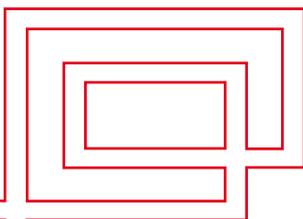


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



# BIPP

**L'AFPEP – SNPP s'engage**

**Dossier Spécial :  
Stop à l'épidémie de TDA/H**

N° 75 - Novembre 2018

**AFPEP – SNPP**

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

## 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

### **Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP Assemblée Générale de l'ODPCPP**

Samedi 23 mars de 9 h 30 à 17 h.  
avec déjeuner convivial  
si vous le souhaitez

## Secrétariat de la Rédaction

21, rue du Terrage  
75010 Paris  
Tél. : 01 43 46 25 55  
E-mail : [info@afpep-snpp.org](mailto: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 :**  
Olivier Brunschwig  
Patrice Charbit  
Rania Gard  
Béatrice Guinaudeau  
Michel Jurus  
Jérémy Sinzelle  
Élie Winter

## Sommaire

<b>Éditorial</b> – Claude Gernez	p. 3
<b>Informations AFPEP – SNPP</b>	
– Les débuts de la télé-médecine – Élie Winter	p. 5
– Actualités syndicales – Claude Gernez	p. 8
– Des psychiatres pyromanes au chevet de la psychiatrie malade – Michel Jurus	p. 9
– Mise au point sur le Conseil de l'Ordre – Claude Gernez	p. 10
– Expertise des demandeurs au titre de séjour pour des raisons de santé – Michel Jurus	p. 10
– Autismes, handicaps : des projets gouvernementaux... Mais où sont les psychiatres ? – Françoise Duplex	p. 11
– Appel à cotisation – Béatrice Guinaudeau	p. 12
<b>Le mot du rédacteur</b> – Thierry Delcourt	p. 13
<b>La vie de l'ODPC – PP</b>	
– Le point du secrétaire général – Olivier Brunschwig	p. 14
– Prochaines sessions de formation avec l'ODPC – PP	p. 15
<b>Obscur objet de la transmission ?</b> – Olivier Brunschwig	p. 17
<b>Impressions après les Journées Nationales d'Angers</b> – Adeline Metten	p. 18
<b>Journées Nationales 2019 à Biarritz</b> – Karine Hénon	p. 20
<b>Congrès Français de Psychiatrie</b> – Thierry Delcourt	p. 20
<b>Dossier spécial : Stop à l'épidémie de TDAH</b>	
– Une journée particulière – Patrice Charbit	p. 22
– Introduction – Patrick Landman	p. 25
– Le discours de la psychiatrie biologique concernant le TDAH – François Gonon	p. 25
– TDAH : quelle place pour les médicaments ? – Gilles Mignot	p. 30
– TDAH et école : paradoxes d'une relation trouble Gaby Keiser-Weber	p. 32
– Le TDAH comme politique de déni de l'enfance Tristan Garcia-Fons	p. 37
– Intervention – Béatrice Guinaudeau	p. 40
– Nouveau concept grâce au TDAH : la prescription partagée – Michel Jurus	p. 43
<b>Mémoires de psychiatre</b> – Chantal Laurent-Planet	p. 43
<b>Histoire de la psychiatrie</b>	
– Histoire de la modernisation de la démence, un rajeunissement de la clinique – Jérémy Sinzelle	p. 46
– Roland Kuhn, indémodable pionnier de la psychiatrie Thierry Delcourt	p. 49
<b>TRIBUNE LIBRE</b>	
– La fable de l'avion en papier qui se prenait pour un bombardier ou la démission d'un psychiatre de l'hôpital public – Julien Andersch	p. 52
– Autisme et théâtre en Avignon Off 2018 – Françoise Duplex	p. 54
<b>NOTES DE LECTURE</b>	
<b>Informations internationales, nationales et régionales</b>	
– Programme de la Criée – Patrick Chemla	p. 60
– La création artistique et ses enjeux existentiels Thierry Delcourt	p. 61
– « Zé Té Dessine » - Colloque International	p. 62

## Éditorial

### **PERSISTER, RENOUVELER**

De réforme en réforme, la situation des hôpitaux psychiatriques ne cesse de se détériorer et pourtant les méthodes de travail des soignants y font l'objet de contrôles par les autorités de tutelle. Nous nous inquiétons, bien sûr, de l'intensification des moyens de contention et des placements en isolement des patients, mais il nous importe de souligner l'inflation de ces pratiques en regard du manque de moyens des personnels soignants, les preuves de leur souffrance nous parviennent tous les jours. La faible disponibilité des services de secteur, de "lits", explique l'augmentation significative des hospitalisations sous contrainte. Nous dénonçons cette situation comme insupportable en regard de notre déontologie, mais aussi, psychiatres de pratique privée, nous sommes amenés à proposer l'hospitalisation pour certains patients, et devons tenir compte de ces conditions de prise en charge en cherchant leur accord.

La situation des cliniques nous préoccupe aussi. Les pratiques y sont limitées, quant à la diversité des soins proposés et à des prix de journée six fois moins élevés que ceux de l'hospitalisation publique. Tout cela nous inquiète, d'autant que les cliniques se trouvent, là encore, sous la pression des ARS locales.

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2019, actuellement en débat à l'Assemblée Nationale, ne devrait pas changer la situation actuelle, tandis que l'augmentation de l'Allocation Adulte Handicapé ne suffira pas à résoudre l'ensemble des situations décrites plus haut.

Le "virage ambulatoire" ne devrait pas non plus, quand il s'appliquera à la psychiatrie, améliorer la qualité des soins, en proposant des "solutions alternatives" dont il conviendra d'apprécier l'efficacité au-delà d'une "efficacité" plus centrée sur les économies que sur la qualité des soins.

Dans ces conditions, il s'impose à nous de relayer le malaise exprimé par nos confrères hospitaliers, comme la communication par le professeur B. Golse de sa démission et la lettre poignante transmise par un autre chef de service, publiée dans ce numéro.

L'organisation des séances de formation se complique aussi, il est difficile de comprendre les raisons du refus de certaines séquences qui avaient été acceptées auparavant.

Ces faits, nous portent à persister et donc à maintenir notre présence dans les instances qui influencent l'avenir de la pratique psychiatrique tel que nous le définissons, notamment en participant au Conseil National Professionnel de Psychiatrie.

Les journées nationales ont été particulièrement réussies, l'ambiance, comme l'ont souligné les intervenants extérieurs, a favorisé la liberté et la diversité des échanges dans la meilleure tradition de l'AFPEP/SNPP. Ce résultat a été obtenu grâce aux organisateurs, en constatant un double paradoxe : le thème proposé par Frédéric Aumjaud n'était pas facile à traiter et,

en fait, il s'est révélé riche d'enseignements ; second paradoxe, la question du sujet âgé a attiré plus de jeunes psychiatres que les journées précédentes ; nous espérons que cette tendance se confirmera lors des journées de Biarritz l'année prochaine. Nous en retiendrons aussi l'importance de savoir se renouveler comme nous avons appris à y parvenir durant ces trois jours. Bien sûr, ce message nous conduit bien au-delà du "bien vieillir" et il nous appartient d'en garder le profit.

Patrice Charbit pour le SNPP et Patrick Landman pour "Stop DSM" ont co-organisé la journée "stop à l'épidémie de TDAH" le samedi 13 Octobre. Il importe de les féliciter pour cette initiative qui correspond à une réelle préoccupation de nos pratiques quotidiennes, et il convenait d'effectuer une approche cohérente de la question. La qualité des intervenants et leurs approches multifocales ont permis de bien situer les données de ce problème ; il devient ainsi possible à chacun de se situer dans ce débat en ayant les arguments qui permettent un choix éclairé, particulièrement sur le plan scientifique. L'objectif de cette journée visait à comprendre les mécanismes et les enjeux d'une inflation qui étonne et ne semble pas connaître de limite. Pour autant, les bilans et les alternatives bien posés, il convient désormais de poursuivre cette action, notamment en publiant les interventions de la journée, mais surtout en organisant une nouvelle rencontre après avoir approfondi les enseignements de cette journée, comme nous en avons convenu au moment des conclusions. Nous insistons sur la possibilité pour chacun de défendre sa position durant cette rencontre, même si elle allait à l'encontre des options de la majorité : cette journée a montré la possibilité de discussions sans anathème ni condamnation dogmatique ; nous en remercions tous les participants. Le titre de cette journée indiquait bien l'objectif recherché : nous convenons, bien sûr, de l'existence d'une pathologie qu'il convient de soigner, mais nous devons nous opposer, avec des arguments cohérents, à une utilisation extensive et non validée d'un concept défini sans limites précises. Dans ce contexte, rien ne prévient les excès d'indications mal posées et de traitements erratiques.

Cette action correspond à l'éthique du SNPP comme de l'AFPEP, et, à l'exemple positif des journées d'Angers, nous devons reconnaître et éviter les positions systématiquement "clivantes" qui consistent à poser des affirmations péremptoires en place d'arguments logiques et réfutables. Ainsi, l'utilisation du préfixe "post-" mérite notre attention. Nous le connaissons bien, appliqué aux noms "opérateur", "natal" "scriptum", il marque la fin d'un fait et définit le temps venu d'une suite à donner, conditionnée par le déroulement de l'événement en question. Mais son utilisation "extensive" permet de créer des césures artificielles qui visent à annuler la réflexion cohérente en introduisant des assertions douteuses. Le "postmoderne" peut conduire à redéfinir la réalité et conduire à la "post-vérité" où la production d'affect se trouve seule prise en compte, au détriment de ceux qui adhèrent à ces manipulations.

En conclusion, les difficultés de ce moment subsistent, mais n'empêcheront pas nos projets d'aboutir à ces deux conditions indispensables : nous ne devons pas céder sur nos valeurs "fondamentales" et il nous importe, nous détournant des leurres et fausses certitudes, de découvrir des pensées nouvelles. En reprenant le titre, nous devons donc PERSISTER (nous) RENOUELER

**Claude Gernez**  
*Président de l'AFPEP – SNPP*

# Informations AFPEP–SNPP

## Les débuts de la télémédecine pour tous

Depuis septembre 2018, l'avenant 6 à la convention médicale met en place la généralisation de la télémédecine, cantonnée jusqu'ici à des expérimentations. Voici les principaux principes à connaître avant de se lancer. Pas mal de cas particuliers existent, n'hésitez pas à contacter le SNPP dans ces cas.

Nous explorerons aussi ici les enjeux éthiques de l'affaire...

La première étape est d'ores et déjà fonctionnelle : la téléconsultation, qui permet à un patient de « voir » un médecin à distance. En 2019, la téléexpertise viendra compléter ces évolutions de la médecine : elle permet à un médecin de demander un avis spécialisé à un confrère, les deux étant rémunérés.

### TÉLÉCONSULTATION (TC)

Les psychiatres ont souvent déjà une petite expérience de consultation pour des patients bien connus qui partent vivre ailleurs (souvent pour une durée limitée) et demandent avec insistance à garder un contact téléphonique. Ces « consultations » étaient rarement un service gratuit, et n'ouvraient pas droit à remboursement par la sécurité sociale. Il n'a jamais été question qu'elles remplacent complètement les consultations présentes.

D'autre part, les appels téléphoniques de patients sont le plus souvent très ponctuels et relèvent d'un très rapide avis, ou concernent des horaires de rendez-vous... mais débordent parfois, et notamment dans des situations d'urgence ressentie...

Ces deux cas pourront désormais être facturés et remboursés par la sécurité sociale si le nouveau cadre des TC est respecté.

Techniquement, tout est en place, et la psychiatrie est en première ligne puisque l'examen somatique y est beaucoup plus rare qu'ailleurs.

**Tout patient peut bénéficier d'une TC, et tout médecin peut la pratiquer. Par contre c'est le médecin qui est seul décisionnaire de la pertinence d'une TC.**

**Deux conditions** sont néanmoins à réunir pour autoriser le remboursement sécurité sociale :

- **Le parcours de soins** doit être respecté : adresse initiale par un médecin traitant pour les patients de plus de 26 ans.

- **Le médecin doit avoir déjà vu ce patient** en consultation présenteielle **dans les 12 mois** précédant la TC.

Les TC doivent le plus possible alterner avec des consultations présentes.

Techniquement, la TC **est obligatoirement en vidéo** (l'appel téléphonique ne relève pas de la consultation remboursable). Presque tous les ordinateurs portables sont équipés d'une webcam, sinon on en trouve pour environ 20 à 50 €.

Bien sûr, le patient et le médecin doivent veiller à utiliser des lieux permettant la confidentialité et la tranquillité de leurs échanges.

Pour la facturation, le patient devant être précédemment connu, il faut utiliser **la carte vitale en mode « dégradé »** c'est-à-dire sans la carte, avec la mémoire de l'appareil. Le « **CNPSY** » **est simplement remplacé par « TC »** pour un même montant de 39 €. **Le MPC et le MCS** s'ajoutent dans les conditions habituelles selon votre secteur d'exercice. A noter que l'avis ponctuel de consultant (**APY**) **n'est pas autorisé en TC**. Par dérogation, il n'est pas nécessaire d'envoyer de justificatif pour l'utilisation du mode dégradé de télétransmission pour les TC.

Enfin, un compte rendu de consultation devra être fait dans le dossier médical (voir le DMP quand il existe) selon les règles habituelles, avec éventuel retour au médecin traitant bien entendu...

A noter que jusqu'à preuve du contraire, le patient et le médecin doivent cependant être en France, au risque de poursuite pour exercice illégal de la médecine si un médecin français effectue une téléconsultation pour un patient sur le sol américain par exemple, ou si un médecin étranger vient à proposer des consultations à des personnes en France. Dans l'attente des premières jurisprudences, le SNPP ne saurait que vous recommander la plus extrême prudence en matière de droit international de la santé !

Côté pratique enfin, la sécurité sociale reconnaît FaceTime ou Skype comme suffisants en termes de sécurisation des données pour la communication audiovidéo. Mais ces services ne permettent pas la sécurité des transferts d'ordonnance éventuels, ou d'examen complémentaires (suivi biologique par exemple). Les emails habituels non sécurisés ne sont pas autorisés pour la communication de données

soumises au secret médical (mais le patient peut nous lire son document, ou nous le montrer à l'image pendant la TC)<sup>1</sup>. Mais on peut envoyer l'ordonnance par courrier postal. Le paiement à distance peut se faire par virement mais n'est pas forcément bien vu de tous. Des plateformes de TC se développent à toute vitesse pour s'emparer d'un marché promis à un bel avenir. Elles proposent un système complet clé en main, sécurisé côté patient et côté médecin, permettant la communication audiovisuelle bien sûr, la gestion d'un planning en ligne, de figurer donc parmi une liste de médecins consultables sur leur site (ce qui n'exonère pas du parcours de soins et de voir une première fois le praticien en consultation physique). Ces plateformes proposent un paiement par carte bancaire pour le patient, avec un virement ensuite au médecin. Bien sûr, tout cela est pratique pour assurer la sécurité et la fonctionnalité de la TC... mais cela a un coût ! Par exemple, Doctoconsult.com (créé par une psychiatre) facture 10 % de frais pour les médecins en secteur 1, et 15% pour le secteur 2. Mais la concurrence s'accroît.

Le forfait structure sera complété pour couvrir les nouveaux frais : 350 € pour équipement, frais des plateformes, etc. (+ 175 € pour s'équiper en appareils médicaux connectés éventuels (tensiomètre, glucomètre, oxymètre à distance, etc...) mais qui concernent peu les psychiatres. Ces 350 € couvriraient donc les frais de près de 75 consultations par an sur Doctoconsult pour un secteur 1. Les secteurs 2 peuvent répercuter les frais, mais attention pour ceux qui auraient choisi l'OPTAM, cela augmente mécaniquement le taux de dépassement qui risque donc de dépasser ce qui est autorisé dans votre contrat... et donc vous risquez de ne pas bénéficier des réductions de cotisation sociale de l'OPTAM !

### TÉLÉEXPERTISE (TLExp)

La TLExp, c'est l'avis qu'un médecin demande à un autre médecin plus spécialisé ou expert dans un domaine particulier. Cela existe depuis toujours, la nouveauté c'est de le rémunérer pour les deux médecins dans un certain cadre.

Dès 2019, la TLExp sera autorisée pour les patients en ALD, en déserts médicaux, les patients en EHPAD, les détenus, le médico-social, les « maladies rares »... puis dès 2020 pour tous les patients.

Techniquement, la TLExp peut se faire sans vidéo, par échange d'emails sécurisés notamment, mais pas par un simple coup de fil. Il faudra donc utiliser le service

MSSanté/mailiz qui est gratuit et obligatoire pour tout échange de données relevant du secret médical depuis déjà quelques années (<https://mailiz.mssante.fr/>). Occasion de rappeler que tout échange de données médicales personnelles via email non sécurisé est déjà rigoureusement interdit.

Deux niveaux de complexité sont prévus (mais pas encore totalement précisés). Au premier niveau, TLExp simple, l'expert consulte par exemple un examen complémentaire, une photo de lésion cutanée, une photo de rétinographie, bref « un avis rapide à la lecture d'un document dans le cadre d'une situation clinique simple ». La TLExp approfondie, elle exige « un avis circonstancié » dans le cadre d'une « situation clinique difficile et/ou d'un malade fragile » (bilan pré chimiothérapie, suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire...).

Le niveau 1 ouvrira droit à 12 € pour l'expert, et 5 € pour le médecin requérant pour peu que le patient soit informé, que son consentement soit recueilli, qu'un compte-rendu soit rédigé et mis au dossier médical. Un maximum de 4 actes /an/médecin pour un même patient est prévu. Pour le médecin requérant, c'est un maximum de 500 € /an.

Pour le niveau 2, on passe à 20 € pour l'expert, 10 € pour le requérant.

### ENJEUX ÉTHIQUES ET CONSÉQUENCES SYNDICALES

Deux principaux enjeux éthiques sont à étudier dans la mise en place de la télé-médecine :

- *Qu'est-ce qu'une téléconsultation d'un point de vue clinique ?*

Le sacrosaint « transfert » peut-il s'appliquer en téléconsultation ? La relation thérapeutique est-elle modifiée par l'outil utilisé ? Il serait difficile de croire que rien ne change. Tout change-t-il pour autant ? Doit-on considérer que le changement est accessoire ou qu'il est profond ? La nécessité de la vidéo corrige déjà quelques risques de « déconcentration » d'un côté ou de l'autre. Mais il s'agit certainement d'une nouvelle pratique qui se développera beaucoup, et qu'il convient de questionner. J'ai, pour ma part, accepté quelques fois d'utiliser ce système, et ma première impression est troublée : ce n'est pas pareil, mais ce n'est pas moins bien a priori, et les patients ont montré un investissement des plus sérieux

---

(1) Google assume par exemple de lire nos emails, et les transmettre à des sociétés tierces en vue de cibler la publicité comme l'a révélé le Wall Street Journal le 2/07/2018. Tech's 'Dirty Secret': The App Developers Sifting Through Your Gmail Software developers scan hundreds of millions of emails of users who sign up for email-based services, By Douglas MacMillan.

dans l'aventure. Sans doute donc une nouvelle pratique, qui ne doit pas remplacer l'ancienne, devrait plutôt rester marginale, mais répond à des situations où la demande de soin est légitime et le médecin ne peut plus l'ignorer sous prétexte qu'on ne vient pas jusqu'à son cabinet. Que ceux qui s'offusqueraient de cette pratique en profitent pour exercer dans les déserts médicaux.

