera largement à la renommée de ces établissements.

François a opté ensuite pour une pratique – peut être plus paisible – en cabinet libéral, exerçant à plein temps à partir de 2002 au 74 rue des Saints-Pères à Paris. Son cabinet était chaleureux, accueillant – à l'image de son empathie avec ses patients – assez spacieux pour que les différents aspects de sa pratique y soient présents : le bureau et les fauteuils, et le divan du psychanalyste pas très loin.

J'ai fait connaissance de François et de sa femme Myriam Szejer au séminaire que Lucien Koch tenait rue de l'Hôtel Colbert, dans le cadre de l'association Champ Psychanalytique et Social.

Cet homme élégant se distinguait par sa grande culture, son esprit et son tact.

À cette époque, en d'autres adresses régnait un dogmatisme psychanalytique réducteur. François ne manquait jamais de nous rappeler à notre existence corporelle, physique, dans une économie sociale bien réelle. C'était sa largeur d'esprit.

Il savait que notre corps avait commencé par être celui d'un bébé, et c'est tout naturellement qu'il a participé comme co-fondateur de l'association « la Cause des Bébé » en 1995.

François a interrompu son activité libérale en mars 2016, se partageant entre Paris, sa campagne en Provence, ses enfants et petits-enfants, et ses fidèles amitiés.

Sa passion des chic-vieilles voitures s'est dissipée mais ce sujet restait toujours capable de l'animer. François, je te regrette.

Jacques Barbier

* * *

Inscription au Congrès Français de Psychiatrie

L'AFPEP – SNPP sera présente et bien visible lors **du Congrès Français de Psychiatrie qui se tient à Lyon du mercredi 29 novembre au samedi 2 décembre 2017.**

Nous tiendrons et animerons un stand pour permettre des rencontres avec nos adhérents et faire découvrir notre association et notre syndicat aux psychiatres privés (libéral et associatif) mais aussi à nos confrères hospitaliers, aux étudiants et internes. Ces temps d'échanges sont souvent l'occasion de partager nos expériences mais aussi les difficultés de plus en plus grandes du fait de l'emprise de l'économico-administratif sur le soin.

Nous organiserons trois sessions.

- La première sera le mercredi 29 novembre au cours **du Forum des Associations**. Le thème : *La triade père-mère-bébé face au contexte de séparation précoce*.

Sous la présidence de Françoise Duplex (Paris) avec trois orateurs : Michel Jurus, psychiatre libéral, Lyon, *sur Couple, séparation et société* ; Emmanuel Durand, psychologue à la Métropole, Lyon, *sur Attachement et séparation de couple* et Sophie Laub, praticien hospitalier détachée à la Clinique Natecia, Lyon, *sur Dynamique triadique et Co-parentage dans les situations de séparations parentales précoces*.

- La deuxième session se fera dans le cadre de **Rencontre avec l'expert**, et aura pour thème. *Soins psychiatriques aux artistes : principes et précautions ?* Par Thierry Delcourt, psychiatre libéral à Reims et auteurs d'ouvrages sur le sujet, avec comme modérateur Claude Gernez. La date de cette rencontre n'est pas encore déterminée mais aura lieu entre le 1^{er} et 2 décembre.

- La troisième, dans le cadre **des Sessions Thématiques** aura pour thème : *Faut-il encore parler au paranoïaque ?* Sous la présidence de Patrice Charbit, psychiatre à la clinique de Saint Martin de Vignogoul avec les orateurs : Jean-Jacques Bonamour du Tartre, psychiatre libéral à Paris, Claude Gernez, psychiatre libéral à Enghien-les-Bains, et Élie Winter, psychiatre libéral à Paris. La date de cette session n'est pas encore déterminée mais aura lieu entre le 1^{er} et 2 décembre.

Inscription sur le site : <http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/>

LE PSYCHIATRE ET LE CHAOS DIVERSITÉ ET CRÉATIVITÉ CLINIQUE

Le chaos... une notion aux implications multiples, qui fait écho à la désorganisation totale mais aussi aux théories scientifiques d'un monde organisé où le prédéterminé reste imprédictible. Peut-on s'inspirer de ce principe du chaos pour mieux approcher la psychiatrie contemporaine, complexe par sa diversité théorique et clinique pour les praticiens ? Mais cette diversité est une pagaille chaotique dérangement pour les administrateurs qui veulent à tout prix l'organiser (HAS, ARS, ministères...)

De quelle place peut-on en parler : celle du praticien, du scientifique, du citoyen ?

L'AFPEP se propose d'étudier si la notion de chaos peut enrichir le débat actuel en psychiatrie. Sous cet angle, nous approcherons des concepts cliniques et des pratiques très diverses. Puisse cela éclairer et apaiser les conflits qui opposent parfois violemment les cliniciens, jusqu'à produire une cacophonie dont les patients subissent les effets délétères.

Dans nos approches cliniques, nous sommes régulièrement confrontés au non-sens apparent des discours, à la désorganisation de la pensée, aux symptômes, aux maux et aux mots de nos patients qui produisent en nous un état de confusion.

L'hystérie, par exemple, a toujours provoqué la perplexité des médecins face à son expression et à ses troubles. Au point qu'aujourd'hui, n'entrant pas dans les bonnes cases, on l'évacue.

Schizophrénie et psychoses sont synonymes de comportements contradictoires et imprévisibles, ainsi que de représentations psychiques, d'idées dont l'incohérence et l'hermétisme renvoient au chaos de l'être.

La diversité des modèles cliniques y ajoute de la complexité : abord psychologique, sociologique, comportemental, cognitif, neurologique, biologique, immunitaire, infectieux, génétique...

Tout cela peut faire peur aux citoyens, donc le psychiatre est désigné pour remettre de l'ordre et faire taire ce chaos insupportable, car la folie perturberait l'ordre social et provoquerait un chaos. Mais n'oublions pas que le chaos, semeur de troubles, se manifeste partout, lors de catastrophes, des attentats, des migrations, des guerres, en politique, dans le monde du travail...

Alors, le chaos ne serait-il que destruction, que plaie sociale ? Bien non, il est aussi source de construction, de créativité qui se déploie dès la naissance, même avant. Ce chaos primitif reste présent en chacun et peut resurgir à certains moments de la vie sous forme de débordements, de catastrophe ou au contraire, de création, de passion et de progrès. Les artistes, par exemple, maintiennent ouvert l'accès à leur chaos intérieur, à la matrice primordiale de leur être qu'ils parviennent à transformer en objet, en œuvre d'art.

N'est-ce pas en acceptant ce chaos intérieur, en s'y intéressant, en l'apprivoisant, en l'ouvrant sur le monde, que nous pourrions mieux soigner et enrichir l'existence ?

S'extrayant de la logique réductrice du chaos destructeur, le psychiatre peut-il mieux soutenir ses analyses cliniques et ses pratiques de soin s'il y inscrit la dimension de promesse de réorganisation psychique et d'un potentiel thérapeutique du chaos ?

Coordination des Journées

Catherine Goudemand-Joubert, Agnès Rocher

Comité Scientifique

Jacques Barbier, Olivier Brunschwig, Patrice Charbit, Françoise Coret, Thierry Delcourt (coordination scientifique), Françoise Labes, Michel Jurus, Capucine Rivière, Jérémie Sinzelle

Comité d'Organisation

Chantal Bernazzani, Claude Gernez, Béatrice Guinaudeau, Catherine Goudemand-Joubert, Jacqueline Légaut, Agnès Rocher, Élie Winter

pour, soi-disant, en limiter les dérives possibles. Et l'on peut faire confiance à la capacité de résistance des individus à ce type de structuration autoritaire du champ médical. Cette résistance consiste, pour le psychiatre, à persister dans son environnement changeant, dans l'action « d'accueillir des humains singuliers » (selon l'heureuse expression de François Oury).

Ainsi, la place à faire et refaire sans cesse à la psychiatrie m'apparaît déterminée par plusieurs oppositions dont nous, psychiatres, avons la charge de les maintenir actives (en tension) : la neurologie et la psychiatrie, le cerveau et la pensée, l'organisme et le diptyque conscience/inconscient, le chiffrage scientifique et la langue...

C'est donc à une place d'une psychiatrie de résistance que je pense, qui s'intéresse à la connaissance des modifications somatiques et de l'évolution technologique, mais refuse de confondre le niveau de l'efficacité biologique avec celui de(s) but(s) visé(s) par le comportement... Qui ne cherche pas systématiquement ou trop rapidement à faire entendre raison à ceux qui nous demandent de l'aide pour vivre avec, non pas contre, leur folie.

Il faut persévérer dans l'idée que le psychiatre est un lieu de projection (avec toutes les significations possibles de ce terme), pas seulement un réservoir de savoir et connaissances. Donc, la psychiatrie aussi.

Olivier Brunschwig

Les secrets en CMPP

La question du secret est-elle spécifique au CMPP ? Ou n'est-elle partie prenante de toute relation d'intersubjectivité ? Lorsque nous a été proposé de travailler ce sujet, ce thème d'emblée a rencontré ma motivation. Malheureusement je n'avais pas spontanément d'idées tel le secret qui met un véto et empêche la parole de s'énoncer, je me sentais mutique, interdite, la pensée comme barrée. Je ne tenais pas à me contenter de l'énoncé du serment d'Hippocrate, véritable injonction mais souhaitais développer ce qu'il en est le secret sous le regard des philosophes et psychanalystes. Je me retrouvais – modestement dirais-je – dans la pensée de Derrida qui énonce: « *le secret, c'est ce qui ne se dit pas, il ne faut pas le dire. Le secret n'est pas tant un « Il ne faut pas », qu'un « il est impossible de dire », préférant confier la question juridique à M. Daadouche. Je me suis inspirée du travail d'auteurs, « secourue » par les deux journées de formation en juin auxquelles j'ai assisté. L'une de ces journées, « Sotto Voce » organisée par Claire Gillie dans le cadre de la journée mondiale de la voix (JMV, les premiers mercredis de juin depuis six ans). Cette formation m'a conduite au travail de Ginette Michaud, deux écrits : « Figures du réel » préfacé par Jean Oury et « Tenir au secret. Derrida et Blanchot ». La seconde journée: « 4èmes assises du médico-social », les 23/24 juin derniers et particulièrement l'intervention de Pierre Delion axée sur la psychothérapie institutionnelle, et qui m'a conduite à Jean Oury.*

Voici que s'ouvriraient enfin les massives portes qui tenaient le concept de secret bien gardé, tel le tombeau de pharaon enfoui profondément au cœur d'une pyramide. Vous noterez l'aspect sacré qui s'y rattache. J'ai ouvert deux volets, celui qui a trait à la sémantique du secret, qui renvoie à toutes sortes d'occurrences,

et qu'il m'a bien fallu limiter, le second volet a trait à la pratique institutionnelle et ouvre à lui seul un autre monde, celui de la psychothérapie institutionnelle. Ce qui vous est présenté n'est largement pas exhaustif

I - Commençons par l'aspect sémantique :

- Le secret est au delà du langage écrit Ginette Michaud :

« Il y aurait du secret qui ne se dirait pas, qui existerait en dehors du dire, de la parole et de la voix, du discours de la phrase, du mot, le pouvoir ou l'art de parler » « quelque chose qui ne se dit pas mais pourrait se dire (...) et ne serait pas affecté par cette conception du langage qui cherche toujours à l'arracher à sa nuit ».

- Le Secret procède du sacré. J'utilisais plus haut la métaphore de la tombe, ne dit-on pas « être une tombe » ? Selon Derrida « *Le secret demeure par sa sémantique étroitement lié au Sacré (avec l'ambiguïté d'un objet d'horreur terrifiant, divin, saint sanctus) et maudit (tremendum), à la fois, béni maudit* ». En latin secret vient de « sécrétum » séparer, retranchement. Dissociation de : se cerner, qui désigne le caché, l'invisible ce qui est perdu à la vue, assimilant le secret à l'absconditus, à ce qui dissimulé dans l'ombre. Enfin en grec, la cryptique grecque (kryptô, kruptikôs, kryphios...) le crypté, le chiffré, le codé tire du côté de l'illisible, de l'indéchiffrable, et Derrida insiste « une écriture pouvant toujours être parfaitement visible mais scellée et secrète, non cachée, mais cryptée ». Le secret est ce qui se situe au-delà du non visible ; et est ce qui résiste au décryptage comme déchiffrement, le secret comme illisible ou indéchiffrable, plutôt que comme invisible ».

Dans le livre sur le séminaire de Derrida, apparaît une notion nouvelle fondamentale, « *il y a un avant et un après de la psychanalyse. Au point qu'il y aurait deux sémantiques, deux logiques ou deux ordres du secret, selon qu'on rattache le mot à la cryptique grecque et au secretarial latin, d'une part et ou au freudien, (post) psychanalytique marqué par le refoulement d'autre part* ».

Ainsi l'on entend différemment toute la symptomatologie psychique exprimée par le langage du corps, langue cryptée, inscription dans la peau, les organes même. L'ensemble des maladies psychosomatiques et les autres maladies fonctionnelles mettent le secret hors voix puisqu'il est crypté dans le corps ? Lorsque la voix elle-même se tait, c'est l'aphonie, trouble fonctionnel sans gravité organique, qui crée un trou dans la chaîne articulée et sonore des signifiants.

Lacan a défini la voix comme l'objet *a*, objet de la pulsion invocante, et elle est, tout comme les autres objets, (objet anal, oral, phallique et regard), susceptible d'être marquée par la castration. Voix interdite, mais au nom de quel Secret ? D'ailleurs c'est sur cela que porte l'injonction du serment d'Hippocrate, auquel chaque médecin prête foi lorsqu'il passe sa thèse. Il s'agit de taire, faire taire la voix. De garder le silence.

De façon plus générale, la parole de l'enfant ou de l'adolescent doit impérativement être respectée, hormis les cas de maltraitance, voire le dossier juridique. Nous avons un devoir de réserve à l'égard de ce qui nous est confié dans les séances, ce que nous entendons, comprenons; en deçà des mots, qui doit rester dans l'enceinte des murs de notre institution, même lorsque certaines situations se rapprochent du sensationnel, avec son lot de comportements déviants, risibles, pathétiques, tragiques ou pervers nous assignant à un rôle d'impuissance.

Nombreux thérapeutes sont en difficulté, moi la première, et on le serait à moins avec cette notion de secret. C'est une question difficile que chacun règle comme il peut. Le contenu du dossier patient en est le témoin, parfois laissé vide de toutes traces entre l'impossible à dire, l'interdit de dire. Car ces notes sont destinées à être lues, « dévoilées » par d'autres membres de l'équipe, voire par le patient à sa majorité ou ses parents eux-mêmes. Néanmoins, nous sommes tenus de laisser une trace de nos consultations... Question difficile entre le juridique et l'éthique.