● *Qu'est-ce qu'une téléconsultation dans un monde marchand de plus en plus ubérisé ?*

Les conditions de parcours de soin et de patient préalablement connu viennent limiter le risque de l'ubérisation de la médecine. Mais pas l'abolir. On peut craindre que des plateformes industrielles ou assurantielles ne proposent leurs services low-cost à la place des soins présents de qualité que la sécurité sociale défend ici. Ainsi, des exceptions à ces deux principes sont prévues pour les patients sans médecin traitant, ou si le médecin traitant n'est pas disponible assez vite. Dans ce cas, pour empêcher des plateformes de s'emparer d'un marché non régulé, les patients qui souhaitent obtenir des remboursements de leurs TC devront se tourner vers des Organisations Territoriales de Soins (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en équipes de soins primaires (ESP), en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou en centres de santé). Ces « organisations » doivent réorienter au plus vite vers le parcours de soin normal, et proposer un médecin traitant. Si on peut craindre des dérives, il faut néanmoins rappeler qu'une médecine low-cost resterait une médecine à pleine responsabilité professionnelle...

Enfin, ce dossier pose la question de la place de nouvelles entreprises privées dans les soins. Ces dernières années ont vu apparaître :

- Les éditeurs de logiciels médicaux de gestion de cabinet, de dossiers médicaux, les logiciels d'aide à la prescription : hellodoc, axissanté...
- Les éditeurs de solution de télétransmission de feuilles de soin électroniques, parfois intégrés dans les logiciels de gestion de cabinet, ou par un simple boîtier lecteur de carte vitale sans ordinateur.

- Les banques qui fournissent des lecteurs de carte bancaire, croisant donc le secteur bancaire avec le secteur de la santé, et encore plus quand le lecteur de carte bancaire sert de lecteur de carte vitale. Ce qui n'est pas sans impact pour les patients qui négocient une assurance de crédit immobilier par exemple.
- Les messageries sécurisées : apycrypt (payant), mailiz-mssanté (gratuit)
- Les agendas en ligne partagés comme Doctolib ou MonDocteur (qui vient d'être racheté par doctolib).
- Et désormais les plateformes de TC, parfois croisées avec les logiciels de gestion de cabinet, la télétransmission, la messagerie sécurisée et l'agenda en ligne.

Ce pouvoir croissant d'entreprises privées représente une puissance économique gigantesque à l'échelle internationale, parfois comparée à celle de l'industrie du médicament. Ces entreprises, comme les complémentaires santé, ont tendance à fusionner quand elles survivent à une concurrence torride.

La sécurisation des données devient tellement complexe qu'il devient quasi illusoire d'imaginer des solutions logicielles développées par des médecins, dans un but non lucratif.

Or la sécurisation des données est forcément faillible aussi bien sur les bons vieux dossiers papiers que sur les versions informatisées, mais les failles n'y ont pas les mêmes conséquences : un cambriolage qui donnerait accès aux dossiers papiers n'aurait qu'un impact local. Un piratage informatique peut avoir une ampleur mondiale. Et on a commencé à en voir des effets. Ainsi aux Etats-Unis : 176 millions de dossiers de santé ont été piratés entre 2010 et 2017 (JAMA. 2018;320(12):1282-1284. doi:10.1001/jama.2018.9222).

Il est plus que jamais nécessaire d'avoir un recul éthique sur les pratiques, qui ne peut se contenter d'une simple passivité devant la modernité qui avance quand même.

**Elie Winter**

## Actualités syndicales

---

La signature par la CSMF de la convention constitue le fait essentiel de ces dernières semaines, peu de temps après le SML. Le président de la CNAM, Nicolas Revel, peut dire qu'il a atteint un de ses buts : tous les syndicats représentatifs se trouvent désormais signataires.

Le changement immédiat porte sur le retour des représentants de ces deux syndicats au niveau des Commissions Paritaires Régionales et Locales (départementales).

Des élections se tiennent donc au niveau de ces instances pour élire les présidents de la section professionnelle. La seconde section "sociale" comprend les représentants des différents syndicats et ceux de la société civile, le médecin directeur des médecins conseils et certains d'entre eux siègent aussi, comme les administratifs de la caisse locale en relation avec cette instance. Compte tenu du nombre des syndicats (CSMF, SML, MG, FMF, UFML, Le Bloc) ces élections se décideront en fonction des alliances régionales et locales.

Les séances commencent par la présentation des statistiques en regard de leurs évolutions et des prévisions mises en correspondance avec l'ONDAM. Les échanges portent ensuite sur les explications données de chaque participant puis sur les possibilités de faire évoluer les pratiques. Pour la section professionnelle, ces informations permettent aussi de comprendre sur quels axes vont porter les investigations des médecins contrôles et leurs rencontres avec les confrères. Rappelons que les médecins sont aussi ciblés pour leurs "délits statistiques" établis à l'échelon national, puis pondérés à l'échelon local par des comparaisons avec les chiffres correspondants aux pratiques des confrères de proximité ayant une pratique comparable ; les Arrêts de Travail en sont un bon exemple, un nombre supérieur à la moyenne doit pouvoir se "justifier" par une pratique spécifique.

La CSMF et le SML ont décidé de signer pour négocier l'avenant 6 de la convention, portant sur les téléconsultations. Il s'agissait pour eux de négocier une tarification égale entre téléconsultation et consultation présente, ce qui a été obtenu. L'enjeu était aussi de permettre au médical de garder la main sur ce qui est appelé à connaître un essor considérable, comme en témoigne le nombre croissant des organismes qui nous proposent leurs services, y compris les suédois qui en ont une grande expérience chez eux.

Le risque vient en particulier des plateformes, comprenant un grand nombre d'intervenants, et qui répondent en permanence. Les conditions mises par la CNAM aux remboursements des actes ont pour but de limiter les pratiques inflationnistes de ces structures, par exemple l'obligation d'inscrire la téléconsultation dans le parcours de soins, ou l'obligation de choisir un médecin généraliste près du lieu de la téléconsultation en situation de voyage.

Pendant nos doutes viennent des exceptions expliquées par la volonté de la caisse de faciliter l'accès aux soins. Ainsi en situation "d'urgence", le patient peut choisir qui il veut ; de même s'il estime que le délai proposé par le correspondant logique est trop long, selon des critères non définis.

La prescription est sécurisée en envoyant chez un pharmacien l'ordonnance par QR code.

Mais les arrêts de travail ne peuvent pas être prescrits par téléconsultation, ce qui pourrait limiter l'incitation à y recourir.

Nous devons rester très vigilants aux modifications que cette "révolution" va induire dans la pratique de notre spécialité.

**Claude Gernez**

## Des psychiatres pyromanes au chevet de la psychiatrie malade

---

Depuis des années la psychiatrie française est en souffrance. Les hôpitaux psychiatriques se voient retirer toujours plus de moyens et les psychiatres se voient soumis à la dictature du chiffre et de la rentabilité. Des situations tellement dramatiques qu'elles finissent par intéresser la presse. Les psychiatres libéraux constatent que les honoraires stagnent les bonnes années et diminuent le reste du temps comme dans une valse triste.

Cette souffrance de la psychiatrie est la conséquence d'une politique générale aux ordres du monde commercial. L'Institut Montaigne dirige en grande partie cette politique par différentes filières et se propose de réanimer le système de santé en France. Cette réanimation semble d'abord commencer par de l'asphyxie... L'Institut Montaigne est financé par les très grandes entreprises françaises et par l'hospitalisation privée. Pour compléter cet étouffement suivi de réanimation, l'Institut Montaigne s'est rapproché (ou a créé) de FondaMental, une fondation de recherche psychiatrique, dont le Président est le PDG de Rothschild et Cie, financée par l'industrie pharmaceutique et l'hospitalisation publique. Cette fondation a pour ambition : vaincre les maladies mentales !

FondaMental affirme que la maladie mentale est une maladie comme les maladies somatiques. Les recherches de la fondation vont vers l'imagerie cérébrale, la génétique ou des pathologies somatiques qui seraient responsables de pathologies mentales. L'ensemble de ces programmes est soutenu par des têtes de gondoles que sont les centres experts de différentes pathologies psychiatriques. Des centres experts qui sont loin de montrer une quelconque efficacité clinique quand ils ne sont pas affligés. La confirmation du diagnostic semble prépondérante par rapport aux soins des malades. L'argent de FondaMental permet de s'approprier une partie du système hospitalo-universitaire.

Les deux officines se sont regroupées pour coéditer un ouvrage sur la souffrance de la psychiatrie : *Psychiatrie : l'état d'urgence*, avec l'aide de deux psychiatres très impliqués dans une psychiatrie rentable au prix de la valorisation de l'expertise et au détriment du soin et de la relation thérapeutique.

Après la sortie de ce livre sponsorisé, ces deux psychiatres décident de faire leurs États Généraux de la psychiatrie (mais sur une idée de la Fondation de France et de l'Institut Montaigne) à eux tous seuls mais avec les soutiens de grandes firmes pharmaceutiques, assurantielles et aussi de l'État. Bref des États généraux de la psychiatrie rentabilisée et labélisée. Des États Généraux de la psychiatrie sponsorisée par l'industrie pharmaceutique et par les assurances qui ne représentent pas la profession. La politique commerciale détruit la psychiatrie relationnelle et plonge de nombreux psychiatres dans la souffrance au travail. Après l'avoir bien étouffée, le commerce poursuit la réduction du coût des soins avec pour objectif de faire enfin des bénéfices avec les hôpitaux. En fait d'États généraux, il s'agit plutôt de Magasins généraux où les slogans sont plus importants que les faits et avec l'ouverture de nouvelles boutiques expertales. Le poids financier de L'Institut Montaigne et de FondaMental devrait assurer une bonne couverture médiatique à ce salon.

Aujourd'hui de nombreux psychiatres, consciencieux et proches des malades, quittent l'hôpital pour la psychiatrie de ville qui peut conserver une pratique relationnelle. La psychiatrie libérale risque, à son tour, d'être menacée par le monde commercial avec des maisons de santé qui se verront avoir des dotations en fonction de résultats financiers. Les malades mentaux ne seront plus traités qu'en superficie et les psychiatres de ville devront à leur tour faire de la psychiatrie-vitrine. C'est la médecine dans son ensemble qui est attaquée et en premier lieu la psychiatrie qui n'a pas un vrai substratum anatomique et une biologie hasardeuse.

Face à ce monde commercial qui tous les jours nous étouffe un peu plus, il faut nous unir et rejoindre l'AFPEP-SNPP qui est le seul syndicat à défendre authentiquement la psychiatrie d'exercice privé mais aussi l'ensemble de la psychiatrie sans compromission avec l'industrie pharmaceutique, les banques et les assurances.

**Michel Jurus**

## Mise au point sur le Conseil de l'Ordre

---

Les statistiques de la MACSF indiquent que les psychiatres viennent loin derrière d'autres spécialités en ce qui concerne les poursuites par les patients, ces chiffres correspondent aux affaires jugées devant les juridictions civiles ou pénales. Nous nous réjouissons de cette situation. La situation au niveau des Conseils de l'Ordre Départementaux n'est pas aussi simple, que ce soit les plaintes déposées par les patients, leur famille, un confrère de la même spécialité ou d'une autre.

Chaque COD comprend une Commission de Conciliation composée d'élus départementaux et inscrits à cette commission. Chaque plainte déposée est reçue par un(e) conseiller(ère) juridique. Il faut noter aussi que cette structure ne dispose d'aucun pouvoir d'investigation et ne peut se référer qu'aux documents envoyés par chacune des parties, il est donc recommandé à ceux qui y sont confrontés d'envoyer le minimum de renseignements relatifs aux faits reprochés.

Vient ensuite la confrontation entre les parties : il est possible à chacun de se faire assister par une personne de son choix, sans nécessité d'une qualification professionnelle. Le (les) rapporteur(s) tentent alors de parvenir à un accord qui permette le retrait de la plainte ; dans le cas inverse, la plainte se reporte vers l'échelon régional, où le juge est assisté de médecins élus à partir des conseils départementaux. Le rapporteur décrit la situation au conseil départemental qui décide de s'associer à la plainte s'il estime qu'il y a un manquement de la part du médecin en cause. Le niveau national intervient quand il y a appel du jugement régional.

Ces procédures sont éprouvantes, d'autant que les confrères ne ressentent pas leur conduite comme répréhensible.

Un point mérite d'être souligné : les plaintes concernant les certificats sont en augmentation.

Il y a les lettres écrites pour la garde d'enfant de parents divorcés: nous ne pouvons témoigner que de ce que nous observons et il nous est interdit de prendre parti pour influencer une décision judiciaire.

Actuellement, la souffrance au travail se trouve la cause la plus importante de plaintes : nous ne devons pas marquer qu'une dépression est en relation avec la situation professionnelle du patient. A nouveau, nous ne pouvons témoigner que de ce que nous avons constaté. Il faut aussi considérer qu'une lettre adressée à un médecin conseil et remise au patient dans ce but peut se retrouver entre les mains d'un avocat pour une démarche de jugement des prud'hommes. Dans cette situation, l'avocat de l'employeur porte plainte et il est certain de gagner, sauf si le médecin retire son certificat. Cet exemple se présente assez souvent et ne peut pas être considéré comme juste un "cas d'école".

Restent les positions militantes, mais ceux qui les choisissent doivent savoir qu'ils se trouvent dans cette situation.

En conclusion, il semble important de rappeler que notre désir du meilleur soin ne doit pas s'accompagner d'une trop grande naïveté.

**Claude Gernez**

## Expertise des demandeurs au titre de séjour pour des raisons de santé

---

Avec la loi du 7 mars 2016<sup>1</sup>, et son application dès janvier 2017, le droit au séjour pour les étrangers malades est évalué par le service médical de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) qui relève du ministère de l'intérieur après l'avoir été par les ARS et le Ministère de la Santé.

Jusqu'en 2016, les avis des ARS étaient souvent contrés par les préfectures affirmant que des soins étaient possibles dans le pays d'origine du demandeur, sans tenir compte des situations particulières des patients ni des réalités de chaque pays, en particulier pour raisons économiques.

---

(1) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164264&categorieLien=id>.

C'est désormais le service médical de l'OFII qui refuse massivement ce droit aux soins en France, confirmant les craintes de l'ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers) sur le risque à confier une telle évaluation à un service médical employé par le ministère de l'intérieur<sup>2</sup>. Les chiffres des refus ont connu en 2017 une augmentation suspecte et encore plus pour la psychiatrie : 73,5% de refus des dossiers pour motif psychiatrique. La clinique du traumatisme semble particulièrement minimisée dans la plupart des situations de refus.

Pourtant, l'OFII affirme être le point d'ancrage d'une politique d'intégration et le lieu d'accueil de tout immigré sur notre sol. Cet organisme se veut, dans son texte de présentation, fidèle à sa tradition d'accueil et d'intégration et affirme que la France conduit, en matière d'immigration, une politique faite de générosité et d'humanisme avec, comme ligne d'horizon, le dépassement des valeurs d'origine et l'adhésion à des valeurs communes qui sont celles de la République<sup>3</sup>.

Le SNPP affirme que les valeurs républicaines sont aussi essentielles dans le cœur des soins et de l'expertise médicale. Nous sommes aussi attachés à l'indépendance professionnelle des psychiatres dans l'ensemble de nos pratiques. L'avis des psychiatres- très souvent libéraux- qui soignent ces hommes et femmes devrait avoir une place reconnue dans les conclusions des experts. Nous ne pouvons que nous inquiéter de cette dérive administrative sur les soins à l'hôpital et les centres de santé qui va aujourd'hui jusqu'à confier au ministère de l'intérieur des décisions médicales. Les demandeurs au titre de séjour pour des raisons de santé ont le droit à être expertisés dans des conditions dignes et indépendantes de tous les conflits d'intérêts.

**Michel Jurus**

(2) *Mise en garde de l'ODSE avant la mise en place de la nouvelle procédure d'évaluation par l'OFII (2015)*  
[http://www.gisti.org/IMG/pdf/pjl\\_etrangers\\_analyse-odse-201501.pdf](http://www.gisti.org/IMG/pdf/pjl_etrangers_analyse-odse-201501.pdf) Lettre de l'ODSE (mars 2018). Lettre ouverte de l'ODSE en mars 2018  
<http://www.odse.eu.org/Lettre-ouverte-au-ministre-des>  
*Rapport de la Cimade :*  
[https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/06/La\\_Cimade\\_Soigner\\_Suspecter.pdf](https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/06/La_Cimade_Soigner_Suspecter.pdf).

(3) <http://www.ofii.fr/qui-sommes-nous>.

## Autismes, handicaps

### Des projets gouvernementaux... Mais où sont les psychiatres ?

L'Autisme a été reconnu et placé par E. Macron et son gouvernement, au sein des troubles neuro-développementaux. Cela satisfait un certain nombre de familles qui le réclamaient au nom d'une exclusivité de l'origine de ce trouble et afin d'éviter l'approche de soins psycho dynamique.

La majorité des pédopsychiatres, qu'ils soient psychanalystes ou pas, prennent en compte, eux, une origine multifactorielle qui associe des facteurs génétiques, psychiques et neuro-environnementaux. De façon incontestable, des autismes sont associés à une pathologie cérébrale comme en atteste l'épilepsie présente dans de nombreux tableaux cliniques. Nous suivons en CMPP, un jeune enfant porteur de troubles autistiques qui a été infecté par un cytomégalovirus au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse. (virus responsable de dégâts très dévastateurs sur le cerveau du fœtus). Cela n'ôte pas la nécessité de poser des regards multidisciplinaires sur ces enfants et leur famille.

Nous lisons dans le Quotidien du Médecin du N°9685, l'été dernier « ...la prise en charge amène à réunir une communauté médicale de spécialistes de ce trouble(...). Modifier l'approche et la stratégie médicale à mettre en place. Remettre la science au cœur de la politique de l'autisme(...). Garder le médecin traitant dans la boucle, associer le médecin traitant qui assure le suivi de l'enfant à toute la prise en charge en le maintenant régulièrement informé et signifie la fin du clivage entre médecin de proximité et spécialiste... ».

La maladie autistique est observée par le prisme des maladies somatiques. Les soins sont orchestrés d'abord par le médecin traitant, avant le neurologue ou psychiatre TCC. (thérapie comportementale et cognitive).

Un projet de l'ARS en Île de France naît pour transformer l'offre d'accueil et de soins des personnes Handicapées, Autisme y compris. Je cite : « En île de France

s'engage une double démarche de transformation et de développement de l'offre grâce une mobilisation de ressources (...) à la hauteur de 200 M€ (...) Pour faire émerger 5000 solutions nouvelles (...) afin d'approcher le zéro sans solution.»<sup>1</sup>.

Allouer tant de fonds alors que nombre de postes de médecins psychiatres restent inoccupés dans les structures\* déjà existantes, revient à armer des navires pour une navigation sans capitaine à bord.

Pour exemple, un SESSAD du val d'Oise vient de fonctionner plus d'un an sans psychiatre, et il n'est pas le seul dans cette situation. En juin dernier, une directrice de CMPP de la région Centre - Val de Loire a lancé un appel sur les réseaux psychiatriques et psychanalytiques d'île de France afin de recruter un

médecin au minimum un jour par mois pour signer les documents adressés aux sécurités sociales. On entend que ce psychiatre n'exercera pas de consultations médicales. En l'absence de cette solution, faute de financement, l'ARS pourra décider de fermer leur établissement.

Le quotidien des psychiatres dans les centres de soins se dégrade. Le manque de confrères rend les tâches plus ardues et nous travaillons sous la pression de la multiplicité des tâches administratives aux dépens de notre travail de consultation, abandonnant nos petits malades à leur souffrance.

Que de contradictions entre les vœux des politiques et la réalité de terrain.

**Françoise Duplex**

(1) ARS AVIS D'APPEL À MANIFESTATION D'INTERET ARS-IDF-AMI-PH@ars.sante.fr 02 juillet 2018.

(\*) médico-social : cmpp, sessad, Ime, Impro... - Public : Cmp, Cattp, Hôpitaux psychiatriques.

## Appel à cotisation

---

Chers collègues,

L'AFPEP-SNPP est une association qui nous permet de nous informer, de nous rencontrer, d'échanger et de débattre bien au-delà du formalisme que nous proposent les différentes réformes de la santé à venir. Il ne s'agit pas uniquement de se conformer ou non au formalisme, des recommandations HAS, du partage d'informations, de moyens de travail, mais de maintenir une psychiatrie humaniste, plurielle, créative, loin des lobbies pharmaceutiques, assurantiels, d'éditeurs de logiciels ou de « solutions numériques ».

Que ceux, qui après avoir apprécié nos Journées Nationales, nos DPC, ou autres journées de travail, souhaitent nous rencontrer, il est toujours possible de venir à un Conseil d'Administration sur invitation.

Nous encourageons tous ceux qui souhaitent la vitalité de cette psychiatrie humaniste à cotiser ou renouveler leur cotisation 2018 afin de nous donner les moyens de poursuivre ce travail.

Nous vous en remercions.

**Béatrice Guinaudeau**  
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

### PSYCHIATRIES

### Revue de recherche et d'échanges

***N'hésitez pas à vous connecter***

sur le site : [www.psychiatries.fr](http://www.psychiatries.fr) / Courriel : [info@afpep-snpp.org](mailto:info@afpep-snpp.org)

## Le mot du rédacteur

Encore une fois, le BIPP se fait le témoin des engagements collectifs des psychiatres, psychothérapeutes et psychanalystes de différentes obédiences, mais qui défendent tous la qualité du soin neuropsychique dans le respect de la singularité des personnes. Le dossier spécial « *Stop à l'épidémie de TDA/H* » relate la journée du 13 octobre sur ce sujet, avec quelques interventions, en attendant un dossier complet dans une prochaine publication. Vous pourrez constater que, loin de nier l'apport des neurosciences, les propos tenus invitent surtout à une intelligence des situations, à l'éclectisme d'une psychodynamique qui prend en compte toutes les dimensions d'un diagnostic et des soins nécessaires pour des enfants en plus ou moins grande difficulté neuropsychique et psychosociale.

À l'AFPEP-SNPP, nous sommes depuis très longtemps engagés dans une approche de la pédopsychiatrie qui lutte contre la stigmatisation de la différence, contre la généralisation du handicap et contre la déviance diagnostique vers un défaut instrumental fonctionnel. Mais nous veillons à prendre en compte les progrès des neurosciences et de la pharmacologie, sans jamais être pris en otage par un dogmatisme ou un marché quel qu'il soit. Nous veillons également à maintenir un dialogue, et ses controverses, avec les pédiatres et neurologues, mais aussi avec des éducateurs et les enseignants. Nous sommes obligés de constater que la réciproque n'est pas vraie, et qu'insidieusement, les pédopsychiatres sont de plus en plus écartés du questionnement sur les troubles neuropsychiques des enfants.

Sur ce point, comme sur tous les autres, les colonnes du BIPP vous sont ouvertes pour engager le débat et la controverse dans la rubrique *Tribune libre*.

Cette année 2018 a été riche d'événements dont certains dramatiques, et qui nous ont obligé à réfléchir et à inventer un soin adapté (terrorisme, errance souffrante des migrants...). Vous recevez régulièrement notre *News Caractères* dans laquelle nous vous informons sur les mesures qui concernent la psychiatrie et les psychiatres. Qu'il s'agisse de coupes budgétaires, de la contention, de la standardisation, du contrôle, de la marchandisation de la médecine, nous tentons d'agir avec nos moyens contre tout ce qui dégrade nos fondamentaux d'une psychiatrie à visage humain, celle pour laquelle vous nous avez choisi pour la défendre.

Comme vous avez pu le constater, nous avons multiplié les journées de formation : Journée de Printemps à Reims, Journées Nationales à Angers et de nombreuses sessions de DPC. Toutes ces actions

mobilisent une énergie et une volonté de la part de bénévoles qui restent à votre écoute pour assurer une réflexion et un enseignement conforme à vos attentes. N'hésitez pas à nous rejoindre pour participer à la conception et à la réalisation de ces temps de formation qui nous sont précieux comme à vous.

Et puis, un constat : excepté les appels de confrères et consœurs qui se confrontent à des problèmes dans leur exercice, nous avons peu de retour sur les apports que nous mettons à disposition pour vous informer, pour dialoguer avec vous et pour vous engager à nos côtés. Le site, la News, la revue BIPP, la revue Psychiatries vous conviennent-ils ? Répondent-ils à vos attentes ? Pensez-vous, par exemple, que l'édition papier du BIPP est encore nécessaire ou, comme le font de nombreuses associations, passe-t-on à une publication dématérialisée ? Seriez-vous prêts, pour ceux qui ne sont pas adhérents à l'AFPEP-SNPP, à payer une somme modique afin de continuer à recevoir l'édition papier du BIPP ? Et bien d'autres questions que nous nous posons, dont les réponses seraient facilitées si vous acceptiez d'adresser à notre secrétariat vos commentaires, critiques, articles, informations, avis... !

La courbe démographique des psychiatres s'infléchit vers une réduction et un vieillissement, ce qui a de quoi inquiéter, mais nous constatons depuis peu un certain réveil et un engouement pour une psychiatrie dont l'exercice évolue avec les jeunes confrères. Le débat s'est engagé à l'occasion de nos journées nationales à Angers lors des échanges et des tables rondes autour de l'intergénération et de la transmission. Si certaines positions des jeunes psychiatres peuvent heurter quelques têtes blanches, nous sommes agréablement surpris de les voir se rapprocher de nous, y compris de s'inscrire et de participer à nos actions syndicales et scientifiques. Ce renouveau, avec son éclectisme, laisse présager une meilleure ouverture et proximité de l'AFPEP-SNPP avec la psychiatrie privée, médico-sociale et publique actuelles.

Nous avons besoin de votre aide pour poursuivre nos engagements syndicaux et scientifiques, dont une recherche conduite sur la souffrance au travail des psychiatres. Cette aide, elle est bien sûr d'adhérer à l'AFPEP-SNPP, mais aussi de venir nous rejoindre dans nos multiples activités : conception et mise en forme dans le cadre de l'ODPCPP, participation au comité de rédaction de la revue Psychiatries et de la revue BIPP, représentation régionale, recherche, défense syndicale... Rejoignez-nous, plus on est de fous... mieux on les défend.

**Thierry Delcourt**

## ODPC – PP : le point du secrétaire général

### En 2018...

L'année qui se termine a été dense et mouvementée pour notre ODPC-PP. Le Bureau a été renouvelé, après le départ de Françoise Labes qui avait énormément œuvré pour la structuration et la pérennisation de cette association, qu'elle en soit encore remerciée ; des adhérents très actifs ont rejoint l'équipe d'élaboration des programmes (Françoise Duplex, Agnès Ouvrard, Élie Winter) et j'ai moi-même coiffé la casquette de secrétaire général ; Thierry Delcourt (président) et Michel Jurus (trésorier) concourent à la recherche et la fabrication des sessions, et à maintenir pour que vive l'association grâce à leur connaissance de ce milieu, pour ne pas dire cette jungle, de l'ANDPC et de l'HAS ; Rania Gard assure le secrétariat efficace indispensable pour la bonne réalisation des séances et la vie de l'association.

Je reviendrai plus largement dans le rapport annuel sur le déroulement des différentes sessions de l'année, lors de l'AG en mars 2019.

Mais je souligne qu'à partir de la mi-2018, nous avons connu une recrudescence des contrôles de conformité des programmes par l'ANDPC ; ceci a entraîné un surcroît de travail, toujours dans l'urgence, qui a permis de faire confirmer la validation de la plupart de nos sessions, à l'exception toutefois de celle concernant la prescription des psychotropes en psychiatrie, qui sera remise prochainement à plat pour obtenir la validation en 2019.

En effet au cours de l'année 2018, la montée en puissance du dispositif de l'ANDPC avec notamment l'installation des CSI (Commissions scientifiques indépendantes) a entraîné une remise en question plus incisive de la mise en forme de nos programmes de formation, et de leur adéquation aux objectifs de référence.

Depuis la Loi de Modernisation de notre système de santé publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2016, la notion de « programme DPC » a été remplacée par celle de « parcours DPC », composé d'actions de formation, d'analyse et d'évaluation des pratiques, d'actions de gestion des risques, l'ensemble devant être réalisé sur des périodes de 3 ans.

Les « parcours DPC » seront proposés par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et collèges de bonnes pratiques par profession et par spécialité. À ce jour, ce dispositif n'est pas opérationnel pour la psychiatrie.

### Rappels sur les obligations pour les médecins

Depuis la parution de la Loi de Modernisation de 2016, l'obligation de formation est devenue triennale : le professionnel de santé doit participer à son « développement professionnel » non plus en respectant un minimum annuel, mais est contrôlé par les organismes ad hoc pour une période de 3 ans (pour les médecins, le Conseil de l'Ordre est chargé de cette mission). La première période triennale a débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et prendra fin le 31 décembre 2019. L'exigence est plus qualitative que quantitative : il n'y a pas, à ce jour, de minimum de durée de formation requis pour chaque période triennale, mais il est exigé du professionnel de santé qu'il participe, dans chaque période, à au moins deux types d'action de DPC : formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, gestion des risques. Les types d'action que vous pouvez trouver auprès de l'ODPC-PP sont mentionnés dans le descriptif de la session, une session pouvant réaliser simultanément plusieurs types d'action.

Jusqu'à maintenant par ailleurs, et à concurrence de l'épuisement du budget annuel de l'ANDPC (ce qui intervient en général bien avant la fin de l'année civile), un médecin est en moyenne indemnisé pour 21 heures de formation par an ; ce qui représente couramment 3 sessions présentielles d'une journée entière. D'autre part, il est possible évidemment de participer à des formations validantes au titre du DPC mais non indemnisées.

Toutes les informations utiles peuvent être retrouvées sur le site de l'ANDPC : [agencedpc.fr](http://agencedpc.fr) et sur le site dédié aux professionnels de santé : [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)

### Perspectives pour 2019

Pour l'année prochaine, l'ODPC-PP prépare les sessions dans une perspective de diversification des formations, en fonction des directions données par l'ANDPC et dans le souci de maintenir vivace le style de travail de notre association. Nous allons donc poursuivre notre action afin de participer à fournir aux psychiatres libéraux la possibilité de remplir leur obligation de formation tout en vivant des temps d'échange et d'enrichissement. Nous avons le projet de varier plus les types d'actions proposées en concevant des actions d'évaluation des pratiques professionnelles et de gestion des risques.

Des sessions déjà réalisées avec succès les années précédentes seront mises à jour et à nouveau proposées : Les pratiques de prescription en

psychiatrie, Évolution des traitements de l'alcoolodépendance, Éthique et psychiatrie, Initiation à la psychosomatique relationnelle, Souffrances psychiques des médecins libéraux.

Des projets de nouvelles sessions sont en cours d'élaboration, dont nous vous donnerons des nouvelles très prochainement, sur des sujets divers :

Souffrances au travail, Pathologies de l'enfant (phobies scolaires...), Neurosciences et clinique en psychiatrie. Les suggestions et propositions pour d'autres sujets par les adhérents sont les bienvenues !

**Olivier Brunschwig**  
*Secrétaire général ODPC – PP*

---

---

## Prochaines sessions de formation avec l'ODPC – PP

---

---

Les lieux et les dates des prochaines sessions de formation proposées par l'ODPC-PP vous seront précisés ultérieurement, mais nous pouvons d'ores et déjà vous annoncer la tenue des sessions suivantes au cours de l'année 2019. Nous vous communiquerons les informations par la News Caractères ou en téléphonant à notre secrétariat :

### **DPC Éthique et Psychiatrie** (sur une journée)

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 ?

### **DPC Les pratiques de prescription en psychiatrie** (sur une journée)

La prescription des molécules relève de la responsabilité et de l'éthique médicale, donc nécessite une mise à jour constante des connaissances pharmacologiques, dont les différentes sources nécessitent une lecture critique concernant autant les biais liés à l'expérience individuelle du praticien, que ceux dépendant des sources d'information scientifique, tout en tenant compte du rôle majeur que vient prendre la prescription médicamenteuse dans la relation psychothérapeutique entre médecin et patient. Cette journée, complètement indépendante de l'industrie pharmaceutique, permettra une actualisation des connaissances sur les psychotropes, leur usage d'un strict point de vue pharmacologique, les surveillances des effets secondaires, les examens complémentaires de suivi recommandés, mais aussi d'un point de vue transférentiel au sein de la relation thérapeutique. Elle nous aidera à connaître et à faire une lecture critique des différentes recommandations concernant les psychotropes. La place du médicament sera analysée tant dans son aspect pharmacologique que clinique,

incluant son rôle au sein même de la relation médecin-malade, c'est-à-dire tant dans ses aspects « objectifs » que « subjectifs ».

### **DPC Souffrances au Travail** (sur une journée)

Les symptomatologies liées à ce qu'il est maintenant convenu de nommer « souffrance au travail » représente depuis plusieurs années une part croissante des demandes de consultation adressées aux psychiatres, notamment en exercice libéral. Les situations peuvent être dangereuses pour les personnes concernées, générant parfois d'authentiques urgences vitales, nécessitant une réponse efficace très rapide, qu'il faut donc savoir repérer. Ce phénomène paraît ne pas devoir décroître dans un avenir proche, voire s'amplifier encore malgré les décisions des instances vouées à veiller sur la santé des travailleurs. Il est donc d'une grande importance, pour les praticiens, de consacrer un temps de réflexion à la clarification de quelques notions à ce propos.

Cette session de Formation professionnelle et d'Évaluation des pratiques professionnelles a pour but d'aider les participants à répondre au mieux à ces situations qui paraissent souvent semblables voire stéréotypées, et sont chaque fois particulières dans leurs origines et leur développement, puis leur résolution. Cette contradiction apparente tient à la pluralité des facteurs de causalité, dont certains sont objectifs et donc objectivables sans difficulté, d'autres du registre subjectif et par conséquent d'un abord plus délicat et plus progressif. C'est pour cela que la consultation psychiatrique a toute sa pertinence et sa légitimité, afin de, dès le premier temps du soin, parer à une éventuelle urgence médicale psychique et/ou somatique, et commencer à préciser les origines et significations du symptôme. Cette clarification se fait au mieux avec la prise en compte simultanée des autres dimensions impliquées dans sa formation : socio-professionnelle, juridique, médicale somatique, etc. On étudiera donc l'articulation entre les actions des différents professionnels d'autres champs intervenant éventuellement : médecins somaticiens et psychiatres, psychologues, juristes et avocats, médecins du travail, représentants des ressources humaines de l'entreprise, représentants du personnel, etc.

La présentation de cas cliniques servira à exposer les différentes méthodes d'intervention auprès des patients-travailleurs, et réfléchir aux divers niveaux d'implication auprès de ceux-ci, qui doit toujours être adaptée au mieux à leur situation clinique, sociale et socio-professionnelle. On étudiera particulièrement les syndromes d'épuisement (alias « burn out »), de stress prolongé avec ou sans traumatisme, de harcèlement, en intégrant dans cet abord l'intrication fréquente des diverses causes de souffrance et d'agression. On s'intéressera à l'alliance thérapeutique, à l'accompagnement tenant compte

des résistances, à la nomination et la compréhension des causes, des dysfonctionnements dans l'entreprise, et des phénomènes, au soutien dans la réalisation des démarches nécessaires ; tout en respectant la temporalité subjective du patient. L'association fréquente de consommation excessive de substances psychoactives, voire d'addiction, sera également abordée.

On portera une attention particulière au cours de cette session à l'utilisation de l'arrêt de travail : ses indications, avantages, inconvénients, modalités ; aux relations avec le médecin-conseil de l'assurance-maladie et avec le médecin du travail, dans le cadre d'un dialogue qui doit toujours être orienté à l'avantage du patient-travailleur en difficulté, dans le respect de la déontologie médicale. On étudiera également le recours aux médicaments et méthodes non médicamenteuses de soin, souvent indispensables pour obtenir une guérison.

Ces formations symptomatiques seront distinguées des symptomatologies liées à des pathologies psychiques se manifestant dans la sphère professionnelle, et seront prises en considération également dans leurs dimensions éthique et politique, avec un questionnement sur le rôle possible et acceptable pour le psychiatre dans ces situations toujours complexe et d'évolution souvent de longue durée. La consultation psychiatrique sera, tout au long de cette session, considérée avant tout comme un lieu d'accueil et de recours.

### **DPC Initiation à la psychosomatique relationnelle** (sur une journée)

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

La Psychosomatique ne doit pas uniquement se concevoir 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 consistant 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 là-même les voies de leur dissolution.

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

### **DPC Souffrance au travail des médecins spécialiste libéraux** (sur une demi-journée)

Le malaise des médecins spécialistes installés en ville s'installe souvent insidieusement et peut avoir un mode d'expression masqué, les signes cliniques de cette atteinte psychique pouvant se manifester dans

une sphère éloignée du domaine professionnel. Ce phénomène contribue à accentuer les difficultés des personnes concernées, notamment en maintenant la méconnaissance de l'origine et des causes du trouble dont elles souffrent, les entretenant ainsi dans une position de dénégation.

Le travail de cette session de DPC s'effectuera en étudiant en deux temps quelques situations cliniques : présentation de cas de souffrance au travail se traduisant de manière atypique sur le plan des symptômes, puis comparaison avec une description de dépression chez une spécialiste d'âge et de milieu socio-culturel équivalent. Nous étudierons les spécificités des situations à risque et en quoi cela les rend plus risquées, dans le contexte particulier de la fonction de médecin. Nous aborderons la fréquente dénégation des difficultés, l'isolement et la banalisation de l'automédication.

Puis nous explorerons les éléments remarquables d'une bibliographie choisie pour la théorisation de ce problème, en particulier l'œuvre de D. Winnicott. Le point de vue d'avocats sera aussi évoqué.

La discussion avec les participants se poursuivra autour de l'acte de prescription d'arrêt de travail : indications, durée, rôles du prescripteur.

Cette session sera conclue par un résumé des signes évocateurs de ces souffrances psychiques d'expression atypique, et des traitements permettant d'y remédier.

**Olivier Brunschwig**  
*Secrétaire général ODPC – PP*

---

---

## Obscur objet de la transmission ?

En contrepoint de la très intéressante table ronde qui a eu lieu aux 47<sup>èmes</sup> Journées Nationales de la Psychiatrie Privée à Angers le 6 octobre dernier, dont le thème était "Intergénération, enseignement et transmission", quelques remarques et développements me sont venus dans l'après coup. Les participants, psychiatres très expérimentés ou récemment installés, cherchaient à préciser en quoi consiste la transmission en psychiatrie, ce qui fait effet de génération en psychiatrie, l'objet transmissible et les références sollicitées pour cela, selon les générations de psychiatres.

La transmission évoquée ici se distingue de l'enseignement, nécessaire également, qui vise à initier les élèves aux savoirs référentiels indispensables pour éclairer les observations cliniques et les choix thérapeutiques ; notamment l'enseignement de la psychopathologie, dont la teneur a été grandement modifiée ces dernières décennies avec la perte d'influence de la psychanalyse.

Quelques points forts ont été dégagés, sur lesquels tous semblaient d'accord : la nécessité de disposer des conditions nécessaires à pouvoir penser son exercice (temps, références, échanges avec des pairs, etc.) Le fait que, les références psychopathologiques évoluant au cours du temps, les psychiatres des différentes générations paraissent ne plus parler des mêmes objets psychiques ; mais la création de groupes de travail intergénérationnels pallie cet écueil sans obstacle majeur.