Notre métier est propice à recevoir des secrets ; les patients se confient, et dès le premier contact auprès des secrétaires, (dont la sémantique du mot est héritée de secretarial, le secret en latin,) se dévoilent dans nos bureaux, des secrets que les patients ont avec eux-mêmes, et qu'ils n'osent pas s'avouer ou ne connaissent pas ; c'est l'inconscient. Les symptômes (insomnies, angoisses, douleurs, dépression) en sont les témoins, et au fil du travail psychothérapeutique,

psychanalytique se délogeront ces secrets invouables, oubliés, refoulés (exemple des histoires incestueuses). Les patients nous révèlent leurs secrets qu'ils portent honteusement et dont la révélation à la façon d'un aveu en fait tomber le caractère douloureux. Une fois sorti de sa cachette, décrypté, déterré, démasqué, c'est le soulagement. Le patient dit « ce n'était que ça finalement » ou, « je n'avais jamais dit cela auparavant, je me sens mieux ». Le secret est souvent lié à l'Omerta familiale, et en cela synonyme de menace de rétorsion plus ou moins imaginaire (voire menace de mort, comme cela se passe dans les familles siciliennes.) Rappelons ce que nous disons plus haut, Freud a fait naître une nouvelle ère du secret depuis le refoulement. Ajoutons, depuis la forclusion.

Un cas clinique va illustrer la question du secret dans un dossier d'enfant datant de cette année : *Young, frère du précédent*, selon l'expression consacrée par JB Pontalis.

Les parents, accompagnent leur fils de 4 ans et demi, pour une prise en charge orthophonique, conseillée par l'enseignante (ce qui sera démenti par l'enseignant remplaçant). La mère est vêtue d'une grande robe noire et voilée. On devine une grossesse un peu avancée encore cachée à leur fils. Cette femme présente une boiterie due à une jambe plus courte, séquelle d'une ostéomyélite de la hanche dans l'enfance, encore douloureuse. Les parents d'origine algérienne sont consanguins, leurs arrière-grands parents étaient frère et sœur. Young est un beau petit garçon de 5 ans, raisonnable, il ne nous trouble pas pendant l'entretien, laisse parler ses parents, les observe, me considère, me parlera correctement.

Young est porteur d'une maladie dermatologique génétique, l'ichtyose, dermatose squameuse, qui, à des degrés divers, est très invalidante, et très inesthétique. La peau se renouvelle à une vitesse accélérée, et desquame.

Dans le dossier administratif rempli par les parents à l'entrée au CMPP, ceux-ci n'ont pas mentionné un premier fils, Ami, (2007/2009) né avant Young, décédé à 17 mois. Ami était porteur d'un grave psoriasis, autre maladie dermatologique squameuse traitée par de fortes doses de corticothérapie. Ce sont les effets secondaires du traitement, insuffisance surrénalienne, qui sont à l'origine du décès. Lors d'une gastro-entérite, l'enfant s'est déshydraté, puis a fait un arrêt cardiaque. Les parents (père en larmes, mère dans la maîtrise) sont dans l'impossibilité d'en parler à Young, même la grossesse est difficile à nommer, l'ombre de la mort plane sur les enfants. Young sait ; en sortant de la consultation, il dit à sa mère ce qu'elle était prête à entendre, « tu as un bébé dans le ventre ». Il ne leur parle pas d'Ami, ce grand frère parlé aux autres devant lui... Il les ménage... On peut supposer qu'il ne leur en dira rien, tant qu'ils ne sont pas prêts à cet

échange. Sur le plan thérapeutique, il n'est pas question d'orthophonie évidemment. Le travail au CMPP va s'arrêter, la maman nous prévient qu'elle a trouvé un rendez-vous d'orthophonie en libéral et qu'elle n'a pas pu parler d'Ami, « c'est trop tôt, il est trop petit ». Ces parents sont invités à reprendre rendez-vous dès s'ils le souhaitent.

Je me réfère à l'écrit d'Annie Ernaux, dans son écrit « L'Autre fille » l'auteure a entendu sa mère raconter l'existence et le décès d'une sœur aînée de 6 ans, avant sa propre naissance. Elle avait 10 ans ; ce jour-là, sa mère s'adressait à une voisine à peine proche. Voici ce qu'elle écrit p.46 : « *Le dimanche d'été de mes 10 ans j'ai reçu le récit et la loi du silence* » puis p.48 « *À un moment ils ont dû s'apercevoir (...) que j'étais au courant de ton existence, (...) il se faisait de plus en plus tard pour rompre le silence, le secret était trop vieux (...). Il me semble que je vivais bien avec. Les enfants vivent mieux qu'on pense avec les secrets, avec ce qu'ils croient qu'il ne faut pas dire. Il me semble que le silence nous arrangeait eux et moi, il me protégeait* », p.50. *Ils se protégeaient eux aussi par leur silence. Ils te protégeaient. Ils te mettaient hors d'atteinte de ma curiosité, qui les aurait déchirés. Ils te gardaient pour eux, en eux comme dans un tabernacle dont ils défendaient l'accès. Tu étais leur sacré* ».

Je pose la question : faut-il corriger la fiche administrative où l'existence du frère décédé n'est pas mentionnée ou laisser la fiche telle que les parents l'ont souhaité ? Dans un premier temps j'avais corrigé et ajouté le frère, puis après avoir écrit cet article, je l'ai effacé, mais c'est bien inscrit dans l'observation.

II - Abordons la question du secret dans le fonctionnement institutionnel :

Je choisis de revenir sur le travail en d'équipe, le secret partagé. Ginette Michaud, puisqu'elle est notre référence aujourd'hui, insiste sur la nécessité de garder le secret absolu sur ce qui se dit avec un adolescent, Pourquoi ? Parce que l'émergence de la sexualité chez lui déclenche des réactions parfois très violentes chez ses parents qui se retrouvent face à leur propre positionnement sexuel. In « Figure du réel » p.198 « *le respect du sujet est plus facile dans des situations de psychothérapie individuelle, avec les règles qui sont propres : accord du sujet à obtenir pour entamer le travail analytique, (...) entretien indispensable avec les parents, pour décentrer leurs demandes par rapport à l'adolescent, face au soutien pensé inconditionnel du thérapeute, garant du secret, cela est capital, l'émergence de la sexualité chez l'adolescent provoque parfois une reposition dans l'économie sexuelle des parents, la violence dans la réalité pour les parents face à l'ado/ peut être indicatrice* ».

En effet les espaces de psychothérapie individuelle se font dans le secret le plus total. Toutefois, les réunions de synthèse visent à un partage d'éléments connus

sur la situation, et sont le lieu de transmission aux partenaires de l'équipe des éléments révélés par la famille. Je poursuis avec la pensée de G. Michaud, qui nous dit que l'important, au delà du secret, est d'être attentif lors de la transmission d'éléments, à la place de « sujet », de façon à ne pas mettre ce jeune en position d'« objet du fantasme » des uns et des autres, de l'équipe, comme il l'est objet du fantasme de ses parents. Sa position que j'ai trouvée intéressante : « *En institution l'élaboration d'un contrat entre l'adolescent sa famille et l'institution n'est pas chose aisée, comment aménager un lieu de respect de la parole de l'Autre qui ne puisse pas être manipulée, c'est difficile même si les personnes ont une éthique analytique, en l'absence d'éthique institutionnelle. En institution la grande difficulté ne provient pas uniquement du « non-respect » de la parole mais de l'existence de situations d'évaluation objectivantes, nécessaires pour le pronostic et le diagnostic, mais répétant la crainte de l'adolescent, à savoir être situé en place d'objet du fantasme parental. Qui dit symptômes dit ensemble de signes. La situation d'objectivation décentre le sujet (...). Dans les situations institutionnelles, réunion de synthèse, reprise de réunions de paroles ou d'ateliers de groupe, on n'a de cesse de recueillir ces signes nécessaires à la compréhension de la situation* ». Ginette Michaud nous dit rejoindre J. Oury qui, à la suite de Lacan, critique le principe de la compréhension dans le cadre de notre pratique. Elle porte son intérêt à tenter des expériences dégageant la place du sujet dans le fantasme, pour indiquer la place des relations privilégiées individuelles.

Ainsi on glisse de la question du secret vers une autre priorité, qui est la préoccupation selon laquelle on doit se méfier de la tendance à la compréhension en tentant d'objectaliser.

Il y a d'autres occurrences à travailler dès lors qu'il s'agit de secret dans le travail institutionnel, c'est le cas du transfert. Celui-ci évolue en fonction des rapports d'intersubjectivité de l'équipe. Je veux dire en fonction des liens intersubjectifs entre le thérapeute et ses collègues, ces liens qui peuvent devenir des catalyseurs pour le travail thérapeutique – notamment avec les psychotiques, là où le thérapeute ne peut rester seul avec son secret de séance.

Je me suis appuyée sur le travail de Pierre Delion dans l'article « Autisme, psychanalyse et psychothérapie institutionnelle » (Éres, p.140 Logos et Ananké, figure de la psychanalyse n°31) : « *Si la psychothérapie institutionnelle n'a qu'une justification, c'est cette manière de pratiquer une psychiatrie transférentielle. À l'aube d'une bifurcation vers une psychiatrie biologique et comportementale, sans transfert, qui ne serait plus embarrassée par ces notions qui viennent parasiter la pureté d'une relation individuelle entre un enfant autiste (cas de son exposé) et son pédopsychiatre prescripteur.*

Alors, que penser d'une psychiatrie dans laquelle la réunion de la constellation transférentielle est le pivot du système de soins, (...) la question de l'intersubjectivité des soignants est essentielle pour faciliter la possibilité pour chacun d'entre eux de parler de son expérience contre – transférentielle. Il ne s'agit pas qu'ils fassent une psychanalyse sauvage dans le groupe et qu'ils racontent leur vie et leurs aventures amoureuses, mais si un soignant a un cauchemar à propos d'un enfant, qu'il puisse en parler de ce phénomène qui indique une « évolution du transfert adhésif vers un transfert projectif ». Il me semble qu'il y a toute une logique autour de cette manière de penser l'équipe pour que les soignants embarqués par les transferts des enfants dans de grandes difficultés, puissent se maintenir en état de vivanve optimale ».

J'ai donc choisi chez deux auteurs praticiens expérimentés particulièrement dans la prise en charge de la psychose, et en équipe ; Ginette Michaud et Pierre Delion pour illustrer que le principal en institution, restent d'éviter d'objectaliser le patient par « du compréhensif » en rassemblant les signes dits objectifs, ce qui sous entend un effort pour repérer le sujet.

La seconde partie est réservée à l'importance du contre-transfert, justement la possibilité de parler en équipe, de rêves ou autres éléments issus de l'inconscient du thérapeute concernant la relation avec son patient. Enfin, la notion de secret relève du sacré avec le meilleur et le pire, le divin et l'horreur, le secret n'a plus jamais été le même après l'inventeur de la psychanalyse.

* * *

Bibliographie :

Jean-Baptiste Pontalis : « Frère du précédent » Gallimard nov.2006. Prix Médicis essais 2006.

Pierre Delion : Psychiatre psychanalyste. Ancien chef de Service du service de Pédopsychiatrie à Lille « Autisme, psychanalyse et psychothérapie institutionnelle » (Éres, p.140 Logos et anankè, figure de la psychanalyse n°31).

Claire Gillie : Docteur en psychanalyse et Musicologue. In « Sotto Voce » JMV juin 2016- La voix mise au Secret : étymologie.

Ginette Michaud : Psychiatre psychanalyste In « Figure du réel » page 198.

« Tenir au secret. Derrida et Blanchot » Ed. Galilée fév. 2006.

Le serment d'Hippocrate : « Je jure par Apollon, médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants :

Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté.

Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent.

Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.

Quoi que je voie ou entende dans la société pendant ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire ! »

Françoise Duplex

Une action concertée des psychiatres

Avant la révolution française, charlatans, ecclésiastiques et juges prenaient en charge la folie. Ils n'ont d'ailleurs jamais vraiment cessé de le faire mais il est patent que la République a institué le psychiatre au titre de celui qui la représenterait à l'égard de la folie. Je veux dire par là que même si la folie ne concerne pas uniquement le psychiatre, même si de nombreux acteurs y trouvent leur mot à dire, que cela soit des écrivains, des musiciens, des cinéastes et des artistes en général mais aussi des sociologues, des philosophes, des journalistes, des psychanalystes, des psychologues, des magistrats, des maires, des policiers, des éducateurs, des familles, des travailleurs sociaux, des industriels, et j'en passe...

Le psychiatre en demeurerait jusque-là le représentant, le porte-parole privilégié. Il est sensé avoir le discours le plus autorisé en la matière parce qu'il est sensé intégrer tous ces paramètres, toutes ces voies d'abord possibles. C'est sans doute pourquoi on l'a dit humaniste. Il est un symbole. Il représente la prise en considération de la folie même s'il ne lui est pas possible d'en maîtriser toutes les facettes. Et puis, au-delà de toute théorie, de toute pratique, il est particulièrement désigné parce qu'il est médecin, et que se pose dès lors la question du corps et de sa responsabilité, à savoir qu'il se doit d'être présent y compris pour accompagner dans la chronicité, la douleur, la mort, y compris quand son art se révèle impuissant.

Il n'a donc pas qu'un avis technique mais doit aussi assumer une permanence, soit une position éthique et d'engagement auprès du patient. Il ne doit pas sa place au hasard.

Certes il concentre, intègre de nombreuses données mais ne peut, de ce fait même, prétendre être le seul concerné et exiger un monopole. Il est un paradigme de la prise en charge à titre général, et un acteur de ses choix thérapeutiques à titre singulier.

Aujourd'hui, alors qu'il est question de « santé mentale », de « santé sexuelle », « de lutte contre la stigmatisation », etc., la question de la folie et des soins qu'elle peut nécessiter est tellement refoulée que des pratiques d'un autre âge sont forcément réapparues. Si ça n'entre pas dans les cases prévues, ça se crispe et la violence devient trop souvent la solution : Isolement, contention, sédations massives, électrochocs, malades mentaux dans la rue ou en prison, font un retour marqué alors que des rhéteurs nous abreuvent de transparence et de gestion des événements indésirables, comme ces voix envahissantes dans certains lieux publics ou sur les ondes qui nous préviennent... que nous sommes prévenus : « Délirer peut être dangereux pour la

santé et en cas de dissociation, prévenez votre médecin traitant... ». L'enfer est pavé de bonnes intentions et les coulisses du « progrès » seront nauséabondes si elles sont considérées comme un échec idéologique. De plus, ça pose l'autre en récalcitrant. C'est d'une logique tenace.

Quelle place pour le psychiatre alors que des idéologues sont à la manœuvre ?

La technique, en matière de folie, n'a pas les résultats de ses prétentions, mais faut-il pour autant baisser les bras ?

Qui est aujourd'hui le représentant, le symbole de la prise en charge de la folie ?

Ces questions n'ont pas que des conséquences gestionnaires, elles touchent au cadre même de notre objet. Le psychiatre, dans un système républicain, assumait cette fonction, mais dans le cadre de la promotion d'une « démocratie gestionnaire », qui tiendra la place ?

Nous soutenons, à l'AFPEP – SNPP, que les psychiatres restent les mieux placés pour incarner cette prise en charge. Nous soutenons que la complexité de la question, la nécessaire intervention d'une pluralité d'acteurs, les multiples aspects en jeu, ne doivent pas entraîner de clivages trop marqués. Il n'y a pas de monopole à rechercher et seule une structure fédérative peut dès lors représenter la profession et dialoguer avec nos interlocuteurs.

Les psychiatres, en ces temps troublés, doivent se rassembler ou prendre le risque de disparaître.

Patrice Charbit

Le silence des agneaux. Pouvons-nous continuer d'assister à notre fin sans réagir ?

Le monde politique au service des assurances continue à appauvrir le monde du soin pour enrichir des groupes financiers bedonnants. Les patients et les soignants se trouvent pris en otages et rackettés par des multinationales puissantes. Ces sociétés achètent la presse qui vit de ses annonceurs *assurément humains*. Nous savons que plus les slogans sont vertueux, plus la morale s'éloigne.

Après la complémentaire santé, le tiers payant généralisé va ouvrir une nouvelle intrusion dans la relation entre le malade et son médecin. Ce tiers sera de plus en plus vigilant pour faire de l'efficacité la ligne numéro une du soin. Et l'efficacité sera au second plan.

Les patients vont se voir déposséder du paiement qui aura l'apparence *d'être offert* par la complémentaire. Un joli tour de joueur de bonneteau car cet argent est bien celui des assurés puis des médecins.

Nous devons insister pour que nos patients restent acteurs de leurs soins. Le médecin doit continuer à recevoir l'argent de celui qui peut dire authentiquement s'il est satisfait des soins proposés. Les mutuelles feront passer l'intérêt de l'assuré au second plan. La pseudo gratuité assure des soins au rabais comme nous le voyons déjà pour l'automobile ou les habitations : si vous choisissez de faire appel à une entreprise payée directement par l'assurance, préparez vous à du rafistolage efficient. Les pseudo-experts auront vite fait de contester la validité des soins coûteux à leurs yeux sans tenir compte du bénéfice retiré par le patient.

Psychiatres, vous avez un devoir d'information vis-à-vis de vos patients. Vous devez faire un acte de pédagogie pour expliquer la ruse faussement sociale du tiers payant généralisé. Le soin n'appartient pas aux assureurs mais aux patients qui doivent rester propriétaires de leurs soins.

Refuser le tiers payant généralisé c'est aussi l'accepter pour les plus démunis de nos patients et parfois aussi pour ceux qui auraient oublié leur moyen de paiement. Il convient d'accepter le tact et la mesure ainsi que le soin aux plus pauvres. Les assureurs refusent les soins gratuits à la différence des médecins.

L'AFPEP – SNPP a été la première à comprendre que le tiers payant généralisé, annoncé comme une mesure sociale, est une mesure ultralibérale au seul service du système assurantiel privé et au détriment des patients et des soignants.

Vous devez refuser le tiers payant généralisé et accepter le tiers payant particulier. Le texte impose le tiers payant sur les 70 % de la consultation. A ce jour aucune sanction n'est prévue. Méfiez-vous de vos logiciels qui seront sans doute en tiers payant systématique : vous payez votre télétransmission mais ce sont les assurances qui décident grâce au label HAS.

Vous devez à votre tour informer vos patients de cette dérive pernicieuse. Ils ne doivent pas être trompés du sens de cette mesure et rester maîtres des soins qu'ils choisissent. Ils ont clairement le droit de refuser le tiers payant et de vous le signifier.

Enfin la psychiatrie française hospitalière, universitaire, médico-sociale et libérale doit comprendre que c'est sa fin qui est programmée. Nous serons sans doute appelés à devenir des techniciens sous les ordres d'administratifs qui donneront les lignes directrices des tâches à remplir. Ce sont les avis des directeurs et des assurances qui codifieront les prises en charge. Déjà les psychiatres sont exclus dans la mise en place de la nouvelle politique de santé mentale et les contraintes administrativo-économiques nuisent déjà, dans les associations, les hôpitaux et les CMP, à la qualité du soin et à l'épanouissement professionnel. Les ARS et l'HAS se préparent à codifier la psychiatrie libérale.

Psychiatres, vous devez dépasser vos clivages – comme devront le faire les généralistes et les spécialistes – et vous unir. Si vous estimez ne pas avoir de temps, faites l'effort d'adhérer à un syndicat. Nous sommes là pour défendre notre métier et nos patients. Si vous décidez de ne plus subir, vous ne devez plus vous taire. Aidez-nous à porter votre voix.

Michel Jurus

Rapport moral

L'Assemblée Générale de l'ODPC – PP s'est tenue le samedi 18 mars 2017, en parallèle et en complément de l'Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP, association mère à laquelle nous sommes intimement liés. Notre petite équipe travaille d'arrache-pied pour maintenir une formation continue de qualité et dans l'esprit qui présida, depuis ses débuts, dans toutes les formations conçues par l'AFPEP – SNPP. Notre secrétaire générale, Françoise Labes, la secrétaire Chantal Bernazzani, le trésorier Michel Jurus, Olivier Brunschwig et moi-même, avons passé des heures, et pour Françoise, des jours, à concevoir des formats de formation compatibles avec les exigences administratives de plus en plus grandes émanant du nouvel ANDPC qui remplace depuis un an l'OGDPC. Non seulement ça, il a fallu reprendre la validation administrative de notre organisme formateur.

En conséquence, nos sessions DPC prévues dès le début 2017, ont dû être reportées, notamment celles qui devaient se tenir à Nice sur la psychosomatique, et celle sur l'éthique, à Paris. Pour l'instant, deux dates sont fixées :

« *Soins des alcool-dépendances* » qui se tiendra à Paris dans notre local 21, rue du Terrage – 75010, Session animée par Olivier Brunschwig et Micheline Claudon.

« *Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence : quelles pathologies, quelle prévention* » qui se tiendra à Lille lors de nos Journées Nationales, le 29 septembre, animée par Thierry Delcourt et Claude Gemez.

N'en doutez pas, le reste suivra car nous sommes sur le point de finaliser notre validation administrative, sachant que d'ores et déjà, nos sessions sont validantes.

Je tiens à remercier chaleureusement les acteurs bénévoles qui produisent un travail énorme afin de vous satisfaire et de permettre le maintien de formations indépendantes de toutes formes de pression, qu'elles émanent de l'industrie pharmaceutique ou de diverses instances administratives. Il n'est pas certain qu'à l'avenir, compte-tenu de la rigidification du système et des exigences de plus en plus grandes des organismes centralisateurs de la formation continue, nous puissions préserver cette totale indépendance quant au contenu qualitatif de nos sessions, mais notre équipe bien rodée est capable de rendre compatibles nos exigences avec celles de l'ANDPC.

Cette petite équipe a besoin d'être étoffée. Nous recrutons parmi nos adhérents toutes celles et ceux qui se sentent concernés et engagés dans la préservation de la qualité de nos formations. Vous pouvez vous adresser à notre secrétariat qui transmettra vos demandes, que ce soient celle de nous rejoindre, ou toute autre forme d'initiatives et de propositions (thèmes de formation, organisation des sessions...). À bientôt, à Paris, à Lille et probablement à Nice en fin d'année.

Thierry Delcourt
Président de l'ODPC – PP

Bilan d'activité 2016

Notre organisme ODPC – PP a connu en 2016 une activité importante, tant quantitativement que qualitativement. Le succès de nos programmes est venu confirmer notre conviction que la formation continue des psychiatres d'exercice libéral doit répondre à des spécificités. La sollicitation d'experts très au fait des modalités particulières de notre mode d'exercice, et l'insistance mise sur l'inter-formation sur le mode de groupes de pairs lors de nos différentes sessions répond manifestement aux attentes et aux besoins des confrères.

Réunissant au total 129 participants, nos programmes, nouveaux pour certains, déjà éprouvés et appréciés les années précédentes pour d'autres, se répartirent tout au long de l'année, et sur l'ensemble du territoire. Nous avons ainsi traité de mars à octobre des thèmes suivants :

Le psychiatre et l'adolescent à Paris.

Le psychiatre confronté aux symptomatologies psychiques liées au monde du travail à Reims.

Prescription en psychiatrie au Centre Psychothérapique à Saint Martin de Vignogoul.

Approche éthique et psychiatrie à Lyon sur une journée entière puis à Grenoble avec un module demi-journée.

Premiers pas et enjeux de la formation à l'utilisation de l'informatique en médecine libérale (*Le numérique pour les nuls*) à Grenoble.

Nous mettons tout en œuvre malgré les modalités toujours plus contraignantes de validation, pour poursuivre cette activité selon les mêmes principes en 2017.

Merci de votre confiance et de votre fidélité qui sont autant d'encouragements à poursuivre cette activité malgré tous les obstacles que rencontre notre équipe d'artisans bénévoles très engagés malgré la pénibilité des contraintes administratives.

Françoise Labes
Secrétaire Générale de l'ODPC – PP

Programme 3973170002 session 1
Évolution des traitements de l'alcool-dépendance

Samedi 22 avril 2017 – 9 h à 17 h 30 – Paris

Intervenants : Olivier Brunshwig et Micheline Claudon

L'inter formation au risque du DPC

Est-il possible de concilier l'inter formation, l'un des principes fondateurs de l'AFPEP, et le DPC ?

Il m'est arrivé de participer à une session de DPC organisée par un organisme manifestement bien rôdé à cet exercice. Certes l'interactivité est la règle et les experts sont abordables et ouverts aux questions. Cependant, si cordiale que soit l'ambiance, elle reste pédagogique. La journée se passe à répéter la même séquence : questionnaires remplis en groupes par les participants afin qu'ils évaluent leurs connaissances, discussions des réponses apportées à ces questionnaires, exposés des experts abondamment illustrés par des *Powerpoint*, distribution de documents de références, questions de la salle, pause café... Tout est fluide et confortable, trop peut-être : quelques jours plus tard, j'avais l'impression de ne plus rien avoir en tête de ce que j'étais supposé avoir appris, mais pas très envie de me plonger dans l'épaisse liasse de documents que j'avais rapportés.

J'ai eu également l'occasion de participer à des sessions de DPC organisées par l'ODPC – PP, l'organisme de DPC mis en place par l'AFPEP. Le dispositif est nettement plus dépouillé : tout le monde

est assis autour de la même table et l'on se parle ; chacun exprime son questionnement et ses doutes, expose sa pratique. Pas d'outil d'évaluation pour introduire les exposés des experts, encore moins de *Powerpoint*, mais au contraire une élaboration commune, certes enrichie par les apports des experts, au cours de laquelle chacun apprend de chacun. En un mot, de l'inter formation. Cependant, les effets en sont incomparablement plus durables : non pas que je me souvienne nécessairement de tout ce qui a été exposé, mais chaque fois ces sessions de DPC m'ont décalé en certains points de ma position antérieure.

Concilier inter formation et DPC est donc possible. Mais pas facile. D'une part, participer demande davantage d'implication que dans le cas des sessions de DPC plus habituelles ; d'autre part, et surtout, l'organisation de ces sessions de DPC exige énormément de travail de la part des responsables de l'ODPC – PP. Mais cela vaut la peine : dans les sessions de DPC ordinaires, on rencontre un savoir ; dans les sessions de DPC de l'ODPC – PP, on rencontre des collègues.

Jean-Jacques Laboutière

* * *

Nous avons proposé ce 22 avril une session de DPC articulée autour des questions cliniques, psychopathologiques et pharmacologiques que pose la question de l'alcool dépendance.

Cela a été de l'avis unanime des participants une session remarquablement intéressante. L'apport du binôme d'experts Olivier Brunshwig Micheline Claudon a permis à tout le monde de revisiter des représentations souvent très éculées. La possibilité par exemple de la consommation contrôlée prenant le pas sur l'injonction du sevrage total et définitif, et les éclairages psycho dynamiques apportés par les intervenants ont alimenté des questionnements et assurément permis de se repositionner en interrogeant les modalités transférentielles et contre transférentielles inévitablement modifiées par ces apports nouveaux pour la très grande majorité. La question pharmacologique et l'interrogation des nouvelles orientations que permet l'introduction de nouvelles molécules, intervenue en fin de session donc n'embolisant pas la question clinique et psychopathologique, a été traitée magistralement par Olivier Brunshwig.

Ce module nous l'espérons pourra être proposé en région et appelle assurément une poursuite de la réflexion sur ce mode de mise en commun, signature de notre conception de la formation.

Françoise Labes
Secrétaire Générale de l'ODPC – PP

Mémoires de psychiatre

Françoise Coret nous fait vivre, avec passion, son parcours de psychiatre à Strasbourg. Femme de conviction, elle excelle dans les moindres détails au service d'une vigilance clinique exemplaire. Toujours disponible pour les patients, elle mène son cabinet avec des convictions très fortes et toujours une grande méfiance envers l'industrie pharmaceutique. Pédopsychiatre, elle défend notre profession avec passion au sein de l'AFPEP – SNPP.

Et vous quelle est votre histoire ? Combien d'entre vous se disent que ce qu'ils ont parcouru est sans doute de peu d'intérêt ? Pourtant nous pouvons tous transmettre aux autres psychiatres ce que nous avons vécu et les faire penser. Cette rubrique est ouverte à tous et n'hésitez pas à nous envoyer votre mémoire de psychiatre. Ecrire son histoire est un exercice qui fait retrouver un flot de souvenirs qui pourraient être à jamais disparus..

Michel Jurus

La vie professionnelle du bon Docteur C.

Après avoir réussi assez bien un bac peu fréquenté de Mathématique-Grec, je décide de m'orienter vers la médecine et entre donc en Faculté des Sciences pour l'année propédeutique Physique-Chimie-Biologie (PCB) qui, à cette époque ancienne, précédait l'accès à la première année à la Faculté de médecine.

C'est là que j'ai rencontré un étudiant en physique qui, quelques années plus tard est devenu mon mari et l'est toujours, 54 ans et demi après.

Les années se succèdent et, devenue mère de famille, je me dis que la médecine générale n'est pas compatible avec la présence nécessaire à l'éducation des enfants. Mes capacités de couturière engendrent mon intérêt pour la chirurgie, mais je n'ai pas les ressources nécessaires pour financer l'achat de cette activité dans une clinique. La dermatologie de l'époque, avant l'utilisation des lasers, eût été possible. Mais le stage que j'ai effectué alors, ne m'a pas permis de penser que le diagnostic et les prescriptions qui en découlaient m'intéresseraient tout au long d'une vie professionnelle car dans ce domaine les jours se suivent et se ressemblent tout à fait.

C'est alors qu'une amie originaire de Wissembourg, externe en psychiatrie et future élève d'Henri EY me propose d'assister à la présentation d'un patient au Professeur KAMMERER, alors titulaire de la chaire de psychiatrie à Strasbourg. Pourquoi pas ?...

Nous étions une bonne quinzaine, debout derrière le patron assis, immobiles et muets. Le patient, assis en face du patron, est prié de s'exprimer. Et là, pas de difficulté pour moi car il se déclarait avec assurance descendant de Jeanne d'Arc ! Je pouvais faire le diagnostic. Quand il a eu fini son exposé, le patron lui dit : « Savez vous qui je suis », j'ai pensé qu'il allait faire valoir sa position de chef suprême de la psychiatrie locale. Mais il a dit : « Je suis médecin, je suis psychiatre, et je dois bien vous dire que ce que vous venez de me dire, j'appelle cela : un délire ».

Toute ma vision du monde a alors explosé : ainsi donc la folie faisait intégralement partie de l'humanité et n'était pas réservée à des extra-terrestres ! Ouah-oh !!

Question toujours au présent qui ne me permettait pas de craindre de tout savoir et de m'ennuyer dans l'exercice quotidien de ce soin, comme en dermato. La possibilité d'apprendre tous les jours, n'est-ce pas le propre de la jeunesse ?

J'y suis encore.