J'ai perçu, chez les collègues plus jeunes, un besoin et une demande de temps pour penser, qui manque beaucoup au cours de l'internat, et dans les postes hospitaliers suivants. D'ailleurs, en corrélation avec les références psychopathologiques (s'il s'agit bien de ce registre !) qu'on leur propose, ils parlent souvent en termes "d'outils, "d'utilité" et de savoir-faire, c'est-à-dire implicitement dans une vulnérabilité à la domination de la conception de rentabilité des soins. La sensibilisation

est forte, à ce que la position du psychiatre, comme tout médecin, est située à la croisée du soin individuel (ou du groupe familial) et des politiques de santé, publiques et privées. Mais, si on pense en termes d'outillage, dans le dispositif du soin psychiatrique ambulatoire, le seul "outil" n'est-il pas le psychiatre lui-même, orientable selon les différentes techniques auxquelles il a recours ? Ici réapparaît dans la pratique la dimension du transfert, évacuée dans l'enseignement théorique par le refus des références psychodynamiques. À charge pour le praticien de développer et entretenir sa pensée et son positionnement critique quant à ces techniques, en se forgeant sa propre théorie ; mais celle-ci n'étant qu'un moyen de se référer à d'autres théories, à sa propre expérience, donc toujours révisable car implantée dans une dimension évolutive.

Penser éthiquement, philosopher, ne s'ajoutent pas à l'exercice psychiatrique, il n'y a là aucun supplément d'âme à gagner, ce ne sont pas des options à choisir s'il reste du temps après la séance de codage de dossiers et les réunions fonctionnelles. Comme le prouve la forte fréquentation des sessions de DPC philosophiques et éthiques de l'AFPEP-SNPP, penser est vécu par les psychiatres comme essentiel à cet exercice "libéral", cette pratique encadrée mais toujours en évolution pour s'affranchir des fixations de la pensée, des fétichismes commodes. Ceci afin de proposer aux penseurs en souffrance que sont les patients, un espace-temps propice à une mobilisation thérapeutique de leur pensée. Car il ne faut pas se tromper d'objectif : la mise en mouvement dont il est question dans la transmission en psychiatrie a comme but le patient, pas le psychiatre

qui n'en est que le médium. Quand bien même il est très plaisant de réfléchir à sa pratique professionnelle et à partir d'elle.

La bonne santé en psychiatrie n'est pas le silence de la pensée, comme on a pu concevoir autrefois la bonne santé somatique en tant que "silence des organes". Le but final du soin n'est pas de réduire le symptôme, mais de mettre, ou remettre en mouvement l'élaboration psychique du patient, afin qu'il soigne, dans la mesure du possible, les causes de son symptôme. C'est ce point de visée de la mobilisation qui doit être pris en considération dans la transmission. Donc il comporte une part d'inconnu, d'insaisissable, de non représentable même, puisque la clinique est sans cesse changeante et imprévisible. L'objet de la transmission en psychiatrie comporte donc quelque chose d'obscur, et cela me paraît hautement souhaitable, justement pour laisser une place disponible pour l'élaboration du patient, non occupée par un (faux) savoir.

Il y a là également quelque chose d'insaisissable non pas par ignorance ou insuffisance de théorisation, mais parce que : ce que les psychiatres ont à transmettre à leur patient est une représentation du temps nécessaire pour parler et écouter ensemble, pour élucider des problématiques singulières, sans se préoccuper de l'orthodoxie ni la rentabilité de ces conversations particulières que sont les consultations. Je dis donc aux psychiatres découvrant leur champ de pratique de ne pas craindre la rencontre de l'angoisse de l'autre avec, comme le disait un de mes maîtres, "rien dans les mains, rien dans les poches !".

**Olivier Brunshwig**

## Impressions après les Journées Nationales d'Angers

Ce fut ma première participation aux Journées nationales de l'AFPEP, sur ces thèmes de l'avancée en âge, de la transmission et du transgénérationnel.

### **Qu'est-ce que vieillir, qu'est-ce qu'être vieux ?**

*Du point de vue des patients, d'abord.*

À la croisée du somato-psychique, les différentes conférences m'ont permis de revisiter la symptomatologie des sujets vieillissants, du point de vue médical, notamment psychiatrique, neurologique et gériatrique, mais aussi de la perte d'autonomie ensuite, et la perte des liens avec leurs proches, leurs amis, leurs amours, leur milieu social.

Nous avons pu mesurer les difficultés pour aller à leur rencontre, les difficultés du social à investir ces personnes avançant en âge. Un espoir a pu naître aussi

du côté de la créativité, des médiums artistiques - de ce qui passe par le corps, le psychomoteur, le sensible - trouvés créés pour ceux qui ont choisi de les investir, médiums à transmettre.

Un sujet délicat tant la fragilité de ces personnes peut, dans un premier temps, épouvanter. Un tabou partant de l'impératif du « bien » vieillir, de la même façon qu'il faudrait aller bien, toujours.

Une richesse pourtant lorsqu'on accepte d'aller y voir d'un peu plus près.

*Du point de vue des psychiatres, ensuite.*

J'ai rencontré lors de ces journées un accueil chaleureux de la part de mes pairs, tout en constatant néanmoins une difficulté dans la transmission lors de la table ronde, d'une génération à l'autre, entre trois générations successives.

Pour mon propos je me situerais dans la génération du milieu, et dans l'intrication psyché-soma. Dans le domaine de la psychiatrie, j'ai constaté un hiatus entre mes aînés issus de la « psychiatrie psychanalytique » et les plus jeunes venant d'une « psychiatrie utilisant différents champs théoriques », mosaïque issue des champs de la biologie, des théories de l'attachement, cognitives, neurologiques, pharmacologiques etc.

Trois générations, l'ancienne faisant référence majoritairement à la psychanalyse, l'entre deux, et la nouvelle génération faisant référence à d'autres courants de pensée. J'ai constaté comme une incompréhension entre l'ancienne et la nouvelle génération, l'ancienne se disant peut être qu'elle n'arrivait pas à transmettre, la nouvelle se demandant de quoi on parle...

La psychanalyse a joué un rôle dans l'exercice des psychiatres qu'elle semble moins jouer aujourd'hui. Pourquoi ?

- La question du dogme ?
- Le vieillissement de concepts devenus désuets ?
- L'engagement dans le collectif ?

D'abord l'engagement dans un projet devient difficile... s'il s'agit de reprendre des concepts de psychothérapie institutionnelle ou de la psychanalyse, en tenant compte du contexte social de rationalisation des soins corrélativement à la rationalisation des dépenses de santé, de la politique de santé publique et du déficit budgétaire.

Il s'agira alors de prendre ce qui marche, qui a fait ses preuves. L'humain y serait-il réductible dans sa subjectivité ? La difficulté réside dans la réalisation et la diffusion d'études montrant la pertinence d'un outil comme les psychothérapies d'orientation psychodynamique ou psychanalytique versus des thérapies cognitives ou comportementales, réalisées sur une durée courte avec des données dites chiffrables. Des données existent pourtant...

Concernant le collectif, les jeunes psychiatres qui arrivent actuellement ont pu constater comment une administration peut rayer de la carte et du territoire, de la géographie et de l'histoire, l'engagement d'une vie dans un projet de soins, un projet institutionnel, celui d'un aide-soignant, d'un infirmier, d'un médecin, d'un psychologue, jusqu'à l'éminent professeur. Alors, comment pourraient-ils s'y risquer sans avoir l'impression d'y perdre une vie ?

Comment résister à cette attaque ? Comment rester suffisamment créatif alors qu'il s'agit de survivre à la destructivité d'une politique de santé, d'une politique mortifère de rentabilisation de soins, de la masse de l'humain ?

Les jeunes psychiatres auront peut-être préféré, aujourd'hui organiser un repli d'emblée... ou une solution de sortie vers d'autres horizons au risque de les désolidariser, de les couper d'une quelconque transmission. D'autant que parmi les plus vieux :

- Certains auront choisi, eux aussi, d'abandonner la référence à la psychanalyse.

- D'autres plutôt séduits par le dogme, la messe et la répétition du même, auront choisi de réciter la leçon vieillissante plutôt que de rester créatif et de renouveler la recherche psychanalytique, ou l'art du prendre soin.

Il nous serait peut-être possible de nous rassembler un peu mieux si nous pouvions considérer que le travail d'élaboration est sans cesse à re-découvrir et à re-crée, ce que nous ont montré les artistes de ces journées. Si nous pouvions simplement considérer qu'il faut arrêter d'ériger le corpus psychanalytique comme un dogme mais bien plus comme une source d'inspiration, de clés permettant la mise au travail.

Il n'y a pas une interprétation comme on dirait la messe, mais une relecture à chaque fois singulière, un nouveau commentaire, à chaque fois singulièrement valable. Il s'agit moins d'annoncer un texte que de transmettre les clés de la lecture. Je veux dire par là que nous apprenons toujours à lire, d'abord l'alphabet, puis les mots. Mais plus tard, ce sera à nous, devenus lecteurs, de lire les textes que nous choisirons et d'essayer de leur donner du sens à notre façon. M<sup>me</sup> Bovary est une nouvelle histoire avec chaque nouveau lecteur. Ce que cette œuvre devient, dépasse largement l'auteur qui aura créé cette œuvre. Il n'y aurait pas une Vérité indéfectible mais la vérité de chacun(e) à chaque fois re-découverte.

S'il était simplement possible de transmettre le goût de la lecture et la saveur de la créativité et de la construction, nous ferions peut-être plus corps, chacun dans sa singularité. Les apports de chaque discipline sont un atout à une réflexion à chaque fois à compléter, à complexifier, pour l'enrichir dans un travail à poursuivre à jamais. Ne pas oublier que la psychanalyse est née du somatique, que la psychanalyse a tout à faire avec le corps comme indissociable de l'esprit, éclairés de Spinoza, Henri Atlan, Ferenczi et tant d'autres.

Ce colloque fut pour moi une découverte : un lieu où sont proposées des pistes de réflexions, d'origines différentes, historiques, philosophiques, artistiques, psychiatriques, neurologiques, psychanalytiques, et j'en oublie, laissant à chacun(e) le loisir d'y picorer son inspiration pour la suite.

Des idées pour une clinique à chaque fois remise sur le métier. Un groupe chaleureux de pairs. J'y ai trouvé un lieu de réflexion et de transmission sur ces thèmes de l'avancée en âge, de la transmission et du transgénérationnel, où par ailleurs je me suis sentie investie par mes pairs plus jeunes et plus vieux.

**Adeline Metten**  
*Psychiatre, Reims*

## Journées Nationales 2019 à Biarritz

---

Je suis le Docteur Karine Hénon, correspondante locale de l'APFEP-SNPP. Je vis à Pau et travaille majoritairement à Tarbes. En fait je navigue entre les 3B (Pays Basque, Béarn, Bigorre).

Nous avons choisi de vous proposer Biarritz pour les prochaines Journées Nationales. Nous espérons un succès qui sera celui de tous et avant tout le vôtre. Pour cela, vous pouvez déjà :

- 1 - Retenir et réserver votre agenda pour être du jeudi 26 au dimanche 29 septembre 2019 au Palais des Congrès de Biarritz
- 2 - Le thème principal des journées (en gestation) "Autorités en Psychiatrie", espérant que ce sujet donnera lieu à de belles communications et à des échanges intenses comme c'est le cas habituellement dans nos journées.

- 3 - Commencer à m'envoyer des photos de vos salles d'attente (anonyme : pas de patient à l'intérieur) ou de salles d'attente venant de musées Freud par ex. afin de préparer un diaporama qui pourra être diffusé durant les pauses à l'adresse suivante : [docteur.henon@gmail.com](mailto:docteur.henon@gmail.com)

Je compte sur vous pour ces 3 points. A bientôt.

**Karine Hénon**

---

## Congrès Français de Psychiatrie

---

### Nantes - La cité des Congrès 28 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2018

Comme tous les ans, nous tiendrons un Stand lors du CFP et nous accueillerons celles et ceux, très nombreux, qui sont curieux-ses de notre exercice et de notre pratique de la psychiatrie. Nous interviendrons lors du Forum association sous la houlette de Frédéric Aumjaud, en Rencontre avec l'expert avec Thierry Delcourt, et dans une session thérapeutique tenue par Jean-Jacques Bonamour. Nous espérons vous y retrouver.

**Thierry Delcourt**

#### Argument du CFP « Le temps » :

Le Congrès français de psychiatrie fête en 2018 ses 10 ans ! En 2018, nous nous réunirons à Nantes autour du thème du Temps. Ce sera l'occasion de nous interroger collectivement sur le temps comme paramètre de la

maladie psychiatrique mais aussi de la guérison, le temps nécessaire à la recherche, ce que l'on perçoit du temps qui passe, ou encore l'évolution des pratiques en psychiatrie. Sans oublier les communications sur diverses thématiques portées par la psychiatrie (clinique, thérapeutiques, personnes âgées, enfants/adolescents, addictions, biologie, psychiatrie et société) : Sessions thématiques, Sessions Forum Association, Rencontres avec l'expert, Débats. Comme les années précédentes, seront renouvelés les Prix des meilleures publications en psychiatrie de l'année (cliniciens juniors et chercheurs) et les Bourses de recherche pour des étudiants de Master 2. Et bien sûr le concours « 180 secondes pour innover » qui connaît un grand succès et permettra à de jeunes psychiatres de présenter leurs thèmes de recherche de demain. O tempora, o mores !

**Maria MELCHIOR**

*Présidente du Congrès Français de Psychiatrie 2018*

\* \* \*

#### La recherche et le temps perdu

Longtemps la médecine s'est couchée de bonne heure, cherchant à la seule lumière du jour, dans l'ici et maintenant des troubles, les causes des maladies qu'elle voulait expliquer et laissant à d'autres le soin

d'explorer le passé et les rêves. Puis les physiciens ont découvert que c'était la matière qui influençait le temps et l'espace et non le contraire, ce que les psychiatres savaient déjà depuis longtemps. Mais si ce dixième Congrès Français de Psychiatrie est placé

sous le signe du temps, c'est bien parce que réduire le passé à un simple terrain, une vulnérabilité, c'était faire de la maladie un engrenage de mécanismes vides de sens. Contre cette fatalité, Nantes nous invite à un voyage qui, de la préhistoire de l'homme à la famille et à ses secrets, du présent inlassablement répété des traumatismes de notre époque à l'intelligence artificielle de demain, nous interroge sur le sens du temps et donc sur celui de la gravité des corps.

### **C'est en hiver qu'il faut prendre soin de son arbre généalogique**

Si les deux hémisphères du cerveau de l'homme sont anatomiquement très semblables, ils n'abritent pourtant pas les mêmes fonctions. Des anomalies dans les mécanismes de cette asymétrie fonctionnelle peuvent-ils alors être en cause dans les maladies mentales ? Un auteur comme T. Crow a ainsi intimement lié l'apparition de la schizophrénie à celle du langage en faisant l'hypothèse qu'un défaut dans la mise en place de la dominance hémisphérique gauche pour ce dernier était à l'origine de la maladie. La schizophrénie apparaît alors pour lui comme le prix que l'homme paie pour accéder au langage. Dans les troubles bipolaires, l'existence de perturbations des communications interhémisphériques ouvre des perspectives intéressantes pour la compréhension de cette maladie mais aussi pour l'étude de la latéralisation du traitement des émotions. Une autre session fera le point sur le traitement cérébral normal ou pathologique des émotions en mettant l'accent sur les boucles fronto-lobiques.

Sans remonter jusqu'aux premiers hommes, les troubles psychiques d'un patient peuvent-ils être la conséquence d'un traumatisme vécu par l'un de ses parents, une voire plusieurs générations auparavant ? L'épigénétique, qui permet d'expliquer comment certains traits peuvent être acquis par un sujet et éventuellement transmis à ses descendants, valide-t-elle pour autant l'existence d'une transmission transgénérationnelle des traumatismes ? Et quelle validité présentent les courants de psychothérapies qui proposent des traitements de ces facteurs transgénérationnels ? Ces questions, dans un domaine propice à des dérives, sont d'autant plus d'actualité que notre époque est riche en traumatismes que nous sommes susceptibles de transmettre à notre descendance. Une session thématique fera le point sur les premiers enseignements à tirer des attentats parisiens de 2015, que ce soit au niveau des victimes ou de la prise en charge des intervenants impliqués dans la prise en charge de terrain.

### **La dépression résiste mais le courant passe**

Les techniques de neuromodulation commencent à trouver leur place dans les services de psychiatrie. Une session thématique présentera l'intérêt de certaines de

ces techniques comme la stimulation du nerf vague et la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) dans la dépression résistante. Si les mécanismes d'action de ces techniques restent mal connus, il semble qu'elles puissent comme l'électroconvulsivothérapie modifier certaines composantes de l'inflammation, un effet commun qui interroge sur les liens entre inflammation et troubles de l'humeur. L'effet antidépresseur particulier de la stimulation du nerf vague, nerf composé majoritairement de fibres rapportant l'information émanant du corps vers le SNC, souligne l'influence du corps sur le fonctionnement de cerveau. Un autre exemple de ce phénomène est celui du rôle du microbiote intestinal dans les troubles psychiatriques qui donnera lieu à un débat clinicien-chercheur.

Les liens entre corps et dépression peuvent aussi être explorés par le prisme des comorbidités. Alors que l'épidémiologie peine à confirmer les relations entre dépression et cancer, la dépression apparaît par contre comme un facteur de risque important et relativement méconnu de survenue d'accidents coronariens et comme un facteur de mauvais pronostic.

### **L'intelligence artificielle, l'intelligence de demain ?**

La quantité de données produites par la recherche médicale ou les services de santé dépasse actuellement les capacités d'analyse de l'homme et même celles des outils informatiques classiques, ce qui rend nécessaire le développement de moyens nouveaux pour exploiter ces big data. Plusieurs exemples d'application de ces méthodes dans le champ de la psychiatrie seront présentés, de l'étude de la prévalence des troubles psychotiques en population générale à partir des bases de données nationales à l'utilisation du « machine learning », branche de l'intelligence artificielle permettant à un système d'apprendre par lui-même comment traiter des données, dans le domaine des hallucinations ou dans celui de la nosographie et de la sémiologie psychiatrique.

Mais l'intelligence, celle d'aujourd'hui comme celle de demain, consiste aussi à ne pas à regarder que devant nous, mais aussi à côté de nous. Saluons la Journée Sciences Infirmières et Recherche Paramédicale qui fait une large place à des problématiques de recherche qui nous concernent tous, et rappelons que l'entrée à cette journée est ouverte à tous les congressistes !

**Christian TRICHARD**  
*Étampes*

# Dossier spécial

## Stop à l'épidémie de TDAH

---

---

### Une journée particulière

---

---

Le 13 octobre dernier, « Stop DSM » et l'AFPEP-SNPP ont organisé une journée intitulée : « Stop à l'épidémie de TDAH ». Des intervenants de diverses sensibilités y avaient été invités afin de créer les conditions d'un réel débat voire d'un éclairage mutuel éventuel. Cette journée s'est révélée particulière parce qu'elle a montré comment un phénomène, le TDAH, qui ne relève pas d'une pathologie d'origine génétique comme cela a été prétendu, qui n'a rien à voir avec un déficit en dopamine comme cela a été suspecté, qui réagit aux psychostimulants avec les enfants incriminés au même titre qu'avec tous les autres enfants, dont l'imagerie cérébrale ne dit rien de spécial, dont le traitement par psychostimulants ne présente aucun bénéfice à long terme surtout en terme d'échec scolaire, de délinquance ou de toxicomanie, qui donne droit à des prestations sociales et oblige donc à des filières, qui fait des enseignants des agents de protocoles de dépistage, dont les études « scientifiques » ignorent souvent le symptôme cardinal, le déficit d'attention et non l'hyperactivité, dont les études « scientifiques » à charge sont reprises par les médias et ignorées quand elles s'inscrivent en faux, qui touche plus les enfants mâles nés en décembre plutôt qu'en janvier..., comment un tel phénomène a-t-il pu se développer ?

Les effets des amphétamines sont connus depuis 1937, nous faisons pourtant comme s'il s'agissait d'une folle modernité et leur prescription a été multipliée par 30 dans les cas de TDAH ces 20 dernières années. Alors qu'ils sont prescrits au long cours, très peu d'essais concernent les durées supérieures à 6 mois. Les conflits d'intérêts, pour le moins caricaturaux, repérés chez les auteurs des études concernant les prescriptions de psychostimulants dans le cadre du TDAH mériteraient à eux seuls une publication voire une méta-analyse....