A l'époque les thérapeutiques hospitalières étaient réduites à la contention et aux électrochocs. Aussi, quand l'industrie pharmaceutique a commencé à réemployer les substances utilisées en anesthésie, comme Strasbourg est proche de Bâle, haut lieu de leur fabrication, nous avons été très vite dans la capacité d'injecter des psychotropes majeurs aux patients. Pour mon compte j'ai été bien soulagée de n'avoir plus à tenir les électrodes et à commander le déclenchement d'une crise convulsive. Et pouvoir cesser ainsi de me voir en tortionnaire.

Il faut dire qu'à l'époque de mes études, la psychiatrie n'existait pas en tant que telle et la seule spécialité médicale qui traitait la souffrance propre à l'humain faisait partie de la neuropsychiatrie. J'avais déjà fait l'étude de la neurologie, et même une thèse neurologique. Ce qui m'avait permis d'assister au débranchement par le patron de neurologie de l'assistance respiratoire de patients en coma de longue durée consécutif à des atteintes cérébrales sans espoir de guérison.

Lorsque mai 1968 a agité la société française, le jeune médecin que j'étais a participé avec d'autres à la revendication d'une séparation de la psychiatrie d'avec la neurologie. En 1969, lorsque psychiatrie et neurologie ont été reconnues comme deux spécialités médicales autonomes, j'ai été priée par le Conseil de l'Ordre de faire le serment par écrit de n'exercer que la spécialité de mon choix. J'ai donc choisi la Psychiatrie.

Des années plus tard, au moment de la création de la sous-spécialité de Pédopsychiatrie, l'Ordre a retrouvé ce serment et m'a alors autorisée à l'exercer.

Je me suis installée en libéral, car je pouvais ainsi être maîtresse de mes temps de travail et n'avais pas en priorité à me soucier de mes gains qui me servaient à payer une femme de ménage. J'ai continué à l'époque d'exercer la fonction hospitalière d'attaché en premier, ce qui me permettait de faire des consultations et des suivis à l'hôpital, et de travailler aussi dans des institutions comme celles qui abritaient des enfants atteints de malformations congénitales du squelette, des enfants placés en internat par le juge des affaires familiales (foyer Charles Frey), de faire des consultations médico-scolaires dans un quartier défavorisé (Neuhof), ainsi que dans une école spécialisée pour enfants dyslexiques au Port du Rhin, et j'ai commencé à assurer une vacation à l'Institut Protestant pour Enfants Sourds. Car j'avais à l'époque demandé à celui qui allait passer l'agrégation pour pouvoir devenir le patron de la future pédopsychiatrie (le professeur René Ebtinger), ce qu'il en était du devenir d'un enfant sourd, c'est-à-dire privé de langage dès sa naissance, puisque la parole est la caractéristique de l'espèce humaine, et qu'il faut l'acquérir. Il m'avait répondu que le mieux pour répondre à cette question était d'aller y voir. Ce que j'ai fait et j'y ai travaillé pendant 25 ans avant de proposer à un plus jeune de prendre le relais. A l'heure actuelle, 25 ans après, je fais toujours partie des amis de l'institution ! Il est vrai que je n'oublie pas ma modeste cotisation.

Enfin, je suis entrée au CMPP de Strasbourg comme chef d'une équipe, puis comme Médecin Directeur jusqu'à ma mise à pied en 1992.

Mise à pied, vous avez dit ? Oui, pas une mince affaire ! J'avais eu à arbitrer un conflit entre deux confrères : l'un estimait que chaque enfant devait être testé par chacun des professionnels employés par le CMPP, quel que soit le symptôme pour lequel il consultait, tandis que l'autre pensait que le bilan devait se rapporter à la difficulté que présentait l'enfant et qu'il devait être décidé par celui qui recevait l'enfant en premier : le(pédo)psychiatre ou le psychologue.

Mais pourquoi faire passer un bilan psychomoteur à un élève qui consultait pour des difficultés en mathématiques, ou un bilan phonétique du langage à un enfant qui présentait une phobie du cours de gymnastique ? Or c'est la Sécurité sociale qui payait au CMPP chaque consultation et chaque bilan, et l'argent ainsi récolté servait à la direction à payer le salaire de chaque professionnel employé. Vous avez tout compris : déjà l'argent, le fric, passait en premier et la rentabilité primait la qualité du soin. Et un confrère était déjà converti à la nouvelle religion et voulait que chaque enfant fasse rentrer le maximum d'argent dans la caisse, tandis que l'autre s'occupait

avant tout de soigner au mieux. J'ai donc tranché en faveur du soin de l'enfant. Aïe ! Le président du Conseil d'Administration était le professeur des Sciences de l'Education – il n'était pas un soignant – et il avait fait nommer directeur administratif un prêtre défroqué qui lui était tout dévoué. Quant aux représentants de chaque corporation, ils songeaient avant tout à leur salaire : j'étais le seul médecin. Ils ont tous voté pour l'intérêt de l'institution qui les employait. Out ! immédiatement le docteur Coret.

Bien sûr, je suis allée aux Prud'hommes avec mon avocat et avec le confrère qui avait lui aussi été viré. Et lui et moi avons alors lu nos contrats auxquels nous n'avions pas vraiment prêté attention et nous nous sommes aperçus qu'ils n'étaient pas respectés. Nos congés payés ne l'étaient pas, nous étions rétribués à l'heure de présence et pas mensuellement etc. Après de nombreuses séances, le président du tribunal qui ne s'en sortait pas, m'a fait venir devant l'estrade où siégeaient les juges pour me poser la question : « Madame, dites-nous si vous agissez de la même manière quand vous êtes en libéral ou quand vous êtes salariée ? » Sans réfléchir, j'ai répondu : « Oui bien sûr, puisque je suis toujours médecin ». Alors les 2 juges patronaux ont été contre moi, et les 2 juges salariés pour : 2 contre 2, le système s'est bloqué et un juge départiteur – expert comptable – a été nommé. Pendant 2 ans, j'ai été convoquée à des jours et heures toujours différents et impératifs. Le patron universitaire était libre de son emploi du temps, mais je ne pouvais ni ne voulais encore et encore décommander les patients que je suivais et je me suis fait représenter par mon mari, qui, chercheur au CNRS décidait de ce qu'il faisait. Au bout de ces 2 ans, il fut reconnu par les deux parties que les deux licenciements n'avaient aucune cause réelle ni valable et que les deux médecins devaient recevoir du CMPP une indemnité correspondant à la moitié de ce qui leur était dû en application de leurs conventions collectives, puisque le président du CMPP ne voulait rien lâcher. Et surtout, mon honneur était rétabli.

Lorsque la question de la possibilité du choix entre le secteur 1 (tarif imposé par la Sécu) ou secteur 2 (honoraires libres) est advenue j'ai choisi de demander mon entrée en secteur 2, ce qui m'a été accordé, au grand dam de mes copains de l'époque qui m'ont accusé de ne m'intéresser qu'à l'argent. En fait, ce que je voulais c'était de pouvoir discuter avec chaque patient en fonction du tarif de ses remboursements, afin que le soin dont il avait besoin ne lui soit pas impossible. Tout humain étant mortel, il a, à un moment ou à un autre, besoin de soins. Il est donc impératif que l'argent n'en soit pas le maître absolu et à l'heure actuelle, le spectre de mes tarifs se situe entre le tarif de base et 75 €. Et aujourd'hui encore, comme je le dis à la fin de la première consultation, je fais mes prix

« à la tête du client » : je demande à chacun d'eux comment il est remboursé car cela est très disparate : les parlementaires européens sont remboursés jusqu'à 5 fois le tarif de base alors que d'autres ne pourraient venir régulièrement et continuer à pouvoir nourrir leurs enfants ! Pour ceux à qui seraient remboursés les 75 euros que je ne veux pas dépasser, je leur propose de faire un don à une ONG, pour n'être pas en dette et être propriétaires du soin dont ils ont bénéficié.

Et la pédopsychiatrie dans tout cela ? A travers toutes ces années, j'avais dû, à la demande du professeur Ebtinger, tenir un séminaire et faire des cours à ceux des étudiants psychiatres qui désiraient s'orienter vers le soin des enfants, à la faveur de tout ce que mon exercice m'avait permis d'acquérir. Si bien que lorsque la pédopsychiatrie a été validée, j'ai pensé qu'il serait utile de pouvoir faire état de mon parcours. Ceux qui avaient bénéficié de ce que j'avais pu leur faire connaître m'ont fait des attestations et l'Ordre des médecins, qui avait retrouvé mon serment de n'exercer que la psychiatrie – puisqu'officiellement j'étais qualifiée neuropsychiatre – a validé cette compétence.

Est-ce que tous les adultes n'ont pas été d'abord des enfants ? Et tous les enfants, élevés par les adultes que sont leurs parents, ne doivent-ils pas devenir eux-aussi des adultes ? Réalité totalement incontournable, depuis la nuit des temps, même si la société actuelle – au prétexte d'être gentil avec les infans (non parlants) – les place dans la position de décideurs sans reconnaître qu'ils ne sont pas encore « responsables » !

N'est-ce pas la source de l'augmentation si importante des suicides adolescents et les djihadistes en font partie. Et n'est-ce pas, à Strasbourg entre autres, que se développe le jeu de rôle avec une appli sur son smartphone appelé « Blue Whale », dont vous savez qu'il programme pas à pas la réussite du suicide, comme notre lycée Kléber vient d'en être le lieu pour un élève de seconde ? Sans d'ailleurs que l'administration et les professeurs de l'établissement, qui comporte un collège, un lycée et des classes préparatoires, au même lieu, ne fasse autre chose que de proposer aux parents des élèves une collecte pour les parents de l'adolescent qui est « parti » (sic) !

Aussi, lorsqu'un rendez-vous est demandé par un parent pour un enfant, après la petite discussion sur le symptôme de l'enfant, je signifie que puisque tout humain doit la vie à la relation sexuelle entre ses parents, je propose de recevoir avant l'enfant, les deux parents ensemble afin que la réalité soit fondatrice d'un discours de vérité. D'autant que le fait de me voir n'est pas miraculeux ! Je demande donc que l'autre parent me téléphone aussi, le lendemain seulement, pour qu'il ne soit pas juste emballé dans la démarche du parent qui m'a contacté en premier. Et aussi pour éviter que l'enfant ne soit que le prétexte pour un parent à

condamner l'autre, et que l'enfant ne soit pas seulement l'objet d'un parent qui s'en vit comme propriétaire. Et je dois dire que cela fonctionne bien, même quand les parents sont séparés et ont refait des liens avec un autre conjoint comme c'est très souvent le cas. Bien sûr, il y a des situations où cela n'est pas possible mais cela est rare, et dans ce cas, après avoir reçu le seul parent disponible, je vois l'enfant, puis j'écris à l'autre parent en lui disant que je reste à sa disposition – à sa demande – pour lui parler de la consultation avec son enfant.

Corrélativement, je suis toujours au téléphone, au cas où un de mes patients se sentirait proche du suicide. Le médecin, soignant, n'a-t-il pas pour objectif de repousser le plus possible la mort, dont la réalité est la seule certitude que nous pouvons avoir sans être délirants. Avant même l'existence du fantastique téléphone portable sur lequel je repasse ma ligne professionnelle en quittant le soir mon cabinet – et dont je ne donne jamais le numéro, mais qui est alors toujours dans ma poche – j'avais la possibilité de transférer la ligne professionnelle sur ma ligne privée qui était en liste rouge. Et la nuit et le week-end j'étais donc toujours en ligne. Et, en plus de 45 ans d'exercice, je n'ai été dérangée indûment qu'une fois, il y a quelques années à peine, un samedi après-midi, alors que je faisais mes courses, par quelqu'un que je ne connaissais pas et qui voulait simplement un peu « parler » : je lui ai alors conseillé de se rendre aux urgences psychiatriques, puisque ce n'était pas un de mes patients.

Et ne faudrait-il pas faire état de ce qu'il m'a été possible de constater assez vite dans mon parcours, c'est-à-dire qu'il n'y a qu'une nature humaine et que le médecin est lui aussi un humain. Le savoir est utile et totalement nécessaire mais il ne modifie pas cette unique nature et le médecin de la souffrance psychique propre à l'humain doit nécessairement le reconnaître et pouvoir se mettre en cause lui aussi et autrement qu'en s'auto-questionnant. C'est ainsi que j'ai pu bénéficier, avant même mon installation en libéral, de la présence hebdomadaire à Strasbourg du psychanalyste parisien Mustapha Safouan dont les écrits sont connus, jusqu'au moment où il a cessé de venir à Strasbourg : j'ai alors pris un abonnement à Air-France et j'ai poursuivi mon analyse avec lui en passant un peu plus d'une journée à Paris – où il poursuivait son travail – chaque semaine : indispensable pour au moins entrouvrir le disque dur et découvrir un peu que la conscience n'est que l'emballage de ce que nous sommes et dont nous ne voulons rien savoir.

Encore une petite particularité : lorsque je me suis installée en 1972, la psychiatrie était encore une nouveauté. Je me suis tout de suite aperçue du peu de faveur que cette branche de la médecine avait dans la population en général, y compris chez les médecins généralistes et les autres spécialités. Pendant quelques

années j'ai pensé que cette manière de voir était liée à l'apparition récente de cette spécialité et que cela passerait avec le temps. Mais cela n'a pas été le cas et, pas à pas, j'ai dû reconnaître que la psychiatrie étant dévolue aux soins des difficultés propres à l'humain, on considérerait toujours que le psychiatre soignait « les fous » et que personne ne se reconnaîtrait assez en souffrance pour avoir intérêt à consulter ce médecin.

Dès le début de mon installation, j'avais souhaité qu'on puisse ne pas s'ennuyer dans la salle d'attente et j'y avais donc mis toutes sortes de revues, toujours actualisées. Comme c'est le cas partout je devais constater qu'elles disparaissaient régulièrement, emportées discrètement par les patients. Les affiches « Merci de laisser les revues à la disposition des suivants » n'ont jamais eu aucun effet.

L'humain est ainsi fait que la conscience n'est qu'un emballage, que l'essentiel de ce que nous sommes ne nous est pas connu et que nous ne pouvons que

le méconnaître, et qu'en conséquence il en serait toujours autant du psychiatre. Que peut-on faire des éléments négatifs ? Mais oui, les recycler ! C'est ainsi que depuis très longtemps j'écris sur chacune de mes nombreuses revues, au feutre indélébile, « salle d'attente du Dr. Coret » ce qui me permet ensuite d'écrire en gros et en gras « PSYCHIATRE ». Et depuis, plus jamais, jamais, une seule d'entre elles n'a disparu. Au point que ma salle d'attente est la plus achalandée de toutes celles de Strasbourg. Elle est donc plus agréable que celles des médecins dont on a consciemment une bonne opinion puisqu'ils soignent nos chers organes.

Pour terminer, je souhaite que les neurosciences qui ont à prendre en compte le million de milliards de connexions de notre cerveau, ne soient pas réductrices.