Ceux qui consomment des psychostimulants ont un risque d'échec scolaire multiplié par 10, risquent plus de redoublements, plus de mauvaises relations avec leurs parents, plus d'anxiété et sont plus déprimés. Les effets indésirables sont nombreux : baisse de l'appétit, perte de poids, troubles du sommeil, augmentation de la fréquence cardiaque à court terme, comme d'ailleurs avec tous les amphétaminiques..., A plus long terme, on déplore troubles du sommeil, céphalées, douleurs abdominales, anorexie, troubles

cardiaques dont infarctus, mort subite, hypertension artérielle pulmonaire, valvulopathies (comme avec le « médiateur »), retards de croissance, troubles psychiatriques (manies, hallucinations, agressivité, troubles psychotiques), abus et dépendances.

La balance bénéfique/risque est donc largement défavorable et les psychostimulants ne devraient donc jamais être prescrits en ce qui concerne le TDAH. Et pourtant... Passé au crible de la très sérieuse EBM (Evidence Based Medicine), le traitement par psychostimulants du TDAH posséderait une pertinence. D'où provient donc cette dichotomie ? Elle nous intéresse à plusieurs égards puisque cela pourrait expliquer le décalage que nous observons fréquemment entre la pratique de clinicien et la norme EBM. Eh bien, malgré moult précautions, l'EBM n'interroge pas la pertinence des psychostimulants au-delà de 12 semaines... et n'a donc aucune chance d'évaluer les effets indésirables à long terme. Gênant après l'expérience du « médiateur », et pour le coup cela concerne des enfants.... Par ailleurs au lieu d'interroger la comorbidité « déficit d'attention, hyperactivité, impulsivité », l'EBM la considère d'emblée comme constitutive d'un trouble neuro-développemental. L'idéologie n'épargnerait-elle donc pas les parcours EBM ?

Le souci est que le diagnostic de TDAH varie selon les régions, et plus précisément en fonction de l'école de formation du psychiatre local..., le moment de l'année, le degré de pénétration de la documentation procurée, la couche sociale, le pays de résidence. Il existe un réel souci de cohérence.

L'EBM n'est pas un filtre adapté .... Pire l'EBM donne, dans ce cas, une légitimité à ce qui ne devrait pas en avoir. Plusieurs pistes d'explication du phénomène sont à explorer.

Au quotidien, beaucoup d'enfants sont réellement insupportables et souffrants. Est-ce parce que les performances qui leur sont demandées sont de plus en plus grandes ? Le numérique accélère le processus surtout si portables, tablettes et « ordi » sont allumés en même temps, comme le pratiquent d'ailleurs aussi leurs parents... Les différences sociales s'accroissent, les riches des pays pauvres consomment des psychostimulants, les pauvres des pays riches aussi.

Les communautés ethniques américaines sont en première ligne. Y-aurait-il participation au traitement social de certaines disparités ?

Les parents d'enfants suspectés TDAH regardent sur internet et repèrent vite que des solutions lapidaires mais encourageantes à court terme sont envisageables. Certains parents vivent un véritable enfer, leurs enfants pâtissent, l'absence de prescription, validée de plus par EBM, serait pour eux inconcevable. Des praticiens prescrivent ainsi un psychostimulant afin de ne pas rompre le lien avec la famille de l'enfant, de répondre à l'urgence de la demande pour pouvoir essayer de passer progressivement à autre chose. Les témoignages ont été explicites.

Le tout dans cette perspective est de suivre des règles strictes : Réexamen toutes les 4 semaines, arrêt de la prescription pendant les vacances scolaires (prescription uniquement les jours d'école), surveillance de la survenue d'effets indésirables. Il est hors de question de prescrire un psychostimulant au bout de 10 mn et revoir l'enfant au bout de 6 mois, comme c'est trop souvent le cas.... Nous sommes dans un système qui oblige à la prescription dans certaines circonstances afin de pouvoir continuer les soins : cela n'est pas sans risque et la saturation des cabinets de consultation est un écueil à la recherche de solutions plus adaptées mais qui engagent plus avant le clinicien.

Ce type question est d'un ordre assez routinier concernant la psychiatrie contemporaine. Une des spécificités de la psychiatrie, à savoir sa dépendance aux circonstances historiques, idéologiques et socio-économiques, oblige à faire avec les exigences de son temps, cela fait partie du métier depuis.... Pinel.

Toujours est-il que, en l'occurrence, cela pose un problème particulier. Nous ne pouvons pas faire comme si nous ignorions les effets des amphétamines et il est inadmissible voire irresponsable que les études pratiquées ne portent pas sur les effets au long cours alors que les prescriptions le sont.

La question de l'épidémie de TDAH devrait donc poser un problème éthique : A cause de la communication commerciale ; à cause des réseaux sociaux, à cause de l'exigence de résultats rapides, à cause des menaces juridiques grandissantes et déjà insupportables aux USA, à cause de la quasi-disparition des pédopsychiatres et de la difficulté à entreprendre des thérapies alternatives, à cause de recommandations abusives, tout pousse à la prescription et il s'agit de savoir y résister.

Pour ma part, au décours de ces journées, je retiendrai qu'il ne sera question de prescrire un psychostimulant qu'à la condition express que toute autre solution sera impossible à mettre en œuvre, que le diagnostic sera avéré, qu'il est hors de question de prescrire pendant

les vacances scolaires, que la commande sociale sera tempérée, qu'une pédagogie aura pu s'exercer au préalable en cas de signalement scolaire, qu'il est hors de question de prescrire au-delà du temps des vérifications EBM à savoir 12 semaines.

Dire qu'il existe un problème de confiance est un euphémisme. Il en va de notre responsabilité.

Il est de l'intérêt de tous qu'une psychiatrie fiable, qui fasse preuve de l'humilité minimale requise en l'état actuel de la science et notamment en l'absence de marqueurs biologiques, qui s'exempte des berceuses de chapelle et se protège des conflits d'intérêt, qui s'adapte aux conditions post-néolibérales actuelles, se mette en place.

Construire un soin n'est pas répondre à une exigence de consommation portée par des techniques de communication dans un contexte d'affolement numérique, d'uniformiser les pratiques, mais bien plutôt d'élaborer, le plus sereinement possible, les conditions d'un soin « sur mesure » et juste.

**Patrice Charbit**

\* \* \*

## ARGUMENT

L'épidémie de TDA/H est devenue un fait social majeur. Il est donc important que les personnes impliquées ou concernées par cette « épidémie » en cherchant les raisons et proposent des solutions pour enrayer ainsi que des pistes alternatives. En effet, les questions qu'elle soulève visent à la fois les orientations de la psychiatrie et les évolutions de la société, en particulier à propos de la place donnée à l'enfant.

Le TDA/H serait-il un fourre-tout qui mélange des difficultés de toutes sortes afin de mieux masquer différents problèmes, éducatifs, sociaux, pédagogiques ou même politiques ? Le risque d'un nouveau scandale sanitaire se dessine, non seulement en raison de la banalisation des prescriptions de psychostimulants à des enfants, mais aussi du peu d'études sur leurs effets à long terme.

Devenu « trouble neurodéveloppemental » depuis le DSM 5, le TDA/H est présenté par ses promoteurs comme la conséquence d'une modernisation de la psychiatrie. En réalité, cette soi-disant avancée scientifique liée aux neurosciences et à la neuro-imagerie s'appuie avant tout sur les effets à court terme de la prescription de méthylphénidate. Suggérer que le diagnostic de TDA/H réduit l'errance thérapeutique ne traduit-il pas plutôt l'actuelle régression de la psychiatrie clinique? Poussée par un naturalisme qui annule le psychisme et la subjectivité, celle-ci acceptera-t-elle de devenir une médecine d'organe, une médecine du cerveau ? Ces différentes questions seront débattues au cours du colloque « TDAH, Stop à l'épidémie », qui

réunira parents, usagers et professionnels de la santé mentale, mais aussi des spécialistes de l'enfance, de l'éducation, de l'enseignement, ainsi que des scientifiques, neurobiologistes et sociologues.

\* \* \*

## PROGRAMME

### Introduction des journées

Dr Patrick Landman : Président de Stop DSM.

Dr Patrice Charbit : Président d'honneur du syndicat national des psychiatres d'exercice privé.

### Le point de vue scientifique

Table ronde présidée par Le Pr Bernard Golse.

Pr Sami Timini : Pédopsychiatre. University of Lincoln. (UK)

François Gonon : Neurobiologiste. Directeur de recherche CNRS.

Dr Gilles Mignot : Pharmacologue. Rédacteur à la revue « Prescrire ».

### Une question de société

Table ronde présidée par Catherine Vanier

Xavier Briffault : Chercheur en sciences sociales et épistémologie de la santé mentale. CNRS.

Dr Gaby Keyser Weber : Psychologue. Education nationale.

### Une question Politique

Table ronde présidée par Patrick Guyomard

Dr Jean Chambry : Pédopsychiatre, chef de pôle GHT, Psychiatrie Neurosciences, Paris.

Dr Tristan Garcia-Fons : Pédopsychiatre Psychanalyste.

### Les alternatives

Table ronde présidée par Denys Ribas

Pr Michel Botbol : Pédopsychiatre. Secrétaire aux publications à la WPA.

Dr Béatrice Guinaudeau : Pédopsychiatre.

Dr Dominique Tourrés Landman : Pédopsychiatre Psychanalyste.

Dr Hervé Bentata : Pédopsychiatre Psychanalyste.

### Conclusions des journées

Pr Pascal-Henri Keller : Professeur de psychopathologie Psychanalyste.

Dr Claude Gernez : Psychiatre Président de l'AFPEP-SNPP.

\* \* \*

## INTRODUCTION

La question n'est plus de savoir si nous avons confiance en nos mécanismes institutionnels de régulation et de contrôles des thérapeutiques médicamenteuses, y compris celles destinées à des enfants. Le problème est bien plutôt désormais de mesurer l'écart avec la plus élémentaire prudence qui devrait être de mise.

Là où nous en sommes, il n'est plus question de réserve mais de jauger d'emblée et jusqu'à preuve du contraire, d'un biais. C'est à la fois le deuil d'une science bienveillante et « bonne en soi », d'un État protecteur, mais aussi la nécessité d'un regard lucide et éclairé de tous les acteurs. Nous avons à tenter de prendre place dans le débat surtout concernant les sujets sensibles.

Le contexte politique est bien évidemment celui du scandale exemplaire du « médiateur » commercialisé par le laboratoire Servier, et toujours pas jugé, mais aussi du glyphosate, de la logique des lobbies, du recul de la république, des tricheries industrielles, de la corruption, des études tronquées, des pubs déguisées en informations, mais aussi des difficultés climatiques, de la science d'état, des fake-news, de la souveraineté du marché, d'un autoritarisme de plus en plus palpable.

Un tel cocktail est explosif surtout que bien souvent tout sentiment de honte ait disparu. Tous les coups sont permis, souvent en toute impunité, y compris concernant les enfants. Le butin justifie les malins et si vous n'avez pas de conflit d'intérêts, c'est que vous êtes un con.

Face à cela, il y a les lanceurs d'alerte, Me Too, ceux qui tapent du poing sur la table, les démocrates, ceux qui ne cèdent pas sur leur humanité et tendent un bol de soupe à un naufragé et il y a ceux qui peuvent encore s'appuyer sur leur expérience et agir de concert.

Nous ne pouvons plus nous en remettre aveuglément à l'état, soumis à trop de pression, et là, avec le TDAH, cela concerne des enfants.

Nous sommes ceux qui ont décidé de vérifier par eux-mêmes, parce qu'ils en ont encore les moyens, si le traitement médicamenteux actuel du TDAH est préjudiciable à nos enfants ou pas.

Afin d'être efficace et crédible, nous avons à développer cette vigilance à l'échelle mondiale et c'est ce que nous organisons à partir d'aujourd'hui. Nous donnons ainsi rendez-vous dans un an, avec des collègues du monde entier, et nombre d'entre eux y déjà sont favorables, pour faire un point partagé sur cette question, donner poids et si possible autorité à nos conclusions.

Ainsi le TDAH serait une maladie neurologique. Alors qu'une grande partie de la profession s'en offusque, une science d'état choisit un camp au lieu de se donner les moyens de tirer l'affaire au clair, s'adresse directement aux enseignants, aux familles, aux soignants, au nom de la modernité et de la neurologie, et déclenche une épidémie....

Nous vous proposons aujourd'hui de faire un point scientifique, thérapeutique, sociétal, politique, d'ouvrir un débat et de se donner les moyens de parvenir à imposer les conclusions qui se dégageront.

**Patrice Charbit**

*Psychiatre, Saint Martin du Vignogoul, AFPEP-SNPP*

\* \* \*

## INTRODUCTION

L'épidémie de TDA/H touche les enfants, les ados et même les adultes.

*Tout d'abord y a-t-il une épidémie ?*

Aux USA, en Grande Bretagne, en Australie, en Israël et en Europe les chiffres de la prévalence augmentent. En France aussi surtout depuis que la Haute Autorité de Santé a reconnu le TDA/H comme handicap, cela sera précisé lors de la journée. Les prescriptions de Ritaline ont augmenté de 30 fois en 20 ans.

*Mais qu'est-ce que le TDA/H ?*

Le TDA/H est-il un diagnostic valide fiable et sensible ? ou même le TDA/H existe-t-il ? Vous verrez que les arguments qui invalident l'existence du TDA/H sont très précis et très documentés.

*Pourquoi est-il important de déconstruire le TDA/H ?*

Parce que le TDA/H incarne bien le pire de la psychiatrie mainstream.

Une pseudo-maladie pharmaco-induite.

Un trouble construit sans cohérence sémiologique contrairement à l'hyperkinésie pour coller au mieux avec un produit qui marche, une amphétamine like.

*Un diagnostic DSM*

Triomphe du paradigme : symptôme égal médicament sans prendre suffisamment en compte le contexte le fonctionnement psychique, la relation thérapeutique, l'histoire le sens que le sujet donne à ses symptômes, le contexte social, familial éducatif.

*Un diagnostic fourre-tout*

Les signes ne sont pas spécifiques et difficiles à distinguer de la norme, beaucoup de facteurs de confusion comme l'immatunité. Ce diagnostic permet aussi de cacher les problèmes sociaux, éducatifs, pédagogiques, psychologiques et politiques.

*Un grand nombre de troubles associés, de comorbidités y compris l'autisme*

Ce qui diminue la validité du diagnostic fondé sur l'observation comportemental essentiellement.

Un exemple de la fausse scientificité de la psychiatrie contemporaine.

RCT biaisés sur le plan méthodologique avec des conclusions orientées, des conflits d'intérêts, une propagande de Big pharma relayée par les médias les réseaux sociaux et les associations d'utilisateurs complices. Malgré des millions de dollars dépensés pas de marqueurs biologiques.

*Une étape vers le naturalisme intégral*

Car dans le DSM IV le TDA/H est un trouble du comportement et dans le DSM 5 un trouble neuro-développemental. Les enfants perturbés ou qui perturbent voient leur comportement être naturalisé : leur cerveau est impliqué sans preuve.

*Le Méthylphénidate n'est pas la pilule magique*

Même si elle est parfois utile à certaines conditions. Son effet indiscutable à court terme sur la concentration s'épuise en général au bout de deux ans, ses effets secondaires cardiovasculaires ou staturо-pondéraux peuvent être graves. Sa prescription est souvent accompagnée d'une polyprescription car il agit peu sur l'agitation motrice et beaucoup d'enfants psychotiques sont étiquetés à tort TDA/H. Tendance à la chronicisation de la prescription, au mésusage aux abus. Ses effets à long terme peu ou pas documentés

*Le TDA/H est devenu un fait social de santé publique*

Bientôt première cause de consultation en pédopsychiatrie, il implique les parents, les enseignants, les éducateurs, les soignants et l'opinion public. Il faut tenter d'expliquer les raisons de son succès. Ce sera l'objet d'une intervention.

*Des alternatives au diagnostic du TDAH*

Car il faut aussi proposer des alternatives sans culpabiliser les parents qui acceptent le méthylphénidate. Alternatives diverses psychothérapeutiques neuro-pédagogiques, psychodrame, groupes mesures pédagogiques, lutte contre les injustices sociales. Ce sera l'objet d'une table ronde. Nous allons avoir une bonne journée et tout le monde ne sera pas d'accord car nous refusons contrairement à certains la pensée unique. Nous envisageons une deuxième journée internationale.

**Patrick Landman**

*Président de StopDSM*

\* \* \*

## LE DISCOURS DE LA PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE CONCERNANT LE TDAH

Pour tout objet de recherche scientifique, il y a ce que nous découvrons, ce qui est validé par les travaux ultérieurs et ce qui nous est communiqué par les médias. Dans le domaine biomédical, le décalage entre ces trois niveaux est souvent considérable et le

TDAH n'y échappe pas. De plus, même quand une information scientifique robuste est disponible, sa prise en compte par les citoyens, professionnels et politiques n'est nullement garantie...

## Évolution des connaissances concernant le TDAH

### *Neurobiologie et épidémiologie*

Malgré des milliers d'études, la neurobiologie du TDAH est encore très mal connue. En tout cas, elle n'a débouché ni sur la validation d'un marqueur biologique du TDAH ni sur la découverte d'un nouveau médicament. Dans les médias comme dans la presse scientifique l'hypothèse d'un déficit de dopamine est cependant souvent avancée. De fait, cette hypothèse repose sur deux arguments exacts : les psychostimulants soulagent le déficit d'attention de la plupart des enfants souffrant du TDAH et ils stimulent la neurotransmission mettant en jeu la dopamine. Cependant, contrairement à ce qui est très souvent affirmé, il n'y a pas lieu de rapprocher ces deux observations. En effet, Judith Rapoport et ses collègues ont montré dès 1978 que les psychostimulants stimulent aussi l'attention chez les enfants sains<sup>1</sup>. Malheureusement, cette dernière étude n'est que très rarement citée. Au total, l'hypothèse d'un déficit de dopamine à l'origine du TDAH ne repose sur aucun argument scientifique solide<sup>2</sup>. Quelques études initiales publiées dans les années 1990 avaient suggéré que la cause principale du TDAH pourrait être génétique. Elles ont été réfutées ou largement atténuées. Nous savons maintenant que les facteurs de risque génétique ne contribuent que de manière mineure au TDAH<sup>3</sup>. Le mieux établi et le plus significatif d'entre eux est l'association du TDAH avec un allèle du gène codant pour le récepteur D4 de la dopamine. Ce facteur est présent chez 23% des enfants diagnostiqués TDAH et seulement 17 % des enfants sains.

Un autre argument mis en avant en faveur d'une causalité génétique concerne l'héritabilité du TDAH, qui, selon la plupart des études, est de l'ordre de 75%. Cependant, les études sur la question ne peuvent pas

différencier entre un effet génétique pur et le résultat d'interactions entre gènes et environnement. Or les facteurs environnementaux y contribuent largement ; les principaux sont : l'exposition à des niveaux toxiques de plomb, la naissance prématurée, l'enfant sévèrement maltraité, les parents souffrant de troubles mentaux, les mauvaises interactions entre parents et enfants, le faible niveau économique de la famille, le faible niveau d'éducation des parents, la famille monoparentale, l'enfant né de mère adolescente<sup>4</sup>. Notons que la plupart de ces facteurs de risque sont sensibles à des politiques sociales. Ainsi par exemple le taux de naissances prématurées est de 13% aux USA alors qu'il n'est que de 6% en France<sup>5</sup>.