Françoise Coret

Histoire de la psychiatrie

L'observation psychiatrique : une discipline médico-philosophique

La médecine antique, si elle intégrait des notions relativement abstraites comme la mélancolie et la manie ainsi que l'hystérie et l'hypocondrie, ne cloisonnait pas ses sous-spécialités et la médecine mentale n'occupait pas une place à part : elle était maîtrisée par tout médecin. Nous proposons d'évoquer quelques auteurs essentiels ayant contribué à la conceptualisation des troubles mentaux. En dehors des auteurs antiques intéressés par le dualisme psyché-soma inspirés par Aristote, ou par une systématisation Hippocratique de la médecine selon quatre humeurs (auxquelles Arétée de Cappadoce rajouta le pneuma), après une longue stagnation conceptuelle jusqu'à l'an mil, Avicenne (980-1037) y ajouta la frénésie pour désigner un « délire furieux » qu'on l'on retrouve traduit en latin au XII^{ème} et en français dès le XIII^{ème} siècle.

Johann Christian Boltz (1727-1757), dans un ouvrage précurseur publié en 1751, intitulé *Pensées sur la Cure Psychologique*, en opposition à l'approche religieuse, proposait une définition théorique d'un nouveau champ d'action pour la médecine.

Par la suite, dans son immense et complexe œuvre critique écrite d'abord en latin puis en allemand, Immanuel Kant (1724-1804), en se penchant sur les troubles mentaux en 1764 dans son *Essai sur les Maladies de la tête*, appelle les cliniciens, si cela est possible, à développer la systématisation des maladies mentales et la thérapeutique, mais non sans ironie

devant l'ampleur de la tâche restant à accomplir : « *Si j'étais en possession des remèdes les plus sûrs pour extirper les maladies de la tête et du cœur, j'hésiterais pourtant à remettre en chantier ce fatras ancestral en m'en occupant publiquement* » (...). « *Par reconnaissance, le médecin ne refuserait pas non plus son assistance au philosophe, si celui-ci, de temps en temps, s'essayait à la cure de la folie, entreprise grande mais toujours vaine* ». Il n'en reste pas moins que Kant a permis de doter la médecine d'une terminologie descriptive des troubles mentaux encore largement utilisée dans notre vocabulaire moderne.

Frederic Schiller (1759-1805), historien et écrivain illustre, auteur de Guillaume Tell et des paroles de *L'Ode à la Joie*, l'hymne européen, médecin militaire de formation, avait en 1780 rédigé une thèse « *De la connexion de la nature animale de l'homme avec sa nature spirituelle* », développe les notions de pulsion et de la satisfaction psychique et leur spécificité chez les humains. Vu la diffusion généralisée de ses œuvres complètes dans l'espace allemand, ses vues eurent une influence directe sur les ambitions de la psychiatrie germanique, en ce qui concerne la compréhension de mécanismes de l'abstraction spécifique à l'humain. Il est conscient de la nécessité du développement de la clinique, sans avoir d'idées précises sur la méthodologie à adopter : « *Maintenant, si je pouvais entrer plus avant dans mon sujet, si je pouvais parler de la folie, de l'assoupissement, de la stupeur, du mal caduc, de la catalepsie, etc., où l'esprit libre et*

raisonnable est soumis au despotisme du bas-ventre ; si je pouvais parcourir le vaste champ de l'hystérie et de l'hypocondrie; s'il m'était permis de traiter des tempéraments, de l'idiosyncrasie et du consensus, questions qui sont un abîme pour les médecins et les philosophes... en un mot, il me semble déjà suffisamment démontré d'ailleurs que la nature animale est intimement mélangée avec la nature spirituelle, et que ce mélange constitue la plénitude de l'existence. Si je voulais prouver la vérité de ce qui a été dit jusqu'à présent, par des observations faites auprès du lit des malades, qui est après tout une des écoles principales du psychologue, mon sujet s'étendrait à l'infini ».

En France, peu après avoir abandonné la zoologie et la botanique de l'École de Montpellier, le premier grand texte publié par Philippe Pinel (1745-1826) est sa traduction de l'anglais en français du manuel de l'Écossais William Cullen (1710-1790) nommé *Institutions de Médecine-Pratique*, en 1785. Parmi de nombreuses descriptions de maladies, nous relèverons notamment l'hypocondrie et l'hystérie : Cullen réaffirme bien la présence de cette dernière chez les deux sexes. Le deuxième grand texte publié par Pinel est l'introduction à un manuel de médecine (et non spécifiquement de médecine mentale) : il s'agit des œuvres complètes (en latin) de Giorgio Baglivi (1668-1707), dont l'œuvre fit autorité depuis la fin du XVII^{ème} jusqu'au début du XIX^{ème} siècle. Notons qu'un extrait concernant les pathologies les plus fréquentes fut antérieurement traduit en français et édité en 1757 par Guillaume Daignan (1732-1812), contemporain de Pinel, comme lui ancien élève de Montpellier et futur Révolutionnaire parisien. Pinel, dans une préface rédigée en latin en 1788, accompagnée des mentions caractéristiques de l'Ancien Régime, explique comment, en prônant l'établissement de règles médicales empiriques à partir de l'observation clinique plutôt que d'une application rigide de règles rigides de la médecine antique, Baglivi a pu révolutionner la médecine toute entière, et parvenir aux succès thérapeutiques qui faisaient défaut à la médecine, et à sa crédibilité, depuis de nombreux siècles.

Pour rappeler son positionnement en avance sur son temps, nous pouvons citer un passage de Baglivi, qui lui fut inspiré de son expérience des maladies somatiques (dans *De l'accroissement de la médecine pratique*, Livre II, Chapitre II Paragraphe II, Cinquième argument, traduction de Jules Boucher, 1851, p321) : « *Sous la pression des mêmes préjugés, il est arrivé souvent de voir écarter la plupart des symptômes morbides qui ne rentraient pas parfaitement dans le cadre des théories, ou d'en voir inventer une foule d'autres dont on avait besoin pour étayer quelque-une de ces hypothèses scientifiques. On comprend bien, après cela, qu'il soit si difficile de trouver dans les livres l'histoire simple et rigoureuse des maladies, celle qui découle de la nature*

même des choses et qu'on recueille de la bouche même du malade ; on le comprend, je le répète, quand on voit les descriptions de maladies sortir tout arrangées du cerveau de l'auteur, au lieu d'être la fidèle image de l'observation et des faits ; on le comprend enfin, quand on voit l'imprudence des théories ou la négligence des médecins attribuer aux affections diverses une foule de symptômes que l'expérience met tous les jours au rang des songes et des chimères ».

Hormis quelques archaïsmes dont il a pu dénoncer le caractère erroné, Pinel prête notamment une attention toute particulière, à la problématique diagnostique et surtout thérapeutique de la Tarentelle proposée par Baglivi : celui-ci insistait sur la force des impressions morales comme moyen curatif de la folie, ce qui n'a pas manqué de soulever les critiques de Pinel : « *Est-ce que d'ailleurs l'on ne doit pas retenir ce qui est simulé dans cette attaque, ou même, dans la mimique de l'hypocondriaque, la musique et les rondes, ce qui montre la méthode authentique pour soigner ?* ». Cette prise de conscience résultera ultérieurement en un développement médico-philosophique, préfiguré par deux questions préalables : comment être sûr d'un diagnostic en médecine mentale ? Étant donné l'efficacité de certaines méthodes traditionnelles qui échappent aux médecins, comment l'observation permet-elle de guider le traitement ? Pinel tentera de répondre à ces deux vastes questions par ses deux grands ouvrages, *la Nosographie philosophique (1798)* et *le Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale (1802, 1809)*, définissant les notions d'aliénation mentale et de traitement moral.

En 1816, à Vienne en Autriche, dans son opuscule intitulé *Discours sur la vie psychique, au-delà du corps humain*, Carl Philipp Hartmann (1773-1830) proposait un pacte amical entre la médecine mentale et la médecine nerveuse, qui viserait à délimiter, d'un côté le fonctionnement organique, et de l'autre celui de l'esprit à savoir, celui qui attire la sensibilité et les émotions de l'individu, et qui n'est pas réductible à un pur matérialisme. De cette amitié naîtrait une nouvelle ère de découvertes : « *En fait, ceux qui avaient jusque-là l'habitude de traiter ce sujet étaient soit des philosophes ignorant tout de la physiologie et des domaines relevant des autres sciences de la médecine, soit des médecins que n'éclairait pas la lumière de la philosophie ; en conséquence de quoi les uns mettaient en avant une vision noble, les autres au contraire une vision basse et grossière de l'esprit humain. Afin donc qu'une plus grande clarté vienne éclairer ce domaine des connaissances humaines, il va falloir établir un pacte d'amitié entre la philosophie et la médecine* ».

Il est cependant indéniable que ce respect mutuel entre médecins et aliénistes fut ébranlé par les avancées techniques, par exemple autour des découvertes révolutionnaires de Louis Pasteur (1822-1895).

Étant donné leurs succès éclatants, les médecins, appuyés sur les sciences naturelles, purent très tôt bénéficier, en quelque sorte, du luxe de ne pas avoir à justifier d'une réflexion introspective et philosophique. D'autant plus que les controverses autour de ces modernisations n'étaient que rarement accessibles à un public non médical : la controverse technique était réservée aux médecins initiés (jusqu'à l'épidémie du VIH dans les années 1980). L'application de ces nouvelles méthodes en tant que médecine de masse contribua à créer une santé publique moderne qui a volontiers suscité des développements anthropologiques, sociétaux, politiques et, plus généralement, démocratiques.

Pour ce qui est de la psychiatrie, l'arrachement de la folie à l'espace public et à la médecine somatique pour des hôpitaux psychiatriques ruraux et fermés, peu avant la révolution industrielle, en fit le domaine de praticiens spécialisés à une approche certes médicale, mais qui sous-entendait aussi une formation philosophique et observationnelle dans la lignée de Pinel. Malgré son souhait très vif du développement du *Traitement Moral*, c'est bien la thérapeutique qui mit le plus de temps à s'imposer en faisant suffisamment preuve de créativité pour ouvrir la voie à un soin adapté aux psychoses et à l'hystérie. Une fois la classification et la description des maladies établies fin XIX^{ème} par Kraepelin, les approches thérapeutiques furent décalées dans le temps à la fin du XX^{ème} siècle, tant sur le plan pharmacologique que socio-thérapeutique (autrefois dénommées "anti-psychiatriques", par opposition avec la psychiatrie officielle et universitaire). Elles ont permis une meilleure intégration des malades dans la société, et également une meilleure acceptation de leurs spécificités par les autres citoyens moins vulnérables.

Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), grand modernisateur de la psychiatrie par ses concepts de catatonie, hébéphrénie et heboïdophrénie, dans un article sur la *Folie Circulaire*, en 1882 (avant notamment la théorie du neurone de Golgi et Ramon y Cajal, tous deux prix Nobel en 1906), insistait sur l'importance pour la théorie psychiatrique de se préparer à accueillir les découvertes scientifiques, et à s'adapter au développement de l'observation clinique, sans camper sur des positions dogmatiques, mais en se mettant à l'écoute de la modernité technique : « *Le concept d'unité de l'esprit a eu un impact désastreux, car il a certainement très peu contribué au développement d'une psychopathologie scientifique ou clinique. Alors que les médecins français et anglais étaient en train de conquérir le domaine des troubles mentaux avec un abord médical, les médecins allemands orientaient les concepts psychologiques vers le domaine philosophique. Cependant ils ne sont parvenus à un résultat ni favorable ni durable et, au contraire, ils ont perdu le fil de la recherche fondamentale. Plus récemment, alors que les conceptions anatomopathologiques dans le domaine des maladies*

somatiques se révélaient si éclatants et remportaient des succès si cruciaux, le domaine des maladies mentales s'est révélé être d'une telle impréparation que les efforts les plus appliqués et les plus obstinés n'ont absolument pas permis d'apporter à notre discipline de résultats anatomopathologiques, et sont restés jusqu'aujourd'hui complètement inutiles ». Ainsi la psychiatrie a donc toujours eu, et reste tributaire d'une conceptualisation spécifique des maladies mentales, même si son objet est difficile à définir de l'extérieur par les sciences fondamentales.

Aujourd'hui, renoncer à la spécificité de la psychiatrie, c'est se couper d'une culture médicale qui fut souvent entravée par des questions auxquelles elle ne pouvait apporter de réponses : l'abstraction du psychisme humain nécessite de s'y consacrer profondément pour éclairer véritablement un point de vue médical par les implications du langage et du lien interpersonnel, transférentiel. Si la médecine se désintéresse de ces questions, elle se coupe de son histoire et de sa raison d'être. Par ailleurs, elle met en danger la mise en pratique de son aspect technique, en oubliant l'aspect humain : elle risque de se complaire dans une autosatisfaction technique coupée des attentes du public. Elle risque aussi de se priver d'un regard qui a toujours existé en médecine, et qui contribuait à laisser une place importante à l'étude des discours : celui du médecin et, surtout, celui du patient.

Renoncer à la psychiatrie c'est aussi déléguer à la force publique sécuritaire (police, gendarmerie) le traitement de la souffrance psychique la plus manifeste. C'est entraver aussi l'expression d'une souffrance intérieure, mais aussi l'étude complexe des plaintes des patients. Ce qui revient à priver les patients d'un espace de parole clinique, où la grille de lecture médicale organique est complémentaire d'une compréhension médicale de l'abstraction, car la psychiatrie est le laboratoire de la relation médecin-patient.

En n'ayant qu'une compréhension fondée sur l'organicité, le risque serait d'entraver la créativité thérapeutique passant par une meilleure connaissance du patient. En méconnaissant le discours latent derrière le discours manifeste (ou politiquement correct), exercice auquel les psychiatres cliniciens sont entraînés, le matérialisme technique revient à priver les patients de leur parole et, en quelque sorte, priver la médecine de sa parole donnée : celle d'accueillir celui qui demande assistance, et priver les médecins de compétences humaines.

En un mot, supprimer d'un trait de plume la spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine revient à manquer de toute ambition à soigner les plaintes des patients et les troubles mentaux avec toute la rigueur que l'histoire de notre culture médicale nous impose.

Jérémie Sinzelle
Paris

Le III^{ème} congrès de la CIPPA* « Autisme et psychanalyse »

Le thème en était « Construction du monde interne ». Il s'est tenu à l'Espace Reuilly du 2 au 3 mars 2016, sous la présidence du Professeur Bernard Golse. Ce congrès a rencontré un réel succès. D'année en année, le nombre de participants augmente. L'espace Reuilly était plein à craquer. Le premier jour il fallait arriver très en avance pour retirer son dossier d'inscription, sous peine d'attendre dans une longue file d'attente à l'extérieur glacé, puis de se retrouver assis sur les marches ou de déranger une assemblée très concentrée dès le début de la matinée. Car l'association CIPPA* tient ses engagements et respecte son programme à la minute près. Les interventions d'une vingtaine de minutes se succèdent, respectant ainsi les temps de pause, et terminant à l'heure en milieu et fin de journée, ce qui permet à chaque orateur d'être respecté. Ce point est méritant car c'est loin d'être toujours le cas. Ce ne sont pas moins de 20 interventions qui ont scandé ces quatre demi-journées. L'assemblée m'est apparue venir de divers horizons professionnels du monde de la pédopsychiatrie de toute la France, auxquels s'adjoignaient des familles d'enfants autistes, des autistes adultes.

La pluralité d'approches cliniques était la règle. Pédopsychiatre chef de service, psychiatres-psychanalystes, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, neurobiologiste en laboratoire d'imagerie cérébrale, psychologues cliniciens psychanalystes, musicienne-psychanalyste, parents d'enfants autistes... la plupart membres de la CIPPA*. Le sujet de l'autisme et le sujet- autiste ont été traités avec beaucoup d'humanité.

« Le Monde interne » thème des journées, s'est décliné sous plusieurs angles, qui ont donné le ton à ces deux journées :

- Du côté des neurosciences.
- Des familles et des autistes ont témoigné autour de la perception du monde interne.
- Construction du monde interne au travers des psychothérapies et des institutions.
- Créativité et le partage du monde interne.

Évoquons la séquence clinique vidéo, originale et poignante du travail de Marie-Christine Laznik dans son style unique. Nous suivons la consultation d'une petite fille à « *très haut risque d'autisme* » (sic) de ses 7 mois à 2 ans. Marie-Christine Laznik parvient à pénétrer l'univers de l'enfant sous le regard à la fois tragique et attendri de la mère, désespérée de ne pouvoir rencontrer le regard de sa petite fille. Une mère à la fois

éblouie mais aussi, soutenue, étayée dans son travail de recherche envers son bébé. Cette démonstration inouïe de richesses novatrices, de proximité sans familiarité, est un véritable tour de force. Peu ont osé aller aussi loin à la recherche de l'enfant enfermé dans sa forteresse.

L'EPCA ou *Échelle d'Évaluation psychodynamique des changements dans l'Autisme* a retenu notre attention. Cette échelle a été publiée dans la revue « Pour La Recherche » par Geneviève Haag et son équipe, n°75-76 déc. 12/mars13. Je cite : « *L'EPCA est un instrument clinique issu de l'observation minutieuse et fine, réalisée par un groupe de psychanalystes expérimentés, des fonctionnements et de l'évolution d'enfants autistes en traitement* ».

Cet instrument permet une réflexion sur le diagnostic et l'évolution clinique d'un enfant. Il est une aide précieuse d'autant plus que j'appartiens à une génération de psychiatres qui n'a pas été formée au diagnostic de l'autisme. Dans les années 80, je crois même pouvoir affirmer que la recherche clinique sur l'autisme était inexistante.

La grille se compose de 147 items à coter selon 4 modalités de 0 à 3. À lire ! Quelques-uns de ces items :

- Item 2 : « L'enfant présente une crise de rage (Tantrum) à l'empêchement des comportements autistiques ».
- Item 15 : Fluctuations thymiques franchement maniaque-dépressives : état maniaque.
- Item 22 : Regard fuyant, évitant « collé », « traversant ».
- Item 41 : Stéréotypies giratoires et jeux de toupie avec les objets.
- Item 67 : Langage inexistant = 0 existant = 1 à 3.
- Item 98 : Utilisation des couleurs.
- Item 121 : Constructions emboîtées plus complexes.
- Item 125 : Intérêts pour les jeux de cache-cache.
- Item 145 : Automutilations possibles des membres inférieurs.

Ainsi les intervenants, psychiatres, psychanalystes, psychologues, adultes autistes, parents, ont témoigné, tout au long de ces deux journées, au plus proche de ce que vivent l'enfant autiste et son entourage. On a pu mesurer l'ampleur de la tâche qui consiste à tenter de comprendre le monde interne de l'enfant autiste, qui constitue l'univers difficile souvent insupportable de l'Autiste, où chaque membre de l'entourage,

accompagnant ou soignant, doit faire avec ce qu'il est avant tout, et inventer au moyen de « sa boîte à outils propre » selon l'expression empruntée à Jean Oury.

En conclusion, ce congrès montre qu'il existe en France des professionnels de l'autisme extrêmement compétents sur le plan théorique et clinique en dehors de tout débat prosélyte et adepte de telle ou telle méthode, où la psychanalyse reste une référence théorique mais pas unique. Ce congrès montre qu'il n'y a pas de place réservée aux conflits idéologiques dont on sait par ailleurs qu'ils sont mus entre autres par des intérêts financiers ; conflits auxquels la politique est venue se mêler malencontreusement récemment à la suite des recommandations de la HAS qui excluaient toute dimension psychodynamique. Le seul moteur doit rester l'amélioration de l'état de santé de l'enfant et des conditions de vie de son entourage proche.

* * *

***CIPPA : Coordination internationale entre psychothérapeutes psychanalystes s'occupant de personnes avec autisme et membres associés** est une association d'orientation psychanalytique de parents et de professionnels travaillant avec des personnes autistes dans les secteurs médico-

psychologiques, les institutions sociales et le domaine de la recherche. Le III^{ème} congrès de la CIPPA est en partenariat avec l'université Paris-Diderot.

- L'EPCA ou *L'Échelle d'Évaluation psychodynamique des changements dans l'Autisme* revue POUR LA RECHERCHE, par Geneviève Haag et son équipe, n°75-76 déc. 12/mars13.
- Bernard Golse, pédopsychiatre, membre de l'APF, chef de service de pédopsychiatrie à l'hôpital Necker, enfants malades (Paris), Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Descartes (Paris 5), Président de la CIPPA.
- Geneviève Haag, pédopsychiatre, membre de la Société Psychanalytique de Paris, membre fondatrice et ex-secrétaire générale de la CIPPA.
- Marie-Christine Laznick, psychanalyste, docteur en psychologie, consultation bébés parents du Centre Alfred Binet, Cofondatrice de Préaut, membre de la CIPPA.

Françoise Duplex

Alerte au « Blue whale challenge »

Après les dérives de « périscope », l'endoctrinement de l'État islamique par clip Internet et YouTube et autres propositions à haut risque visant à séduire les adolescents en mal de projet et d'identité, apparaît un nouveau phénomène venu de Russie, qui s'embrace sur les réseaux sociaux à vitesse grand V, compte tenu des relais et de l'activisme des tuteurs pervers qui diffusent ces propositions sous forme de défi.

Il s'agit du « Blue whale challenge », appelé autrement « la baleine bleue » qui a déjà fait plus d'une centaine de victimes en Russie, et diffuse en Europe, avec déjà plusieurs suicides. Si je vous en parle, c'est pour avoir constaté le décès d'un adolescent à Reims dont tout permettait de penser qu'il allait assez bien, genre « populaire » dans un établissement scolaire privé. C'est aussi parce que j'ai reçu, à la demande de leurs parents, deux adolescents qui avait débuté ce jeu défi qui se déroule en 50 étapes dont la dernière est le suicide en direct sur les réseaux sociaux. Les précédentes étapes visent à se mettre en scène dans une situation de mise en danger (scarifications, épreuves...).

Que faire, comment agir intelligemment ? C'est un des sujets des tribunes de l'adolescence que j'évoque dans les infos nationales : l'information, la prévention et l'accompagnement attentif au plus proche des ados.

Si nous parvenons à faire en sorte que la créativité et l'intelligence des adolescents se mettent au service d'actions de création et de réalisation de projets adaptés à leur demande, nous pouvons éviter, ou tout au moins contenir, cet embrasement dangereux et débilitant des pires manipulations qui s'exercent sur les réseaux sociaux.

Et puis, il y a les parents, leur angoisse et leur désarroi face à ce qu'ils ne maîtrisent pas, tout en voulant respecter l'intimité de leurs adolescents. Ils ont grand besoin de nous et de notre éclairage pour les guider dans leurs initiatives et dans leurs échanges avec leurs enfants.

Thierry Delcourt

Congrès Français de Psychiatrie Lyon du 29 novembre au 2 décembre 2017

L'AFPEP – SNPP sera présente au Congrès Français de Psychiatrie de Lyon du mercredi 29 novembre au samedi 2 décembre 2017. Nous assurerons notre présence à un stand pour permettre des rencontres avec nos adhérents et faire découvrir notre association aux psychiatres privés (libéral et associatif) mais aussi à nos confrères hospitaliers. Ces temps d'échanges sont souvent l'occasion de partager nos expériences mais aussi les difficultés de plus en plus grandes du fait de l'emprise de l'économico-administratif sur le soin.

Nous organiserons trois sessions.

- La première sera le mercredi 29 novembre au cours du Forum des Associations. Le thème sera : *La triade père-mère-bébé face au contexte de séparation précoce* sous la présidence de Françoise Duplex (Paris) et avec trois orateurs. Michel Jurus, psychiatre libéral, Lyon sur *Couple, séparation et société* ; Emmanuel Durand, psychologue à la Métropole, Lyon sur *Attachement et séparation de couple* et Sophie Laub, praticien hospitalier détachée à la Clinique Natecia, Lyon sur *Dynamique triadique et Co parentage dans les situations de séparations parentales précoces*.
- La deuxième session se fera dans le cadre de rencontre avec l'expert, aura pour thème : *Soins psychiatriques aux artistes : principes et précautions ?* et sera animé par Thierry Delcourt, psychiatre libéral à Reims et auteurs de nombreux ouvrages. La date de cette rencontre n'est pas encore déterminée mais aura lieu entre le 1^{er} et le 2 décembre.
- La troisième session Thématique, sous la présidence de Patrice Charbit, psychiatre à la clinique de Saint-Martin de Vignogoul s'interrogera sur : *Faut-il encore parler au paranoïaque ?* Avec comme orateurs : Jean-Jacques Bonamour du Tartre, psychiatre libéral à Paris ; Claude Gernez, psychiatre libéral à Enghien-les-Bains et Élie Winter, psychiatre libéral à Paris. La date de cette session n'est pas encore déterminée mais aura lieu entre le 1^{er} et le 2 décembre.

Thierry Delcourt – Michel Jurus

**Pour recevoir rapidement les informations syndicales,
envoyez-nous votre @dresse par courriel à :
info@afpep-snpp.org**

Trop petite la scène, pour une Femme Majuscule !

Le psychiatre, comme l'artiste, est un sismographe de la souffrance sociale à travers la souffrance de l'individu. Parler de souffrance, à des degrés divers, ce n'est pas dramatiser, c'est faire le constat des effets délétères de certains choix culturels, sociétaux et politiques. Ce n'est pas une symptomatologie spectaculaire qui intéresse et mobilise les psychiatres, c'est plutôt le silence et l'immobilité des êtres qui masquent tant bien que mal leur souffrance intérieure. Les comédiennes que je suis amené à recevoir, ne se plaignent pas, elles ne font que dire leur souffrance et faire le constat d'une certaine vacuité de leur existence. Passé la cinquantaine, il est tentant, mais réducteur, de mettre ce malaise sur le compte d'une défaillance, d'une incapacité et d'un manque d'énergie. Pour celles et ceux qui ne vivent pas une évolution progressive vers l'invisibilité, il est facile de le dénier, de renvoyer ce constat à une forme de négativisme, de déprime et de mauvaise foi. Pour certains, il suffirait juste d'être positif, de se secouer, avec au besoin un bon coup de pied aux fesses.

La fêlure

Une amie comédienne me contacte. Elle a hésité plusieurs mois avant de le faire. Elle s'était isolée chez elle, ne répondait plus au téléphone, fumait et buvait, allongée sur son lit. En substance, elle me dit : *« J'ai honte, mais il fallait que je t'appelle ; je suis dans le trou. Ma carrière, c'est fini, c'est le clap de fin. Ça fait un an que je n'ai plus de contrat ; je ne suis plus bonne à rien. On m'évite, on me dit qu'on me rappellera. Bref, tu connais la musique... tous, ils préfèrent les jeunes, même pour des rôles de mon âge. Je m'en veux ; moi qui ne manque jamais une journée de tournage, l'an dernier, j'ai dû repartir à deux reprises chez moi pour cause de malaise ; ça la fout mal »*.

Cette amie ne se plaint pas ; elle dit sa souffrance et fait le constat de sa vacuité, de sa défaillance et de son invisibilité. Depuis un an, elle subit les affres de la ménopause avec les désagréments que l'on sait, mais elle est surtout en dépression et se laisse mourir à petit feu avec l'alcool qui l'aide un peu à calmer son angoisse et son amertume. Il lui faudra beaucoup d'énergie pour sortir de sa situation.

Quoi de plus banal que cet effondrement dans notre société, pas seulement pour les actrices, et pas seulement pour les femmes ! Serait-ce une question

d'âge, d'obsolescence, de destin Kleenex qui se conjugue sur tous les registres : le métier, l'amour, le sexe... reste la politique... et encore ?

Le sort d'une comédienne est-il moins enviable ? Oui, car il lui faut assurer une réelle présence sur scène, montrer un corps en mouvement, séduire et transmettre une force attractive qui ne passe pas que par le grain de sa voix et son style, quelque remarquable qu'il soit.

L'épreuve de la cinquantaine est une réalité délicate et parfois pénible pour les femmes quand une ménopause encombrante leur rappelle quotidiennement l'amorce de déchéance du vieillissement. Le premier handicap, dévastateur, repose sur la perception subjective d'un déclin irrémédiable, avec une autodépréciation et une autocritique sans ménagement. Fatigue, hypersudation, malaise, prise de poids, hyperémotivité, tout cela n'est pas pour faciliter la vie, surtout quand on est observée, et même scrutée dans ses moindres faits et gestes, ses intonations, son énergie et son corps. C'est une réalité sans pitié que bien malgré elle, la comédienne anticipe négativement au moindre faux pas, au moindre refus. Alors, elle risque de s'enfermer dans la spirale infernale de l'échec jusqu'à la chute et le repli dont elle ne peut se sortir seule, si tant est qu'elle s'en sorte, ce qui fut heureusement le cas de mon amie.

Les statistiques de consommation de psychotropes et de toxiques chez les comédiennes de cinquante ans sont alarmantes, comme le sont les chiffres de dépression, de tentatives de suicide et d'équivalents suicidaires. Pour bien comprendre la gravité de la situation, la violence de l'impasse existentielle et les forces en jeu dans cette spirale négative, on ne peut, on ne doit pas se contenter d'une causalité axée exclusivement sur l'individu aux prises avec sa problématique de perte et de vieillissement. D'autant que dans le marché tendu des comédiennes de la cinquantaine, on constate une brutale décote liée à l'âge et à l'altération, même toute relative, de l'apparence. Comme l'argus pour les voitures, ce prétendu déclin fait chuter l'offre de rôle. Ceci conduit nombre d'actrices au recours à des artifices. *« Parce que je ne le vaud plus, je dépense tant et plus »*. Potion anti-âge, botox, chirurgie esthétique et autres supplices inutiles entretiennent un marché d'autant plus juteux que, quand on est aux abois, on est prête à tout, dans le désarroi et donc, la servitude. Il ne manque pas de ces officines véreuses qui entretiennent la servitude, pas si volontaire que ça, en vendant cher l'illusion de jeunisme factice.

Implacable destin : quand les stéréotypes renforcent les archétypes

L'archétype relève d'un fond culturel insondable. Il nous traverse comme une évidence, sans heurter. Le stéréotype, qui s'en nourrit, relève d'abord des conditions sociales, politiques et économiques. Il est à l'origine d'un rapport de force qui tend à faire plier l'individu au groupe social. Mais cela n'est pas une évidence et ne va pas sans résistance. Si la contrainte sociétale impose de s'y conformer, il n'est pas impossible de s'y opposer consciemment, même si cela n'est pas donné à tout le monde. Et justement, les artistes et ceux qui les entourent devraient être les mieux placés pour questionner et déconstruire l'ordre des stéréotypes, qu'ils concernent la place des femmes ou toute autre vision sectaire et étriquée du monde.