Plusieurs centaines d'études en imagerie cérébrale ont été consacrées au TDAH. Comme pour la génétique, les études initiales des années 1990 ont produit des résultats spectaculaires. Ainsi une équipe de Boston a affirmé en 1999 que le transporteur de la dopamine était plus abondant de 70% chez les personnes souffrant du TDAH. Comme les psychostimulants prescrits pour le TDAH inhibent ce transporteur, cette étude expliquait la cause neurobiologique du TDAH et le bien-fondé de son traitement. Cependant, ce résultat a été réfuté par une douzaine d'études ultérieures. Les différences observées en imagerie cérébrale concernant le TDAH apparaissent maintenant de faible amplitude et statistiquement significative seulement si l'on considère la moyenne d'un groupe important de patients... De plus, ces différences sont complexes, peu reproductibles et n'ont pas permis de préciser clairement le dysfonctionnement neurologique supposé à l'origine du TDAH.

### *Traitement par les psychostimulants*

Depuis les années 1970 aux USA, la preuve a été faite que les symptômes du TDAH peuvent être allégés à court terme chez 75% des enfants par un médicament psychostimulant. Cependant, selon plusieurs études américaines ayant suivi de très larges cohortes d'enfants pendant des années, le traitement par les stimulants n'offre aucun bénéfice à long terme. En effet, les études épidémiologiques aux USA montrent que

- 
- (1) Rapport, J.L., Buchsbaum, M.S., Zahn, T.P., Weingartner, H., Ludlow, C. et al. (1978) Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys. *Science* 199: 560-563.
  - (2) Gonon, F. (2009) The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neuroscience* 32: 2-8.
  - (3) Sonuga-Barke, E.J. (2010) Editorial: 'It's the environment stupid!' On epigenetics, programming and plasticity in child mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51: 113-115.
  - (4) Gonon, F., Guilé, J.M., Cohen, D. (2010) Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58: 273-281.
  - (5) Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Iams, J.D. and Romero, R. (2008) Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371: 75-84.

les enfants diagnostiqués présentent plus de risque d'échec scolaire, de délinquance et de toxicomanie. Malheureusement, les psychostimulants ne diminuent en rien ces risques<sup>6</sup>.

### Prévalence du TDAH

En moyenne aux USA, le pourcentage d'enfants recevant une prescription de psychostimulants est passé de 0,7% en 1987 à 2,9% en 1997. L'augmentation a ensuite été moins rapide (de 2,4 % en 1996 à 3,5 % en 2008)<sup>7</sup>. Plusieurs études ont mis en évidence les causes sociales de l'inflation de diagnostics de TDAH. Premièrement, l'augmentation très rapide du début des années 1990 est liée au fait que l'administration américaine de sécurité sociale a reconnu en 1990 le TDAH comme un handicap donnant droit à un supplément familial ainsi qu'à un enseignement renforcé. Cette décision fut précédée d'un intense lobbying de la part des associations de parents dont certaines ont été financées par l'industrie pharmaceutique<sup>8</sup>. Deuxièmement, comme les médecins généralistes américains sont autorisés à prescrire des psychostimulants aux enfants, le diagnostic de TDAH semble souvent abusif. Ainsi des spécialistes ont examiné une cohorte de 3082 enfants américains et validé le diagnostic de TDAH pour 8,7% d'entre eux, mais constaté que 3,3 % des enfants de la cohorte prenaient des psychostimulants alors qu'ils ne remplissaient pas les critères du TDAH<sup>9</sup>. De même, dans une ville de Virginie 63% des écoliers en avance d'un an étaient traités par des psychostimulants... Troisièmement, les enseignants sont poussés par leur hiérarchie à signaler aux parents un possible TDAH. En effet, les écoles reçoivent une dotation supplémentaire, variable suivant les comtés, pour chaque enfant diagnostiqué et l'industrie pharmaceutique fournit aux enseignants la documentation. De plus, les écoles sont évaluées suivant les performances de leurs écoliers

et sont incitées à en accroître le niveau. Une étude comparant les états américains a corrélé le caractère contraignant de ces incitations à la prescription de psychostimulants<sup>10</sup>. Enfin, pendant les trois dernières décennies, la prévalence du TDAH a augmenté en parallèle avec le nombre d'heures passées devant les écrans (télévision, jeux vidéo) par les enfants d'âge préscolaire et les écoliers. La nocivité de cette exposition vis-à-vis des capacités d'attention a été largement démontrée<sup>11</sup>.

A l'inverse des USA où la prévalence du TDAH dépasse les 10% des écoliers dans certains états, celle-ci est 20 fois plus faible en Lombardie. Cette province italienne a mis en service un réseau de 18 centres pour le diagnostic du TDAH. Comme ces centres se sont mis d'accord sur des critères stricts, la prévalence du diagnostic y est stable à 0,5% des écoliers<sup>12</sup>. De plus, ces centres ne délivrent une ordonnance de psychostimulants qu'à 16% des enfants diagnostiqués. La différence des taux de prescription entre les USA et la Lombardie est donc d'un facteur 100.

Aucun argument biologique ou médical ne permet de justifier une pratique plutôt qu'une autre. Seules des études épidémiologiques de long terme prenant en compte toutes les conséquences sociales permettront de faire pencher la balance en faveur d'une prescription de basse ou de forte intensité.

### Les distorsions du discours de la psychiatrie biologique

Si les recherches en neurosciences n'ont, pour l'instant, pas contribué à affiner le diagnostic et le traitement du TDAH, ce constat ne peut qu'étonner au regard de ce qu'en disent les médias.

Mais, le fait est là : il existe souvent un écart considérable entre les observations scientifiques validées et le discours médiatique.

- 
- (6) Sharpe, K. (2014). *Medication: the smart-pill oversell*. *Nature*, 506(7487), 146-148.
- Humphreys, K. L., Eng, T., & Lee, S. S. (2013). *Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 740-749.
- (7) Zuvekas, SH., Vitiello, B. (2012) *Stimulant medication use in children: a 12-year perspective*. *American Journal of Psychiatry*, 169: 160-166.
- (8) Phillips, CB. (2006) *Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD*. *PLoS Med*, 3: e182.
- (9) Froehlich, TE., Lanphear, BP., Epstein, JN., et al. (2007) *Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children*. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 161: 857-864.
- (10) Bokhari, FA., Schneider, H. (2011) *School accountability laws and the consumption of psychostimulants*. *Journal of Health Economics*, 30: 355-372.
- (11) Harle, B., Desmurget, M. (2012) *Effects on children's cognitive development of chronic exposure to screens*. *Archives de Pédiatrie* 19: 772-776.
- (12) Bonati, M., & Reale, L. (2013). *Reducing overdiagnosis and disease mongering in ADHD in Lombardy*. *BMJ*, 347, f7474.

### *Présentation déformée des données*

Un article scientifique est dit « primaire » lorsqu'il rapporte des observations et des expériences à la différence d'un article de revue qui présente une synthèse d'un ensemble d'études primaires. Dans un travail portant sur la littérature scientifique concernant le TDAH, nous avons mis en évidence trois types de présentation déformée des résultats dans les articles primaires<sup>13</sup>. Le premier type, heureusement rare, consiste en incohérences flagrantes entre résultats et conclusions. Par exemple, une étude de 2007 a conclu que les psychostimulants améliorent les performances scolaires des enfants souffrant du TDAH<sup>14</sup>. Par contre, dans la section Résultats, les auteurs précisent que le risque de redoublement est légèrement diminué, mais que le risque de sortie prématuré du système scolaire reste élevé et que les performances en lecture ne sont pas améliorées. Malgré ce résultat globalement négatif, l'auteur principal de l'étude n'hésite pas à déclarer *au Washington Post* (21 septembre 2007) : « C'est la première étude qui montre que la prescription de stimulants pour le TDAH améliore les performances scolaires ».

Dans le deuxième type, les auteurs posent une conclusion forte en omettant de mentionner les données qui relativisent la portée de cette conclusion. Par exemple, nous avons analysé l'ensemble des résumés mentionnant une association significative entre les allèles du gène codant pour le récepteur dopaminergique D4 et le TDAH. Parmi les 159 résumés, 84% omettent de mentionner que cette association confère cependant un risque faible. Il ne faut alors pas s'étonner que, dans certains textes écrits pour le grand public, ce gène D4 soit présenté comme un marqueur biologique du TDAH.

Le troisième type de déformation consiste à affirmer de manière abusive que les résultats d'études chez l'animal ouvrent de nouvelles pistes thérapeutiques. Pour illustrer ce biais nous avons analysé l'ensemble des 101 études réalisées chez la souris en relation avec le TDAH : 23% des articles présentaient des perspectives thérapeutiques injustifiées. En effet, le lien entre ces souris et le TDAH était uniquement basé sur des similitudes de comportement moteur. Or le symptôme cardinal du TDAH n'est pas l'hyperactivité mais le déficit d'attention. La fréquence de ce type

d'extrapolation abusive atteignait 60% lorsque les études étaient publiées dans les revues scientifiques les plus prestigieuses, celles justement qui sont prises en compte par les médias.

### *Distorsion des citations*

Les chercheurs ont souvent tendance dans leurs articles à citer les études qui sont en accord avec leurs hypothèses et à passer sous silence celles qui contredisent au point de générer ainsi des dogmes non fondés. Même réfutés, ces derniers peuvent persister pendant des années dans la littérature scientifique. Nous en avons vu plus haut un exemple avec l'hypothèse d'un déficit de dopamine supposé à l'origine du TDAH. L'étude de 1978 qui montre que les psychostimulants augmentent l'attention aussi chez les enfants normaux, et ruine ainsi le principal argument en faveur de cette hypothèse, n'est jamais cité.

### *Le processus de publication et ses conséquences pour la médiatisation*

Dans le domaine des essais cliniques, il est connu depuis longtemps que les résultats positifs sont plus souvent publiés que les résultats négatifs. En effet, lorsque plusieurs équipes concurrentes s'intéressent à la même question, la première qui trouve une relation statistiquement significative entre deux événements s'efforcera de publier rapidement alors que celles qui n'ont pas observé de relation significative ne publieront qu'en réponse à la première publication<sup>15</sup>. Plusieurs travaux récents ont montré la généralité de ce phénomène: dans trois cas sur quatre la première étude publiée rapporte un effet beaucoup plus spectaculaire que les études ultérieures. Ces études initiales sont plus souvent publiées dans des revues prestigieuses et sont donc plus médiatisées que les études ultérieures... quand bien même ces dernières s'inscriraient en faux contre les premières !

Ce biais de publication n'est pas choquant en soi. Ainsi avance la science d'un premier résultat, spectaculaire, mais incertain, vers un consensus fiable, mais le plus souvent de moindre portée. Le problème est que la médiatisation des découvertes scientifiques en est grandement altérée. Selon notre étude portant sur la médiatisation des recherches concernant le TDAH pendant la décennie 1990<sup>16</sup>, la presse anglo-saxonne

(13) Gonon, F., Bézard, E., Boraud, T. (2011) Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: the case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE* 6: e14618.

(14) Barbaresi, WJ., Katusic, SK., Colligan, RC. and al. (2007) Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with stimulant medication make a difference? Results from a population-based study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28: 274-287.

(15) Ioannidis, JP. (2005) Why most published research findings are false. *PLoS Med*, 2: e124.

(16) Gonon, F., Kongsman, JP., Cohen, D., Boraud, T. (2012) Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: the case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS ONE*, 7: e44275.

a consacré 226 articles aux dix publications les plus médiatisées. Les 67 études scientifiques ultérieures, qui en contredisaient huit sur dix, ne reçurent en tout que 57 articles de presse. De plus, un seul d'entre eux mentionna la réfutation de l'étude initiale correspondante. Autrement dit, la presse favorise les études initiales et n'informe quasiment jamais le grand public lorsqu'elles sont réfutées ou sévèrement atténuées, ce qui est pourtant le cas le plus fréquent. Dans les cas que nous avons examinés deux facteurs contribuent à cet attrait des médias pour les études initiales plutôt que pour les travaux ultérieures. En moyenne les premières sont publiées dans des revues scientifiques plus prestigieuses et par des chercheurs travaillant dans des universités plus renommées que pour les deuxièmes. Autrement dit le prestige des universités et des revues scientifiques n'est nullement un gage de fiabilité des études qu'elles publient.

#### *Les distorsions du discours dans les programmes télévisuels*

La télévision représente, pour les Européens, la première source d'information concernant la santé. La presse écrite ne suit pas l'évolution des connaissances scientifiques : en va-t-il de même pour les programmes télévisuels des six chaînes françaises les plus regardées ? Pour cette recherche, le cas du TDAH est très intéressant puisque, dans ce domaine, l'évolution des connaissances a été particulièrement riche en revirements drastiques pendant ces 20 dernières années. Nous avons donc analysé les 60 programmes télévisuels diffusés entre 1995 et 2010 inclus et présentant le TDAH pour voir s'ils tenaient compte de cette évolution<sup>17</sup>. Sur cette période de 16 ans, nous n'avons observé aucune évolution des conceptions défendues par ces programmes. Parmi les 47 opinions émises dans ces programmes, les 3/4 affirmaient le rôle prépondérant des facteurs génétiques, la capacité de l'imagerie cérébrale à contribuer au diagnostic du TDAH ou l'efficacité du méthylphénidate à prévenir l'échec scolaire.

Plus précisément parmi les 10 programmes diffusés entre 2007 et 2010 inclus, neuf n'ont défendu que des opinions opposées au consensus actuel.

#### **Les fonctions sociales du discours biomédical**

Les inspections académiques diffusent de plus en plus largement des informations à tonalité médicale concernant le TDAH. Les enseignants, les

psychologues et les médecins scolaires sont invités à participer au dépistage des enfants en difficulté d'apprentissage et soupçonnés de souffrir du TDAH. De fait, il est frappant de constater que les risques d'échec à l'école primaire sont les mêmes que pour le TDAH : être un garçon plutôt qu'une fille, être né en décembre plutôt qu'en janvier et vivre dans une famille défavorisée. Selon mon hypothèse, il est particulièrement séduisant pour l'éducation nationale de considérer que les enfants en échec scolaire le sont en raison de problèmes neurologiques d'origine génétiques. Ainsi, la responsabilité de l'échec est entièrement reportée sur l'enfant et c'est à la médecine de trouver des solutions. L'institution scolaire évite ainsi de se remettre en question et d'envisager que ses méthodes d'enseignement pourraient contribuer aux difficultés si souvent rencontrées par les garçons issus de familles défavorisées<sup>18</sup>.

Pourtant, les recherches récentes ont établi que les facteurs environnementaux pèsent bien plus que les facteurs génétiques dans la survenue des symptômes du TDAH. Cet apport majeur de la recherche devrait promouvoir des mesures sociales de prévention du TDAH. Mais notre société est-elle prête à investir dans des mesures sociales aux résultats difficilement quantifiables plutôt que dans une biomédecine technicienne plus généreuse en promesses qu'en résultats avérés ?

**François Gonon** est neurobiologiste et directeur de recherche émérite à L'institut des maladies neurodégénératives (CNRS UMR 5293, Université de Bordeaux). Depuis cinq ans il est chercheur associé à l'Institut des Sciences de la Communication du CNRS (ISCC).

Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique: une bulle spéculative ? *Esprit*, Novembre, 54-73. (article accessible gratuitement en ligne sur le site de la revue.)

Gonon, F., Bezard, E. et Boraud, T. (2011) « What should be said to the lay public regarding ADHD etiology », *American Journal of Medical Genetics Part B : Neuropsychiatric Genetics*, December, vol. 156, no 8, p. 869–991, Wiley.

**François Gonon**

*Neurobiologiste. Directeur de recherche CNRS*

(17) Bourdaa, M., Konsman, J. P., Secail, C.(...) & Gonon, F. (2015). Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science*, 24(2), 200-209.

(18) FNAME (2012) *Inégalités scolaires et résilience*. Paris: Retz.

## TDAH : QUELLE PLACE POUR LES MÉDICAMENTS ?

Trois médicaments sont pourvus d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France pour le traitement du TDAH chez les enfants et les adolescents :

- Le méthylphénidate (Ritaline°, Concerta°), un amphétaminique, depuis 1995.
- L'atomoxétine (Strattera°), un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline depuis 2010.
- La guanfacine (Intuniv°), un alpha-2 bloquant depuis 2015.

Aucun de ces médicaments n'est autorisé pour le traitement des adultes. Cependant les effets de l'amphétamine sur le comportement des enfants ont été décrits dès 1937.

### Méthylphénidate

Évalué essentiellement à court terme. Un succès commercial. Selon les statistiques de l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) en 1996 26 000 boîtes ont été vendues en France, en 2015, 220 000 boîtes, en 2014, 600 000 boîtes et en 2016, 730 000 boîtes. En 2016, les ventes ont concerné 62 000 jeunes de moins de 20 ans et 12 000 adultes. Entre 2012 et 2014, l'augmentation des ventes a été de +17,3% chez les 6-11 ans et +21,5% chez les 12-17 ans <sup>(1)</sup>.

Une efficacité à court terme modérée, mal quantifiable. Une méta-analyse du réseau Cochrane a été publiée en 2015 <sup>(2)</sup>. Elle a concerné 38 essais randomisés en groupes parallèles, 127 essais croisés, soit 12 245 enfants et adolescents. Seuls 3 de ces essais ont eu une durée de suivi supérieure à 6 mois.

Selon les auteurs de cette méta-analyse, la qualité méthodologique de ces essais a généralement été médiocre avec un risque élevé de biais dans la plupart des essais. Les critères d'évaluation ont été très différents d'un essai à l'autre. Globalement l'amélioration sous *méthylphénidate* a été de faible ampleur et les auteurs de la méta-analyse n'ont pas pu la quantifier. 30 essais ont utilisé l'échelle ADHD-RS qui donne un score en 72 points. Il y a eu selon cette échelle, amélioration du comportement dans 19 essais selon les enseignants, dans 21 essais selon les parents et dans 10 essais selon les investigateurs. L'amélioration moyenne du score a été d'environ 9 points.

Une autre méta-analyse par Cortese SC et coll a été publiée récemment <sup>(3)</sup>. A la différence de la méta-analyse précédente elle a inclus des essais concernant tous les médicaments évalués dans le TDAH, soit 133 essais dont 81 ont concerné des enfants et des adolescents. La durée maximale de suivi a été de 12 semaines. L'efficacité n'a pas été quantifiée. De toute façon, cette étude n'est pas fiable en raison des multiples conflits d'intérêts des auteurs.

L'institut britannique NICE a publié des recommandations pour le traitement du TDAH en mars 2018 <sup>(4)</sup>. Ces recommandations ont pris en compte 4 essais *méthylphénidate* versus placebo chez des enfants âgés de moins de 5 ans. Les auteurs ont estimé que la qualité de ces essais était trop faible pour conclure quant à l'efficacité ou non du *méthylphénidate*. Chez les enfants de plus de 5 ans, 19 essais à court terme, dont aucun de qualité méthodologique importante, ont eu des résultats discordants.

Pas d'efficacité prouvée du méthylphénidate à long terme. Pour l'évaluation du *méthylphénidate* à long terme, on ne dispose pratiquement que d'études épidémiologiques, de niveau de preuve moindre que les essais cliniques comparatifs.

L'étude dite MTA a suivi durant 8 ans 4 groupes de patients : un groupe recevait seulement un psychostimulant, un groupe était traité par thérapie comportementale, un groupe associait les deux traitements et dans le dernier groupe les enfants recevaient des soins usuels <sup>(5)</sup>. Si les psychostimulants ont paru initialement plus efficaces, cette efficacité a commencé à s'estomper après 14 mois de traitement, pour s'annuler au bout de 3 ans. Jusqu'à la fin du suivi, les groupes n'ont pas différencié entre eux. L'étude de Raine et coll, en Australie, a inclus 2878 enfants ont 131 considérés comme atteints de TDAH, suivis durant 8 ans <sup>(6)</sup>. Les enfants consommant des psychostimulants avaient un risque d'échec scolaire multiplié par 10 par rapport à ceux n'en consommant pas. L'étude de Currie et coll., au Canada, a inclus 8643 enfants dont 1654 au Québec, suivis 14 ans <sup>(7)</sup>. Les enfants médicamentés ont davantage redoublé, avaient de plus mauvaises relations avec leurs parents, étaient plus anxieux et montraient plus de symptômes dépressifs. 9% des enfants québécois étaient sous psychostimulants versus 5% dans le reste du Canada. Les québécois ont paru plus anxieux, plus déprimés et avaient plus d'échecs scolaires. L'étude dite PATS a inclus aux Etats Unis d'Amérique 333 enfants âgés de 3 à 5 ans <sup>(8)</sup>. Durant la première phase de 40 semaines l'efficacité a paru modeste. 30% des enfants ont eu des effets indésirables et 11% des enfants inclus ont abandonné le traitement pour effets indésirables. Le suivi a duré 6ans. 45% des enfants ont été perdus de vue lors de ce suivi. Le diagnostic de TDAH a été maintenu chez 89% des enfants, 40% ont reçu d'autres psychostimulants et 13% des neuroleptiques.