C'est de haute lutte que les mouvements féministes ont obtenu des progrès quant au statut des femmes mais ceux-ci ne cessent d'être remis en question, y compris par les femmes elles-mêmes, y compris, cruelle désillusion et violence redoublée, par les filles de ces aînées engagées, filles qui n'hésitent pas à enfourcher les stéréotypes éculés les plus aliénants, de la lolita-barbie au hijab, et plus encore. Les forces de régression sont puissantes et inépuisables. Elles obligent les progressistes à un engagement continu et à une vigilance très organisée pour préserver les acquis du progrès.

Au centre de la scène, tous les regards se portent sur la comédienne, et le moindre détail fait signe. La charge symbolique de sa présence et le poids de l'imaginaire qu'elle véhicule, viennent autant du regard du public que du regard intérieur de l'actrice, dans son rapport intime au féminin et au masculin en soi. Jusque-là, tout reste possible car le jeu d'acteur permet un décodage, une subversion et une déconstruction que le public est plus prêt à recevoir qu'on ne le pense. Mais le piège semble plus perfide quand le pouvoir socio-médiatique est aux mains de décideurs économiques qui prétendent définir ce que le public attend en le branchant sur Audimat. On ne trouve que ce que l'on cherche. Le résultat est connu d'avance, compte-tenu des pré requis de ces enquêtes. Leur prétention relève d'une toute-puissance aveuglée par les stéréotypes les plus usés (on parle encore de ce que regarderait la ménagère de cinquante ans... et donc, on la formate sauf si elle peut en décider autrement). La censure insidieuse qui est opérée, est à la mesure de cet aveuglement.

Il y a le prescrit et le proscrit. Il semble, en écoutant le constat amer des comédiennes cinquantenaires, qu'elles soient, et les statistiques le prouvent, du côté du proscrit, de ce qui n'a plus droit de cité. A l'opposé, le prescrit, dicté par les prescripteurs, c'est la jeunesse à tout crin et le modèle stéréotypé d'une femme lisse,

fine et belle ; bref, une femme passe-partout 90/60/90 qu'on ne reconnaît pas parmi d'autres même si elle est conforme aux critères de distinction esthétique.

Et pourtant, si on l'interroge vraiment, nul doute que le public aime les gueules, la marque du temps, la force de l'expérience, de l'âge, de la sagesse. Le public n'a jamais exclu de son panel la comédienne de plus de 50 ans, dès lors qu'elle s'engage avec énergie dans son jeu d'actrice. Alors, pourquoi les exclure ? Pourquoi priver le public de la richesse et de la profondeur d'un jeu expérimenté ?

Pour mieux comprendre, il nous faut revenir aux archétypes et à la force de ce qu'ils imposent en tant que garants de la culture. Les déconstruire, c'est s'attaquer à nos fondations ; et ça, non seulement ça fait peur, mais ça relève de l'interdit, et dans certaines cultures, du tabou. Celui qui transgresse risque sa peau, les exemples ne manquent pas. L'obsédante idéalisation de la femme s'impose à elle comme à chacun, dès lors qu'elle se montre sur le devant de la scène. Est-ce pour cela que les comédiennes cinquantenaires sont si vite mises au placard et qu'elles se sentent ainsi entrer dans un tunnel sans fin, avec comme seule perspective la mort, en tout cas leur mort en tant qu'actrice ?

L'objet-femme et la femme-objet

Je propose de distinguer *l'objet-femme* en tant qu'archétype et la *femme-objet* en tant que stéréotype. *L'objet-femme* est le produit d'un ensemble de représentations inconscientes : c'est un objet virtuel que chacun cherche à trouver dans son environnement ; s'il le trouve, c'est la passion, mais le moindre signe de déhiscence par rapport au modèle, peut conduire à le récuser. On comprend bien que l'âge est un de ces signes qui s'avèrent rédhibitoires : au-delà de cette limite, votre ticket n'est plus valable.

La *femme-objet*, bien qu'étroitement liée à *l'objet-femme*, est le produit consommable stéréotypé d'un groupe social. Ce produit varie en fonction des critères de tel groupe social. S'il est consommable, le produit *femme-objet* est donc jetable ; il peut même faire l'objet d'une obsolescence programmée. Autant la référence *objet-femme* vaut pour tous, autant la *femme-objet* est référée au mâle et à sa domination. Et c'est là où la plus grande confusion règne, puisque la comédienne incarne l'archétype objet-femme, mais qu'elle est aussi soumise à un marché en tant que *femme-objet*.

La loi du marché

« *Comprenez-moi bien, Juliette, ce n'est pas vous le problème, vous savez que je vous apprécie, mais malheureusement, c'est la loi du marché ; ça ne dépend plus de moi ; pour ce rôle, on sait que les spectateurs souhaitent plutôt voir une femme un peu plus jeune* ». Voilà ce qu'un des producteurs avec qui travaillait mon amie, lui a répondu quand elle a insisté, ne comprenant

pas pourquoi elle ne pouvait pas prétendre à un rôle de femme mûre dans une série, selon elle, tout à fait à sa portée. Ce producteur avec qui elle avait travaillé à plusieurs reprises lui barrait l'accès au temple et l'éconduisait avec maladresse, pour ne pas dire mufflerie et discrimination. Là encore, cette comédienne, comme d'autres, subissait une double violence qui se répétait : violence d'un refus manifestement argumenté que sur son âge et ce qui s'en dévoilerait à l'écran, et violence d'un miroir qui ne cessait de la trahir, ne lui renvoyant qu'une altération subjective de son image, vision tronquée par l'autodépréciation.

Qu'observe-t-on dans ce processus d'exclusion ? Il semble qu'il y soit privilégiée une prévalence narcissique principalement adossée à l'apparence afin de faciliter une identification à bon compte du public, clé du succès de la série. On offre au spectateur, en quelque sorte, de se glisser sans effort dans la peau d'un personnage qui incarne un stéréotype lisible, accessible et le plus séduisant possible. Autrement dit, il s'agit, pour le choix d'une actrice, de faire coller au plus juste la *femme-objet* à l'*objet-femme*, le stéréotype à l'archétype, le prosaïque à l'universel, le projet étant que la série plaise, rapporte et devienne une « série-culte ».

Le combat est-il pour autant perdu d'avance ? Probablement non, mais à condition qu'un travail de fond accompagne la lutte des femmes cinquantenaires, qu'un jeune magazine a très justement nommé Femmes Majuscules pour ce qu'elles détiennent de richesses qui ne passent pas que par l'apparence, et surtout pas par le jeunisme effréné auquel on voudrait les épingle. Attaquer les stéréotypes, certes, est la première des luttes, mais au-delà, il s'agit de déconstruire et de refonder les archétypes aliénants, par un travail de fond de chacune, de chacun, dès la plus tendre enfance, et même dès le premier tunnel, engageant, celui de la naissance.

Thierry Delcourt

Pour les infos et statistiques : <http://aafa-asso.info/tunnel-de-la-comedienne-de-50-ans/>

Delcourt Th., *Dépressives, hystériques ou bipolaires ? Les femmes face aux psys*, Bayard, 2013 – *Créer pour vivre – Vivre pour créer*, L'Âge d'Homme, 2013 – *Artiste Féminin Singulier*, L'Âge d'Homme, 2009.

Disparition de l'existence des psychiatres d'exercice privé ?

Sur le site [Psychiatrie et Santé Publique](#)⁽¹⁾, un site SANTEMENTALE.INFO⁽²⁾, nous pouvons lire sous la signature de Pia Hémerly, rédactrice en chef chez HOSPI MEDIA⁽³⁾, un résumé du rapport Lafourcade. Ce rapport issu d'une lettre de mission de madame Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, en date du 27 novembre 2014 à Jean-Pierre Lafourcade, directeur général de l'ARS Aquitaine, a été remis en 2015 pour alimenter la Loi de Santé et plus précisément de lister des propositions peu onéreuses ou envisageables par redéploiement.

Répétez et répétez inlassablement les mêmes mots choisis, les vérités tronquées avec contexte filtré, il en restera une croyance. C'est le ressort de la propagande, autrement appelée Communication qui se dit elle-même le 4^{ème} pouvoir. Cette croyance donnera la légitimité aux décisions des décideurs qui n'ont nul besoin de s'instruire de la réalité complexe de la vie des personnes d'une société donnée pour légiférer et encadrer des populations. Populations et société ne se pensent pas avec les mêmes mots. Il s'agit d'un choix anthropologique présenté comme technique.

(1) <https://planpsy2011.wordpress.com/2016/10/16/michel-laforcade-preconise-un-texte-fondateur-en-sante-mentale-et-liste-les-services-indispensables/>.

(2) Site qui n'existe pas au jour de la rédaction de cet article.

(3) « Le média en ligne de référence des décideurs du sanitaire et du médico-social ». Ce site de journalisme, c'est-à-dire d'opinion, se nomme comme « 4^{ème} Pouvoir ».

L'œuvre de Cornelius Castoriadis n'est pas la seule à établir les déterminismes des souffrances humaines, de même que l'AFPEP – SNPP et de nombreux autres par leur travail inlassable. Pour eux, il existe une conjonction de coordination dans leur vocabulaire : ET. Social/culturel/économique **et** singulier/original/unique **et** le corps biologique.

La commande est claire : pas un sou, cherchons à habiller nos choix. Traduction : nous, la ministre, n'envisageons pas d'investir dans le domaine des soins en psychiatrie et créons le Conseil National de la Santé Mentale (CNSM). Rendons justice à Alain Ehrenberg, président du CNSM, qui ne nie pas le fait psychopathologique mais il ne le place pas au centre de ses préoccupations de sociologue ni de la commande qui lui est faite : Pas de sous pour ça. Comme si cette impasse sous alibi de guerre des psys était inconséquente dans la durée, et donc coûteuse quel que soit le domaine dans lequel ce mot s'applique.

Chercher ce qui manque dans un article est une discipline nécessaire à l'analyse d'un propos ou d'un texte. Ensuite, quelle théorie pouvons-nous proposer à l'éლისion constatée et nommée ? Il manque tout simplement au rapport Lafourcade – même par allusion subtile – la pratique de la psychiatrie en ville, habituellement appelée psychiatrie privée, pour les adultes comme pour les enfants, les adolescents, leurs familles.

Si l'expression « psychiatrie privée » souligne le caractère individuel du consultant (malade et/ou souffrant) et du praticien, cette pratique n'est nullement désinsérée du Social. La psychopathologie individuelle est consubstantielle au social, pour ne pas dire politique tout autant que le métier de psychiatre. Dans le rapport concernant un objectif annoncé d'action en « santé mentale » prise dans son sens extensif, quel est l'objectif d'intervention à court et long terme, qui est le commanditaire, qui paye, quel est le but, quelles sont les compétences que ce but requiert ?

Il est curieux de constater que des analyses épidémiologiques chiffrées sonnent des alertes où « l'explosion » des consultations « en ville » est patente depuis dix ans, sans faire la relation avec la désagrégation du service public en matière de soins psychiatriques, et les très longues journées de travail des praticiens aux honoraires indécemment faibles.

Réduire ce poste de dépense comme source d'économie est un tour de passe-passe qui aggrave ce que le Rapport Lafourcade essaye de traiter par des mesures en partie cosmétiques. Il n'en reste pas moins que la question sociétale est un point central pour envisager des actions de santé mentale avec le risque déjà rencontré de glissade vers le tout calcul de coûts sur les indicateurs de santé publique. Il suffit de choisir les indicateurs pour avoir toujours raison. C'est s'affranchir de la distinction dépenses/investissements.

Un autre point central est celui de la psychopathologie. Il ne suffit pas de l'oublier pour qu'il disparaisse. Oublier l'existence du travail de nombreux praticiens de ville, bien formés et expérimentés, dont la pratique de proximité est en soi une réponse aux préoccupations de l'auteur du rapport, est une vraie question politique voire idéologique.

La théorie que je soutiens quant à la disparition de l'existence des psychiatres d'exercice privé parmi les acteurs de santé est que leur existence n'est pas souhaitée. Comme sur les photographies truquées, il est facile de faire disparaître des personnages pour ensuite soutenir qu'ils n'ont jamais existé. Les fondamentaux, lisibles dans la Charte de la psychiatrie, produisent des anticorps chez ceux qui aiment la gestion plus que tout.

Jacques Barbier
Psychiatre de pratique libérale

DÉSIR DE LIVRES

Avec le psychanalyste l'homme se réveille

Olivier Grignon – Ed. Érès, mars 2017

Avec quoi analyse-t-on ?

C'est l'intitulé de la journée d'hommage à Olivier Grignon organisée le 13 mai par le Cercle freudien, journée destinée à évoquer l'ensemble de son travail et de ses inventions dans le champ de la psychanalyse. On y parlera tout aussi bien de l'apport de son séminaire que de son rôle de médecin directeur du CMPP de Fontainebleau, ou de ses fonctions de président du Cercle Freudien dont il fut l'un des membres fondateurs.

Avec quoi analyse-t-on ? C'est aussi le titre de l'un des chapitres de l'ouvrage posthume récemment paru grâce au travail de membres de son association, recueil de textes et interventions dans différents lieux et institutions.

On retrouve tout au long de ce livre le vif de sa pensée. « Olivier Grignon n'est pas en quête d'une théorie idéale et sophistiquée mais à la recherche de ce qui s'arrache de la clinique pour s'écrire et se dire conceptuellement » écrit Jean-Pierre Winter dans la préface de ce corpus intitulé « Avec le psychanalyste l'homme se réveille ».

Du réveil il sera beaucoup question puisqu'une grande partie de cette recherche vive fut consacrée au rêve.

Pour cette pensée exigeante et émancipée la théorie n'est pas le référentiel de l'acte analytique qui est de faire une nomination dans le réel. Pour lui, avec Lacan et Dolto, il s'agit de faire l'hypothèse du sujet et de l'amener très loin, dans le plus archaïque qui soit. La théorie est alors ce qui fait tiers entre le patient et l'analyste, c'est juste une façon de se positionner. Et c'est avec ce positionnement là que l'on peut se risquer à la « sensibilité clinique » qui est le point le plus essentiel pour un analyste. Cela peut aller jusqu'à se glisser dans l'univers de la psychose. Avec la nécessité pour lui de repenser sans cesse cette question, Olivier Grignon parlant volontiers plutôt de folie, proposant d'y réfléchir comme se situant quelque part entre la forclusion et le déni, ce qui peut permettre de s'extraire de la fréquente perplexité diagnostique ...

Avec quoi analyse-t-on ? C'est une question intime et en partie insue. « Ça parle à qui sait entendre ». Il s'agit d'entendre avec sa sensibilité sans imposer son symptôme au patient. D'où le devoir de théoriser qui nous dégage de l'espace partagé avec le patient, qui fait tiers.

La lecture d'Olivier Grignon, faisant écho à l'écoute du séminaire pour qui eut la chance d'y assister, est une façon parmi d'autres de tenter de construire notre propre théorie, un savoir qui ne permettra pas de définir dogmatiquement ce qu'est une analyse, mais de savoir peut-être un peu ce qu'est un psychanalyste.

« Je ne vois pas de limite prescriptible à ce qu'on peut imaginer comme la fin de l'analyse pour quelqu'un qui a accepté d'être le psychanalyste de quelques autres ».

C'est donc à un travail exigeant et sans relâche, loin de tout enseignement de maître à disciple, que, à travers ces textes, nous engage Olivier Grignon.

Françoise Labes

La Chair et le signifiant

Albert Le Dorze – Ed. L'Harmattan, 2016

Voici donc un nouveau livre de notre ami Albert Le Dorze après la publication en 2014 de « Cultures, métissages et paranoïa ». « La chair et le signifiant » interroge les inscriptions corporelles du signifiant dans un parcours historique qui traverse les époques et ses drames. Ce qu'il en dit en quatrième de couverture :

« Tout est langage » martèle la French Theory. Le signifiant veut ignorer tout ancrage corporel. S'agirait-il d'effacer Darwin et l'animal en l'homme ? L'eugénisme et le colonialisme ne seraient que les conséquences inéluctables de la théorie psychiatrique de la dégénérescence. Autant parler de nazisme. Pourtant les « biocrates » pouvaient être progressistes.

Le concept de développement doit-il, à l'identique, être condamné par la psychanalyse ? Les individus postmodernes, qui veulent augmenter la vie, qui ne conçoivent plus la mort de la chair, veulent supprimer le hasard, se préoccupent-ils encore de cet inconscient purement langagier ? ».

Pour ceux qui ne le connaissent pas, Albert Le Dorze est médecin-psychiatre à Lorient. Animateur de groupes Balint, enseignant, auteur d'articles de psychopathologie et de critiques culturelles. Un livre dense que je vous recommande vivement.

Thierry Delcourt

Le dessin chez l'enfant en psychothérapie. Les formes énigmatiques

Michel Fruitet – Ed. Le Champ Social, 2017

Vous connaissez bien Michel Fruitet qui a souvent présenté son travail psychothérapique avec les enfants lors de nos Journées Nationales. À chaque fois, j'ai été frappé par la finesse et la qualité de ses analyses, qui nous permettent de vivre en direct le déroulement de séances avec les enfants, et parfois avec leurs parents. Ce livre évoque ces rencontres thérapeutiques et son approche du dessin d'enfant. À travers son analyse, qui ne se limite pas à la parole de l'enfant, il propose une approche originale pour les voir tout en repérant dans leur structure ce qu'il nomme les formes énigmatiques. Cela permet de mieux repérer comment le dessin est capable de métaphoriser certains éléments traumatiques dans l'histoire de l'enfant.

Sa quatrième de couverture :

Michel Fruitet nous propose de l'accompagner dans sa rencontre avec quatre enfants et leurs dessins. Il reprend le déroulement de quelques séances, et nous livre sa façon de voir, de ressentir, d'analyser le dessin, au fur et à mesure de sa construction. On assiste aux effets de ses interprétations, son analyse ne se limitant

pas aux dires de l'enfant. Il propose une nouvelle manière de regarder le dessin, en repérant dans sa structure ce qu'il nomme les « formes énigmatiques ». Véritable signifiant archaïque, celles-ci permettent de repérer comment le dessin, dans une relation transférentielle, aide à métaphoriser et symboliser les éléments traumatiques de l'histoire de l'enfant et de sa famille, avec leurs effets thérapeutiques.

Michel Fruitet est pédopsychiatre, psychanalyste. Thérapeute d'enfants depuis trente-cinq ans, le dessin est son quotidien. Il s'inscrit dans la lignée de F. Dolto, de D.W. Winnicott, mais aussi de S. Tisseron. Ce livre participe à un travail de transmission entrepris depuis plus de dix ans.

Ce livre, que j'ai lu avec grand intérêt, est à mon avis un outil indispensable dans la formation des jeunes pédopsychiatres.

Thierry Delcourt

Retour sur la fonction paternelle dans la clinique contemporaine

Louis Sciara – Ed. Érès, 2017

J'avais beaucoup aimé son précédent livre « *Banlieues. Pointe avancée de la clinique contemporaine* », paru en 2011 chez le même éditeur, et qui avait obtenu le prix Œdipe des libraires. J'avais eu le plaisir de le présenter en direct à Montpellier lors des journées Alfapsy, et la finesse de son analyse m'avait séduit. Voici la quatrième de couverture de ce nouveau livre « *Retour sur la fonction paternelle dans la clinique contemporaine* » qui aura, j'espère, le même succès :

« *Le père fait-il « symptôme » aujourd'hui ? Louis Sciara revient sur les élaborations théoriques de Freud et de Lacan pour penser la clinique contemporaine et avancer de nouvelles hypothèses sur la fonction paternelle. À travers trois cas cliniques, il interroge ce qui résulte du « déclin social de l'imaginaire paternel » pour la fonction paternelle. L'évanescence progressive de l'autorité du père, voire sa disqualification, la dénonciation ou même la vindicte qu'il suscite parfois, contribuent-elles à modifier cette fonction ? Dans quelle mesure la fonction paternelle serait-elle menacée de*

désuétude et même d'obsolescence ? Ne serait-elle pas plutôt une fonction intemporelle, inhérente à notre condition humaine, celle qui fait de nous des parlêtres, des êtres qui énoncent la parole, qui sont assujettis aux lois du langage et structurés par le désir qui les interpelle, chacun le temps d'une vie ?

La différenciation entre phénoménologie (variabilité des phénomènes) et structure (invariance de la structure subjective) s'avère précieuse pour répondre à ces questions. Elle sert de fil conducteur à l'ouvrage. L'auteur démontre que la fonction paternelle relève de ce qu'il appelle un « principe d'invariance », car elle s'appuie sur les conditions structurales qui régissent les lois du langage. Celles-ci sont pérennes, indépendantes des mutations sociales, culturelles, sociétales ».

Louis Sciara est psychiatre, psychanalyste, membre de l'Association Lacanienne Internationale (ALI), médecin-directeur du CMPP de Villeneuve-Saint-Georges.

Thierry Delcourt

Un dragon sur le divan – Chronique d'une psychanalyste en Chine

Pascale Hassoun – Ed. Érès, 2017

Pascale Hassoun est sur tous les fronts : psychanalyse, congrès, dont les Rencontres de la Criée où je la rencontre à chaque fois, édition, et maintenant la Chine où son expérience de plus d'une dizaine d'années lui permet de nous enseigner quelques propositions sur des passerelles possibles entre notre approche psychanalytique et ce qui peut faire articulation avec la culture chinoise. François Jullien, au carrefour des cultures chinoises et occidentales, avait déjà tenté (dans son livre « *Cinq concepts proposés à la psychanalyse* », Éd. Grasset, 2012) une approche des proximités et des contradictions entre la culture extrême orientale et la nôtre, sachant que la psychanalyse, de son point d'horizon, pouvait tenter une jonction.

Voici sa quatrième de couverture : « *La psychanalyse peut-elle se transposer sur un divan chinois ? La formation psychanalytique qui suppose un temps long et de la disponibilité est-elle accessible à des personnes prises dans la rapidité du XXI^{ème} siècle et celle de la transformation de la société chinoise ? Comment transmettre ce qui fait l'essence de la psychanalyse, produire du sujet divisé, dans un contexte totalement*

différent ordonné par une « pensée » de l'harmonie ? De 2003 à 2016, Pascale Hassoun conduit à Chengdu (Sichuan) des séminaires, supervisions, entretiens, afin de former des psychanalystes chinois et contribuer ainsi à l'émergence de la psychanalyse en Chine. Le récit de son expérience de femme psychanalyste, engagée dans un pays qu'elle ne connaît pas, fait acte de transmission. L'auteur rend compte de situations cliniques concrètes où l'on croise les questions de la famille, l'enfant unique, la piété filiale, la femme, et de réflexions sur la pratique des psychanalystes. Elle propose une clinique psychanalytique que ses interlocuteurs chinois adaptent à leur culture et à leur vision du monde. A travers des rencontres humaines singulières, ce livre offre un cheminement inédit et personnel vers « l'autre » chinois.

Pascale Hassoun nous propose là un livre passionnant qui, peut-être, nous apprend plus sur nous et nos petites certitudes, que sur la culture chinoise qui ne cesse de nous échapper.

Thierry Delcourt

Sexualité & Diversité

Revue Insistance, Art Psychanalyse et Politique, n° 12 – Ed. Érès

L'originalité de ce numéro réside dans la diversité de points de vue avec laquelle les auteurs analysent la conception du sexuel dans le débat contemporain, dans l'histoire de la psychanalyse, de ses institutions et dans la société la société aujourd'hui.

Le croisement de ces apports noue une problématique multi-modale des parcours pour penser la question sexuelle, que disent les mots et le sens que nous choisissons de donner aux mots.

Les discussions sur le caractère pathologique de l'homosexualité ont imprégné la psychanalyse jusqu'à maintenant et ont été à la base du rejet profond que certains ont conçu vis-à-vis de la psychanalyse.

L'homosexualité, la filiation, la définition même du sexe voient leurs limites morales et culturelles bouger. Les critiques au nom de crimes contre la nature sont à la fois plus bruyantes voir tragiquement mises en scène, moins solidement fondées scientifiquement mais dogmatiquement brutales. Leur étendue dépasse les débats d'école pour s'inscrire dans le débat social à l'échelle mondiale, c'est-à-dire politique, et s'écrire dans la réalité juridique et réglementée.

Ce numéro ambitionne de mettre à disposition des travaux élaborés et enrichir le débat sur la question de la diversité sexuelle.

Auteurs : Jacques Barbier, Betty Bernardo Fuks, Marco Antonio Coutinho Jorge, Marlise Eugénie D'Icarahy, Thierry Delcourt, Jack Drescher, Nadia Paulo Ferreira, Laéria Fontenelle, Lionel Le Corre, Luciana Marques, Acyr Maya Mitchelee, Antonio Quinet, Élisabeth Roudinesco.

Jacques Barbier

La « newsletter » de l'AFPEP-SNPP



**Pour nous permettre de vous adresser
la lettre d'information par internet,
veuillez nous communiquer votre @dresse
en envoyant un courriel avec vos coordonnées complètes à :**

info@afpep-snpp.org

SESSIONS DPC 2017

- ◆ Initiation à la psychosomatique relationnelle
- ◆ Éthique et Psychiatrie
- ◆ Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence : quelles pathologies, quelle prévention ?

***Vendredi
29 septembre 2017
à Lille***

PSYCHIATRIES

**Revue de recherche
et d'échanges**

***N'hésitez pas
à vous connecter***

sur le site : www.psychiatries.fr

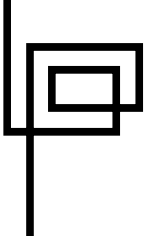
Courriel : info@afpep-snpp.org

XLVI^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE

Du 28 au 30 septembre 2017
à Lille

CONGRÈS FRANÇAIS DE PSYCHIATRIE

29 novembre
au 2 décembre 2017
à Lyon



ASSOCIATION FRANÇAISE DES PSYCHIATRES D'EXERCICE PRIVÉ

LE PSYCHIATRE ET LE CHAOS DIVERSITÉ ET CRÉATIVITÉ CLINIQUE



**XLVI^{èmes} JOURNÉES NATIONALES
DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE**

Avec session validante DPC

Lille

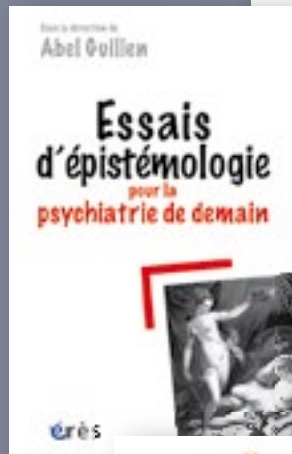
Du 28 au 30 septembre 2017

Sous la direction de **Abel Guillen**

ESSAIS D'ÉPISTÉMOLOGIE POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

Des psychiatres, des psychanalystes et des philosophes expérimentés ont accepté de livrer leur approche des savoirs en psychiatrie et de faire ainsi œuvre de transmission auprès des jeunes professionnels en santé mentale.

Postface de **Steeves Demazeux**
154 pages, 15 €



Claude Deutsch "JE SUIS FOU, ET VOUS ?"

Plaidoyer pour la cause des personnes en souffrance psychique

Peut-on considérer les fous, non plus comme des personnes à part, mais comme des personnes à part entière ? En interrogeant les concepts dans une démarche étayée tant par la recherche philosophique et historique que par la parole des intéressés, l'ouvrage s'inscrit dans le mouvement des mad-studies qui reste, en France, à développer. Si la disqualification a longtemps été le sort des « fous », comment la comprendre pour mieux la contester ?

272 pages, 25 €

Pascale Hassoun

UN DRAGON SUR LE DIVAN Chronique d'une psychanalyste en Chine

La psychanalyse peut-elle se transposer sur un divan chinois ? Le regard d'une psychanalyste française qui a pris le risque d'une véritable rencontre avec des personnes, un pays, une culture.

288 pages, 14,50 €



Sous la direction de

Valérie Boucherat-Hue, Denis Leguay, Bernard Pachoud, Arnaud Plagnol, Florence Weber HANDICAP PSYCHIQUE : QUESTIONS VIVES

La notion « handicap psychique » s'est diffusée depuis la loi du 11 février 2005 dans les univers associatifs, professionnels et politiques.

Elle marque le rapprochement entre le secteur sanitaire, la psychiatrie notamment, et le secteur médico-social

pour l'accompagnement et le soin des personnes souffrant de maladies psychiques chroniques. Cet ouvrage est le premier à explorer ce champ de manière pluridisciplinaire.

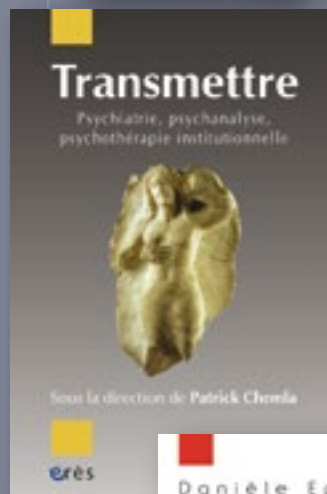
Postface de **Anne Caron-d'Eglise**
392 pages, 30 €

Sous la direction de **Patrick Chemla**

TRANSMETTRE Psychiatrie, psychanalyse, psychothérapie institutionnelle

Une réflexion collective sur les enjeux cliniques et politiques du transmettre en psychiatrie.

264 pages, 25 €



Sous la direction de

Graciela C. Crespín APPROCHES PLURIELLES DES AUTISMES

Le titre de ce treizième « cahier de PREAUT » appelle la diversité et la complémentarité des approches de différents champs de la connaissance, qu'ils relèvent du domaine clinique, scientifique, pédagogique, éducatif ou psychothérapique des autismes. En effet, les troubles du spectre autistique regroupent actuellement un ensemble très hétérogène et complexe de formes d'autisme, devant laquelle on ne saurait avoir une pensée unique trop aisément simplificatrice.

Les cahiers de PREAUT n° 13, 19 €

Danièle Epstein DÉRIVES ADOLESCENTES : DE LA DÉLINQUANCE AU DJIHADISME

Trauma, errance, violence, exil sont ici abordés à travers la présentation de cas, des analyses théoriques et institutionnelles qui témoignent d'un combat clinique dans l'ordre judiciaire : faut-il donc « mettre au pas » ces jeunes quand l'enjeu de leur vie est de « prendre pied » en s'enracinant dans un monde habité de liens, de mémoire et de projets ?

Préface de **Olivier Douville**
200 pages, 23 €