Effets indésirables du méthylphénidate, des essais comparatifs peu informatifs. Dans la méta-analyse Cochrane rapportée ci-dessus, les effets indésirables ont été rapportés seulement dans la moitié des essais <sup>(2)</sup>. Ont été rapportés, des baisses de l'appétit, des pertes de poids, des troubles du sommeil, des augmentations de la fréquence cardiaque. Il s'agit là des effets indésirables à court terme connus des

amphétaminiques. Une autre méta-analyse du réseau Cochrane a inclus plus de 2 millions de patients provenant d'études de cohorte, d'essais comparatifs ou non et de séries de cas publiés<sup>(9)</sup>. 6,2% des patients ont arrêté le traitement pour effets indésirables ; 1% des participants ont souffert d'effets indésirables considérés comme graves par les investigateurs. Les effets indésirables les plus fréquents ont été : des difficultés d'endormissement (18%), des céphalées (14%), des douleurs abdominales (11%), des anorexies (31%).

Des troubles cardiaques avérés sous méthylphénidate. Une enquête sud-coréenne a duré de 2008 à 2011<sup>(10)</sup>. Elle a inclus 114 647 enfants et adolescents traités pour TDAH. 864 cas de troubles du rythme ont été recensés soit un risque relatif de 1,6 (intervalle de confiance à 95% : 1,5 à 1,7). 396 cas d'hypertension artérielle, soit un risque relatif de 1,1 (IC 95% : 0,9 à 1,2. 52 cas d'infarctus du myocarde soit un risque relatif de 2,5 (IC 95% : 1,5 à 4,2).

Les résumés des caractéristiques des spécialités (RCP) à base de *méthylphénidate* mentionnent sans précision, un risque de morts subites. Des cas d'hypertension artérielle pulmonaire et de valvulopathies ont été bien documentés. Malheureusement on ne dispose pas d'études épidémiologiques sur ces risques à long terme graves mais difficiles à évaluer<sup>(11)</sup>. L'affaire Mediator<sup>o</sup> doit inciter à la plus grande prudence.

Méthylphénidate et retards de croissance. Dans les essais méthylphénidate versus prise en charge comportementale exclusive, sous médicament, l'écart de croissance après 3ans était de -2cm et celui de poids de -2,7 kg<sup>(12)</sup>. Selon diverses synthèses, le retard de croissance sous méthylphénidate est de -1cm à -1,5cm par an. Après arrêt, le rattrapage s'effectue en 2 ans.

Méthylphénidate et troubles psychiques. Ils ont été mal évalués<sup>(13)</sup>. Les RCP listent comme « fréquents » des psychoses, des manies, des hallucinations, des augmentations d'agressivité... même chez des enfants sans facteurs de risques identifiés et à doses usuelles.

Méthylphénidate : abus et dépendances. Selon des données de l'ANSM, en France entre 2000 et 2006, 21 cas d'usage abusif de méthylphénidate ont été recensés, 83 cas entre 2006 et 2011, 38 cas en 2014, 50 cas en 2015<sup>(14)</sup>. Ces cas ont surtout concerné des adolescents et adultes jeunes.

*Atomoxétine : pas mieux que le méthylphénidate.*

Le dossier d'évaluation initiale de l'atomoxétine lors de l'AMM, comportait deux essais versus *méthylphénidate*<sup>(15)</sup>. Dans un essai chez 516 enfants traités six semaines, le taux de « répondeurs » a été de 45% sous *atomoxétine* et 56% sous *méthylphénidate*. Dans un autre essai chez 330 enfants traités 8

semaines, le taux de « répondeurs » a été de 80% dans les deux groupes. On ne dispose d'aucune évaluation de l'efficacité à long terme.

Les effets indésirables rapportés lors des essais ont été : des douleurs abdominales, vomissements, anorexies et pertes de poids ; des somnolences, irritabilités, labilités de l'humeur, agressivités... ; des risques accrus de suicide ; des convulsions, des troubles artériels, des tachycardies, des troubles hépatiques. Les risques d'interactions avec l'*atomoxétine* sont importants.

*Guanfacine : pas mieux que le méthylphénidate*

Le dossier d'évaluation initiale de la guanfacine lors de l'AMM ne montre pas non plus de progrès dans la balance bénéfices/risques par rapport au *méthylphénidate*<sup>(16)</sup>. Un essai guanfacine versus *atomoxétine* n'a pas montré de différence d'efficacité entre les groupes. Dans deux essais versus placebo, la *guanfacine* n'a pas eu d'effet sur les relations familiales et sociales et sur les « performances » scolaires. Dans un essai en ajout à un amphétaminique durant 9 semaines chez 455 enfants, la différence entre *guanfacine* et placebo a été en moyenne de 5 points sur une échelle de 54 points. La signification clinique d'une telle différence est incertaine.

Lors des essais cliniques les effets indésirables les plus fréquents sous *guanfacine* ont été : des somnolences (41% des enfants), des céphalées (27%), des fatigues (18%), des douleurs abdominales (12%), des baisses de la vigilance (10%), des prises de poids. Des hypotensions artérielles, des bradycardies, des syncopes, des allongement de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme ont été décrits. La *guanfacine* est un agoniste des récepteurs sérotoninergiques 5-HT<sub>2B</sub>, mécanisme dont on pense qu'il pourrait être impliqué dans la survenue de valvulopathies.

*Une prescription de dernier recours*

Les balances bénéfices/risques des médicaments pourvus d'une AMM dans le TDAH sont défavorables à court terme, non connues à long terme. On ne peut exclure des risques graves à long terme, notamment cardiaques, compte-tenu de ce qui est déjà connu avec d'autres amphétaminiques. En 2018, les données de l'évaluation n'incitent pas à prescrire ces médicaments.

Cependant, si l'on tient compte des deux autres déterminants de la prescription, les attentes des patients et de leur entourage d'une part, l'« expérience » de certains soignants d'autre part, une prescription médicamenteuse est parfois discutée. Celle-ci ne peut raisonnablement s'envisager que si l'ensemble des conditions suivantes est réuni :

- Diagnostic de TDAH établi.
- Echec documenté des autres traitements non médicamenteux.

- Persistance de troubles graves du comportement.
- Recours au *méthylphénidate* uniquement, en monothérapie. C'est le médicament pour lequel on dispose du plus long recul d'utilisation et les balances bénéfiques/risques de l'atomoxétine et de la *guanfacine* ne sont pas plus favorables. En l'absence d'évaluation, il n'est pas justifié d'associer ces médicaments.
- Prescription initiale d'un mois avec réévaluation.
- Arrêt du médicament durant les vacances scolaires.

## Références

- 1 - ANSM Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. Avril 2017 : 33 pages.
- 2 - Sorebo O and Al. Benefits and harms of methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (Cochrane review) In : The Cochrane library John Wiley and Sons, Chichester 2015.
- 3 - Cortese SC and Al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults : a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018 ; 5(9) : 727-738.
- 4 - National Institute for Clinical Excellence (NICE) Attention deficit hyperactivity disorder : diagnosis and management March 2018.
- 5 - Brooke SG and Al. MTA at 8 years : prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2009 ; 28(5) : 484-500.
- 6 - Grant-Smith and Al. Raine ADHD study : long-term outcome associated with stimulant medication in the treatment of ADHD in children. Department of Health, Government of Western Australia, 2010.
- 7 - Currie J and Al ; Do stimulant medications improve educational and behavioral outcome in children with ADHD ? National Bureau of Economic Research, Massachusetts. June 2013.
- 8 - Mark A and Al. The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS) 6-year of follow-up. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2013 ; 52(3).
- 9 - Storebo O and Al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of harmful effects. In : The Cochrane library John Wiley and Sons, Chichester 2018.
- 10 - Shin JY and Al. Cardiovascular safety of methylphenidate among children and young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) : a nationwide elf controlled case series study. *BMJ* 2016 ; 353 ; i2550 : 8 pages.
- 11 - Prescrire Rédaction Méthylphénidate : des cas d'hypertension artérielle pulmonaire et de valvulopathies. *Rev Prescrire* 2015 ; 35(375) :106-108.
- 12 - Prescrire Rédaction Méthylphénidate : retards de croissance staturo-pondérale. *Rev Prescrire* 2011 ; 31(328) : 108-109.
- 13 - Prescrire Rédaction Méthylphénidate : troubles psychotiques et maniaques étoffés dans les RCP. *Rev Prescrire* 2008 ; 28(297) : 496.
- 14 - Prescrire Rédaction Méthylphénidate :abus et dépendances *Rev Prescrire* 2012 ; 32(344) : 428.
- 15 - Prescrire Rédaction Atomoxétine (Strattera°). Hyperactivité avec déficit de l'attention : pas mieux que le méthylphénidate. *Rev Prescrire* 2009 ; 29(312) :731-735.
- 16 - Prescrire Rédaction Guanfacine (Intuniv°) et déficit de l'attention avec hyperactivité. *Rev Prescrire* 2017 ; 37(403) :329-332.

Gilles Mignot

Pharmacologue, psychiatre  
(article sans conflit d'intérêts)

\* \* \*

## TDAH et école : paradoxes d'une relation trouble

Je souhaitais en premier remercier les organisateurs et en particulier, Patrick Landman & Tristan Garcia-Fons de m'avoir invitée à participer aux débats de cette journée d'alerte. Je suis psychologue clinicienne et je travaille depuis plus de 30 ans dans les écoles maternelles et élémentaires publiques, dans un secteur de mixité sociale, mais aussi en Réseau d'Éducation Prioritaire. C'est de cette place, d'écoute de ce qui s'y passe, s'observe, ses plaintes, ses silences et ses dires, d'où qu'ils émanent, que j'articulerai ma communication.

Pourquoi et en quoi l'école est-elle concernée par cette affirmation « **stop à l'épidémie de TDAH** », affirmation à laquelle je souscris pleinement, et qui interroge la place que l'on donne à l'enfant, et plus particulièrement dans le cadre scolaire.

L'école est souvent le lieu où les signes du TDAH s'expriment. On peut donc légitimement interroger son rapport à l'école, au travers des pratiques et des discours

qui s'y opèrent : des signes au diagnostic, comment et vers qui doit-on adresser, de quelle manière doit-on procéder à la mise en œuvre des préconisations types, quelles en sont les incidences jusqu'à ses dérives !

J'ai proposé comme titre à ma communication « *TDA/H et école : paradoxes d'une relation trouble* ». L'idéal éducatif républicain soutient et défend une école de la confiance et de la bienveillance afin de permettre à chaque enfant d'être en réussite. Et pourtant, de manière paradoxale, l'institution scolaire multiplie les contractualisations et protocoles de soutiens pédagogiques et thérapeutiques lorsque l'écart à la norme dévie.

Il me faudra d'abord brièvement contextualiser mes propos. Cela s'impose, dans la mesure où les mutations contemporaines et l'érosion du symbolique n'ont pas épargné l'école. Avec en point de mire, la confusion des places et des différences, et le délitement de ce qui fait tiers dans l'institution scolaire.

Les évolutions progressives de la transmission des connaissances et des savoirs ont impacté les rapports qu'entretiennent les différents acteurs qui se rencontrent à l'école (parents, enseignants et autres professionnels qui accompagnent l'enfant), bouleversant les limites du « *qui dit, fait ou dirige quoi* », propices aux malentendus.

L'école n'est pas épargnée par la gestion managériale actuellement à l'œuvre : l'obligation de résultats est pilotée par l'évaluation généralisée du système éducatif et plus spécifiquement au travers des performances des élèves, voire de ses maîtres.

De plus, ce qui est pointé comme une médicalisation de la prise en compte des difficultés scolaires renforce ce tableau.

Ce contexte se corse lorsque la scientificité s'en mêle, avec « **l'inclinaison pédagogique d'un scientifiquement prouvée** », qui s'impose comme modalité du faire classe, dans le déni **de ce qui fait classe** aujourd'hui. En somme un pédagogisme quelque fois standardisé qui évacue le sujet, sa temporalité et sa relation au groupe.

### **Mais qu'en est-il de l'enfant d'aujourd'hui ?**

Par ailleurs les enfants du 21<sup>ème</sup> siècle s'élèvent (à entendre dans sa forme pronomiale) dans des conditions socio familiales et éducatives qui se heurtent aux nouvelles configurations du « faire famille », mais aussi aux effets de l'immédiateté, du principe d'individualisation, de la transparence omniprésente et des multiples accès médiatisés aux connaissances, hors apprentissage... bousculant au passage les modalités de transmissions familiales, éducatives et scolaires.

L'enfant est par ailleurs invité de plus en plus tôt à être autonome et à décider de lui-même de ses choix, entraînant un effet de brouillage de la fonction de pare

excitation apportée par l'adulte maternant, pourtant nécessaire au développement sécurisé du petit d'homme. Asseoir un tant soit peu ses assises narcissiques est fondamental avant d'affronter les exigences et surtout le collectif de l'école. Repenser la scolarisation ou plutôt l'accueil des tout petits est fondamental afin que l'institution ne génère pas de l'agitation défensive, l'enfant requérant une autre attention afin de pouvoir, à son tour, orienter ou faire éclore sa propre attention vers des médiations de découvertes voire, un peu plus grand, des médiations de types scolaires.

L'école doit faire face à cette agitation croissante de bien nombre d'enfants ordinaires, des adultes, des enseignants, des parents et des professionnels qui s'y croisent, mais aussi des directives qui ne cessent de changer.

En oubliant, peut-être, qu'apprendre prend du temps et demande un peu de désir, d'aller vers, pour non seulement s'approprier les apprentissages, mais surtout les interioriser.

**1<sup>er</sup> paradoxe d'une relation trouble, celui d'une société, dont l'école fait partie, de plus en plus pressée et agitée, mais qui tolèrent de moins en moins les enfants distraits et agités, au point de les catégoriser dans des diagnostics de plus en plus nombreux, aux acronymes de plus en plus divers, dont le TDA/H pourrait être une figure représentative.**

**Je présenterai les résonances du TDA/H, repérées sous l'angle de l'école, en 3 temps :**

- d'abord j'évoquerai brièvement la plainte.
- je poursuivrai sur les modalités d'investigations et le diagnostic, quels discours dans l'école
- pour ouvrir sur l'après et l'accompagnement de l'enfant à l'école.

### **Qui porte plainte ? Quelques constats :**

De plus en plus de parents contestent les modalités de prise en charge thérapeutiques conseillées par les services de soins, tout comme les modalités d'accompagnements pédagogiques proposés par l'école, qui ne coïncident pas à leurs attentes, pour leur enfant diagnostiqué TDA/H ; ou en l'absence de ce diagnostic qu'ils suspectent, en attente de reconnaissance et surtout des préconisations pédagogiques, voire thérapeutiques habituellement associées.

À l'inverse d'autres parents, à l'issue d'une première consultation spécialisée, s'offusquent qu'un traitement par méthylphénidate soit proposé à leur enfant sans aucune autre investigation, quelles qu'elles soient ; prescription quelquefois proposée dans l'attente de disponibilité d'autres soins. L'argument médical avancé est qu'au moins « l'enseignant puisse faire classe », alors même que ce dernier ne demande rien de tel,

pas plus que les parents d'ailleurs. Si la médication par psychotrope permet quelques fois d'aider un enfant, cela ne marche pas toujours et, force est de constater la rapidité avec laquelle ce traitement est quelques fois prescrit pour contenir l'agitation ou simplement améliorer l'attention de l'élève (et au détour sa performance).

Pour l'enfant ce n'est pas simple de trouver sa place à l'école, dans ces brouillages et tiraillements, enfant présenté de consultations en consultations.

Pas simple non plus pour l'enfant lorsqu'au final le diagnostic vient tout dire de lui, à l'instar d'Antoine, 7 ans, diagnostiqué TDA/H qui invité à parler de lui, ne décolle pas de son semblable, s'effaçant derrière un « *je suis Hugo* » (personnage principal de la brochure explicative du TDA/H donnée aux enfants). Par ce simple glissement discursif, Antoine nous signifie qu'il y a quelque chose à entendre du côté la question identitaire fragilisée, s'adossant alors à une autre promesse identificatoire, celle « d'Hugo TDA/H ».

Ces situations, prises parmi tant d'autres, interrogent et témoignent d'une temporalité effrénée d'un système où le malaise de l'enfant le désigne comme malade... Quelques fois malade de l'école. Si sa plainte est traitée, est-elle pour autant entendue ?

### **Je poursuis, des signes au diagnostic, appréhendés du côté de l'école**

Pas de généralisation, bien que la tendance progresse nettement : une disparité des actions et préconisations est à relever au sein de l'éducation nationale, tant en milieu urbain que rural.

Dans chaque département les services de l'éducation nationale disposent d'un secteur ASH (Adaptation, Scolarité et Handicap) ; sur leurs sites le TDA/H comme trouble ou maladie neurodéveloppementale peut être très clairement évoqué, indiquant les signes de repérages, les parcours de soins, les préconisations thérapeutiques et pédagogiques associées, alors que d'autres sites ASH n'évoquent aucunement ce trouble, préférant rassembler les accompagnements sous l'appellation « troubles du comportement ».

Les ressources sont aussi très variables d'un site à l'autre : On peut y trouver des pistes et documents divers : ouvrages et références d'équipes de recherches ou services spécialisés, des pistes ou boîte à outils + / - grand public ou très médiatisées, tout comme des documents rassemblés par les associations de parents. On y trouve aussi et surtout les démarches et protocole d'adaptation pédagogique à mettre en place lorsque le diagnostic est établi.

Il ressort cependant un point commun sur l'ensemble des sites : le TDA/H comme diagnostic controversé n'est jamais mentionné ou évoqué ; référence exclusive est faite aux articles scientifiques primaires (je me réfère

aux travaux de François GONON), dont les raccourcis sont repris, nous dit-il, dans des résumés pas toujours fidèles et dans les médias. Les résultats contradictoires d'études scientifiques ne sont jamais mentionnés.

### **À l'école il y a un postulat de base : prévention précoce et suivis**

Tout enseignant doit pouvoir se référer à des référentiels de connaissances pour agir rapidement, et être attentif aux signes évocateurs de divers troubles pour adresser et orienter les familles vers les consultations adaptées. Par ailleurs, dans un objectif de réactivité et dans la logique où le TDA/H est présentée comme une maladie neurodéveloppementale que porte l'enfant au long cours..., les aménagements pédagogiques proposés doivent suivre l'élève tout au long de sa scolarité. Il s'agit effectivement d'orienter de plus en plus tôt, vers des consultations spécialisées extérieures (CAMPS, CMP, CMPP, Centre de Référence hospitaliers, pédopsy...), tous ces services dont les taux de listes d'attente subissent déjà une inflation exponentielle... à vouloir faire entrer tous les enfants dans le même déroulé normatif d'apprentissage évalué à l'échelle de l'année scolaire, on peut légitimement s'inquiéter des multiplications d'appréciations, questionnaires, mesures et comptabilisations à l'œuvre.

Il me faut constater qu'il n'est pas rare de rencontrer des enfants dont l'hypothèse diagnostic peu claire est interrogée et évolue au fil du parcours de soins auprès des différents spécialistes consultés. Face à l'éclectisme symptomatique plus marqué que présentent certains enfants, l'errance diagnostic témoigne de la difficulté à établir un diagnostic et de concevoir un projet thérapeutique et scolaire pour ces enfants. Établir un diagnostic peut donc prendre du temps.

Questionnaires, mesures, investigations neuropsychologiques et imagerie cérébrale à l'appui, les signes présentés par l'enfant se retrouvent bien souvent rassemblés sous l'acronyme TDA/H. Les troubles associés seront alors présentés comme conséquence de ce trouble.

Le médecin spécialiste consulté transmettra le questionnaire de conners (version courte) à l'enseignant afin que ce dernier le renseigne (souvent par courriel via l'école, quelque fois par l'intermédiaire des parents) – Il est plus rarement de l'initiative d'un enseignant ou de l'institution scolaire, mais peut l'être.

Si certains enseignants s'y soumettent de bon gré (il faut enfin trouver le bon diagnostic) d'autres contestent, jugeant les questions trop orientées, peu nuancées, dépendantes du contexte et surtout très subjectives. Ils auraient tant d'autres observations à partager plutôt que de compléter ce questionnaire, simple relevé de signes qui ne dit rien de l'enfant qu'ils ont en classe,

des questions qui le travaillent, des relations avec les autres, avec les parents de l'élève, ou de ce que l'enfant lui confie...

Beaucoup d'enseignants peinent à le renseigner, aller-retour de documents entre l'enseignant et le spécialiste dont l'enfant et les parents peuvent être exclus, mettant quelques fois à mal les relations famille / école lorsque, dans un après coup, ces renseignements feront retour auprès des parents et de l'enfant, les échanges et la parole se trouvant court-circuités.

Le diagnostic de TAD/H posé, le protocole d'accompagnement pédagogique doit être contractualisé. Un expert : médecin, une structure spécialisée ou enseignant chargé de missions pédagogiques spécialisé dans ce trouble cochera les items correspondant aux besoins de l'enfant diagnostiqué TDA/H à l'appui d'un protocole type, document de référence entre l'enseignant, l'enfant et ses parents, validé en équipe éducative scolaire ou en équipe de suivi de scolarisation lorsqu'un dossier a été ouvert à la MDPH. Ces protocoles s'inscrivent dans une logique axée prioritairement sur une « dimension de compensation technique en réponse aux besoins de l'enfant » afin de favoriser l'accès aux apprentissages ; la singularité subjective de l'enfant, sa relation au groupe et à l'enseignant n'est aucunement prise en compte.

Il est très fréquent de voir revenir un enfant diagnostiqué TDA/H avec un nombre impressionnant de soins : Rééducation comportementale de l'enfant, rééducation parentale de gestion de relations enfant/parents, ergothérapie, rééducation orthoptique, psychomotrice, orthophonique, traitement pharmacologique et quelques fois psychothérapique en précisant ou non les compétences attendues de ce suivi... redoublé dans le cadre scolaire, de soutiens proposés après l'école ou sur les congés...

En ce sens les propos de cet enfant qui osait soutenir « *et moi quand est-ce que je joue ?* » apparaissent des plus légitimes. Certaines familles s'épuisent, abandonne les soins, seul subsistera peut-être le traitement médicamenteux, le temps de la durée de l'ordonnance.

Les parcours sont bien sûr à penser pour aller de l'avant et pour accompagner les familles et les enseignants ... mais faut-il pour autant niveler les parcours de soins et d'accompagnements pédagogiques au nom d'une meilleure prise en charge ou de l'efficacité scientifiquement prouvée ? les tentatives sont multiples (Éducation nationale, services de soins, HAS, etc...).

Ces prescriptions pédagogiques, pensées dans l'intérêt et pour le bien de l'enfant, nient la réalité de ce qui se passe à l'école : malentendus, conflits groupe, refus

de l'enfant, exigences des parents ou d'un service de soins, d'un thérapeute, résistance d'un enseignant se révèlent aux détours des protocoles...

**2<sup>ème</sup> paradoxe de cette relation trouble** : la fonction de transmission du maître d'école se trouve fragilisée. Sa voix se dissout dans les principes et maîtrises protocolaires : Il se résigne, quelques fois négocie, résiste, dialogue quand c'est encore possible...

*Tout comme l'enfant qui erre, s'agite et se distrait entre les prescriptions et les inter-dits (ce qui est dit entre...) pour trouver sa propre voie.*

### **Focus scolaire sur les accompagnements de l'enfant à l'école : pouvoir penser avant et au-delà du protocole ...**

Encore un postulat : À l'école un diagnostic ne se discute pas, il fait foi, tout comme les préconisations qui en découlent.

S'appliquent alors les adaptations et aménagements pédagogiques dont les plus classiques pour le TDA/H sont : le levier de motivation (gratification et récompenses), contrat de comportement, planification des tâches, exercices à trous, accessoires antistress, timer, pictogrammes, casque anti bruit, aménagement de l'espace, etc. (techniques partagées avec d'autres troubles)

L'enfant n'est pas dupe et peut rejeter les adaptations qu'il peut juger infantilisantes, quelques fois discriminantes, et pour les plus grands refuser le traitement pharmacologique. Ces recommandations d'experts extérieurs et éloignés du monde de l'école sont revues au mieux en point d'étape annuellement.

Mais l'enseignant reste seul, au jour le jour, à naviguer entre les flux et reflux engendrés. Personne à bord les jours de tempêtes, les experts absents, le protocole pensé dans une approche technique du besoin de l'enfant, n'est d'aucune ressource.

Ces protocoles prennent en compte la dimension purement technique de l'acquisition des apprentissages. Ils s'inscrivent dans un déni de ce qui se passe pour l'enfant dans le contexte de l'école, de ce qui se passe autour des enjeux familiaux, des liens avec l'école et surtout une dénégation des difficultés psychiques. L'appropriation et l'intériorisation nécessaire et indispensable des apprentissages, suivent toujours un chemin et un rythme quelques fois imprévu pour chaque enfant dans ses rapports au groupe classe, aux adultes tutélaires, à l'objet d'apprentissage, mais aussi articulé à son histoire personnelle. Apprendre est un processus complexe et singulier qui n'autorise aucune approche réductrice ou simpliste d'où qu'elle émane et quels que soient les « écarts à la norme ».

Les difficultés d'attention et d'agitation de l'enfant convoquent autant les fonctions intellectuelles, langagières et psychomotrices, dont l'investissement affectif (pulsionnel) et la vie psychique dans son ensemble comptent autant que l'équipement neurobiologique proprement dit. Pas l'un sans l'autre.

Les apports des recherches, qu'elles soient scientifiques ou qu'elles émanent de courants pédagogiques et de recherches actions, contribuent à faire évoluer les pratiques pédagogiques. Mais ne faire valoir qu'une approche sans tenir compte d'un ensemble, s'inscrit en trompe l'œil, avenir d'une illusion pédagogique qu'on ne peut faire valoir ou ériger en norme pour tous (enfant ou professeur).

Le « prêt à porter pédagogique », issue des préconisations voire même des mouvements pédagogiques alternatifs, peut rater son objectif, impacté par les interactions sociales permanentes et la dynamique psychique propre à l'enfant, au jeune, au professeur et au groupe.

On voit aussi croître des « copier / coller » de fragments méthodologiques de pédagogies alternatives qui ont le vent en poupe, mais vidées de leur essence.

Par ailleurs nombre de professionnels expérimentés affirment que les pratiques pédagogiques alternatives fonctionnent de moins en moins bien (Daniel CALIN, agrégé de philosophie, formateur d'enseignants spécialisés – conférence congrès des psychologues de l'éducation nationale AFPEP Arcachon 2007).

### Troisième paradoxe :

L'agitation actuelle autour de la maîtrise technique des apprentissages, associée à son évaluation binaire, « sait ou ne sait pas », ne dit rien de pourquoi ou sur quoi l'enfant a buté ou a été empêché de se lancer ; et si la réponse est juste, la connaissance est-elle pour autant intériorisée pour être réinvestie ?

Cette agitation protocolaire peut quelque fois ouvrir sur une grande solitude, une perception d'impuissance et le sentiment de ne pas être entendu ou reconnu, pour l'enseignant comme pour l'enfant ou ses parents.

### Que conclure dans le cadre scolaire face à l'épidémie de TDA/H ?

Lorsqu'entant que psychologue des écoles nous pointons à nos confrères neuropsychologues, psychiatres ou chercheur universitaire, le nombre croissant d'enfants diagnostiqués et/ou médiés, la réponse qui nous est faite est d'abord qu'un certain nombre d'enfants sont passés au travers des mailles d'un dépistage

insuffisant auparavant. L'autre argument mis en avant est celui d'un mauvais diagnostic, trop tôt ou trop hâtif, entraînant un effet délétère de « surdiagnostic » : « ces enfants sont tout simplement diagnostiqués à tort parce qu'ils ne sont pas si nombreux que cela à être des vrais enfants TDA/H ».

Vrai ou faux TDA/H ? Appréhendé par le prisme de l'école, délimiter les contours de ce trouble déficitaire au travers des signes présentés, à savoir l'attitude de l'enfant face à l'objet scolaire, semble bien difficile et peu consistant. Les signes décrits et retenus par le DSM5 peuvent être présents dans des organisations psychopathologiques très diverses, psychopathologique au sens de ce qui structure l'organisation psychique. Ces repères apparaissent nécessaires pour penser et approcher au plus près l'accompagnement quelquefois pluriprofessionnel, mais toujours singulier, d'un enfant à l'école.

Il me semble tout aussi important de dépasser les pratiques actuelles d'enregistrement des données et de vérification de la légalité de la mise en place du protocole qui, en faisant l'économie de la circulation de la parole, peuvent mettre les parents et les professionnels en grandes difficultés. Lorsque la parole « ne désigne plus » et que le sujet, enfant, enseignant ou parent, n'est plus « nommer à » être, faire... un espace de subjectivation peut se frayer un passage qui ouvre quelque peu à l'apaisement.

- L'accompagnement et le soutien de l'enseignant hors réunion protocolaire, permet un déplacement, nécessitant quelques fois de déroger au protocole, pour remobiliser l'enseignant et lui rappeler que c'est lui qui est maître de sa classe, l'autoriser à penser pour accompagner cet enfant, dans cette classe.
- Du côté de l'enfant, lui offrir un lieu tiers, quelque fois à l'école, permettra d'accueillir sa parole, ses affects et ses silences.
- Il peut aussi quelque fois être nécessaire de proposer un lieu tiers aux parents, offrant un espace de parole d'entre deux, ni du côté du pédagogique, ni du côté du médical, afin de pouvoir déployer une parole, une mise en récit, quelques fois éludée par ailleurs.

Il ne s'agit aucunement de remettre en cause la nécessité d'accompagnements, même précoces, mais plutôt de pointer la logique univoque dans laquelle ils peuvent s'inscrire, perdant alors de vue l'enfant, ses parents, l'enseignant et l'école.

Pour dire STOP à cette épidémie, et ne pas tomber dans un dépistage systématique et précoce de tous, hors sens, il importe de converger vers un accompagnement raisonné, sollicitant un engagement pluriprofessionnel,

éthique et politique (dans le sens de ce qui fonde la cité), hors des sentiers cloisonnés et prescriptifs. Quelle place voulons-nous accorder à l'enfant à l'école pour devenir adulte notre société ?

Sous la pression d'attentes de résultats scolaires, d'où qu'ils émanent, soumis au spectre des retards et des risques encourus... l'enseignant a besoin de s'étayer des apports de toutes les recherches et des accompagnements des partenaires pour orienter le travail pédagogique qu'il dirige avec cet enfant dans cette classe dont il devrait pouvoir rester maître d'œuvre : s'autoriser et être à l'écoute de l'enfant, dans une position rigoureuse qui maintienne une disponibilité à l'inconnu, indispensable à l'enfant pour devenir élève.

L'enseignant pourra alors découvrir et s'appuyer sur des facteurs favorables à cet enfant, sans intervenir ni trop tôt, ni trop tard, et dans les cas complexes, avec l'accompagnement coordonné de soins thérapeutiques pluridisciplinaires.

En guise de mot de la fin je partagerai avec vous, qu'il m'arrive quelque de fois de dire à un enseignant, « *si l'élève n'est pas au rendez-vous accueille l'enfant* », ce regard déporté permet d'offrir à l'enfant un espace pour tisser d'autres rapports à l'école, de découvertes et d'expérimentations, chemins dont se saisira l'enfant, y accordant toute son attention, tout en y dirigeant son agitation pour renouer dans le temps avec les apprentissages.

**M<sup>me</sup> Gaby Keiser-Weber**

*Docteur en psychologie, psychologue clinicienne*

\* \* \*

## **LE TDAH COMME POLITIQUE DE DENI DE L'ENFANCE**

On assiste depuis le début des années 80, de façon contemporaine avec le développement du néolibéralisme financier et de la mondialisation, à l'avènement d'un nouveau paradigme de l'enfance et à la fabrique d'un nouvel enfant que j'appelle « l'enfant du trouble ». Cette reconfiguration des discours sur l'enfance, infiltre les choix politiques et budgétaires, et s'est traduite par un déferlement de nouvelles lois, plans, expertises, recommandations, etc. concernant les champs de la santé, du handicap, de l'éducation et de la pédopsychiatrie. Plusieurs événements jalonnent cette mutation :

- Il faut d'abord mentionner le vote par l'assemblée nationale en 1996, d'une loi pour une prise en charge adaptée de l'autisme, reconnaissant l'autisme comme un handicap mental lié à une anomalie du développement cérébral. Pour la première fois, la représentation nationale avec

son pouvoir politique, prend parti dans un débat scientifique concernant la définition, la conception et le traitement d'une affection, instaurant ainsi une psychiatrie officielle, une science d'état. Ce glissement politique connaîtra d'autres épisodes, toujours en particulier au sujet de l'autisme (l'affaire Fasquelle), mais on retrouve le même processus et la même rhétorique pour tous les troubles de l'enfance, l'autisme étant lui-même désormais situé au sein des troubles « neurodéveloppementaux » (la nouvelle doxa officielle), et les services de l'état s'étant empressés de coller aux catégories du nouveau DSM 5, avant même que ne sorte la nouvelle version de la CIM.

- La loi de 2005 sur les personnes handicapées qui promeut leurs droits mais qui a introduit aussi le concept de compensation, qui a contribué encore davantage à instaurer un clivage entre soins et accompagnement social.

- Plusieurs expertises collectives : l'expertise INSERM sur les troubles mentaux chez l'enfant en 2003 qui annonçait qu'en France un enfant sur huit (12%) souffrait de troubles mentaux et une seconde expertise sur « le trouble des conduites » qui sera à l'origine du collectif « pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans » dont la pétition sera signée par plus de 300000 personnes.

Malgré les nombreuses critiques suscitées par ces « expertises » (qui sont venues collaborer à une gestion et une naturalisation de l'intime et des relations humaines), de nouveaux « troubles » de l'enfant ont été officialisés et la nosographie pédopsychiatrique se réduit dès lors à une dizaine de diagnostics, toujours les mêmes et souvent additionnés<sup>1</sup> puisque la comorbidité est la règle.

- Et enfin, les nombreuses recommandations de la HAS et en particulier celle sur le TDAH. Il est intéressant de savoir que le préalable de la commission qui a élaboré, à la demande de l'association de parents « Hyper Super », cette recommandation destinée aux généralistes concernant la conduite à tenir devant un enfant TDAH, a posé comme préalable la reconnaissance a priori de l'existence du TDAH. Ainsi, il était demandé, dans cette instance qui se présente comme soutenant une démarche scientifique EBM, c'est-à-dire basée sur la preuve, de commencer par établir une croyance a priori. Donc, il faut commencer par croire ! Mais la question, ce n'est pas de savoir si le TDAH existe ou non au sens où on y croit ou pas à une vérité révélée, c'est de savoir de quoi on parle, de quoi il s'agit.

Dans le domaine de la psychiatrie, il n'y a pas nécessairement consensus, et je considère que c'est plutôt une bonne chose, tant pour la recherche clinique

que pour nos patients qui devraient pouvoir bénéficier de prestations qui prennent en compte leur singularité et non de réponses standardisées. Par ailleurs, je ne partage pas totalement l'idée que la symptomatologie des enfants a changé. Ce qui a changé, c'est la demande, sa formulation dans les mots de l'époque, c'est l'environnement de l'enfant, c'est la manière de voir l'enfant, ainsi que ce qu'on attend de lui, ce qui n'est pas sans effets sur ses comportements. Comme l'a écrit le professeur Christian Mille : « Face à un ensemble de troubles paraissant moins réactionnels que situationnels, il importe de prendre en compte ce qui peut être lié à des changements survenus dans les rapports sociaux, la constellation familiale, et au-delà dans l'économie psychique des adultes, changements qui ne sont pas sans incidences sur l'infléchissement de leurs attitudes éducatives ».

Pour revenir à la question sur l'existence du TDAH, en l'absence de preuves suffisantes sur le plan scientifique et clinique pour asseoir la validité du TDAH, on peut considérer que le TDAH n'existe pas comme maladie - c'est une fausse maladie - mais qu'il existe bien comme fait social et politique. Je vous invite donc à penser le TDAH, non comme une maladie, mais comme une marque, une enseigne, une profession de foi ou un programme politique. Cette entité répond à une nouvelle façon de considérer l'enfant et ses difficultés, en particulier scolaires, dans un contexte d'inquiétude quant à l'avenir des enfants, dans une société qui privilégie l'autonomisation des individus et l'individualisation des problèmes qu'ils peuvent rencontrer. Les questions de pédagogie et d'éducation, sont devenues très angoissantes et sont alors renommées au sein d'entités identifiant des « troubles » aux contenus et limites floues et spécialement le TDAH. Une tension forte pèse et envahit nos enfants : un trouble de la tension, non pas en un mais en deux mots !

Nous sommes aujourd'hui les témoins de la fièvre diagnostique qui s'abat sur l'enfance. Une formidable entreprise normative et naturaliste est en marche à travers l'étiquetage tous azimuts des enfants (selon le DSM) qui s'accompagne d'une frénésie de protocolisation et d'évaluation permanente de tous depuis la petite section maternelle. L'enfance et ses

difficultés, sont abordées de façon univoque comme déviations par rapport à la moyenne statistique des tests et échelles diverses qui mènent à ce que tout enfant hors norme, est aujourd'hui susceptible de se retrouver identifié dans un statut de handicapé à rééduquer et à compenser : c'est un des effets pervers de la Loi de 2005 sur le handicap qui mène à une « extension du domaine du handicap »<sup>19</sup>. Toute déviance doit être repérée, évaluée et traitée.

Le succès sans précédent du TDAH correspond sans doute au besoin actuel de nommer des difficultés de l'enfant dans le monde contemporain et à l'espoir de pouvoir les résoudre, ainsi qu'au besoin de fixer les individus dans une identité, mais il coïncide aussi avec les visées du marché et satisfait aux objectifs des entreprises pharmaceutiques qui produisent les différentes formes de méthylphénidate, cette amphétamine qui agit à court terme sur l'agitation et l'inattention<sup>20</sup>. Le succès du TDAH tient à l'efficacité - jusqu'à un certain point - de la Ritaline. Le diagnostic trouve immédiatement sa réponse médicamenteuse, ce qui n'est pas le cas avec le trouble des conduites ou le TOP, qui n'ont pas plus de validité clinique, dont plus personne ne parle, sans doute en bonne partie parce qu'il n'y a pas de débouché commercial. A cet égard, le TDAH est une affection pharmaco-induite<sup>21</sup>, faisant l'objet d'un marketing impressionnant, avec y compris tout un système de corruption plus ou moins prononcé de leaders d'opinion médicale, débouchant sur un marché florissant de plus de dix milliards de dollars dans le monde.

Je voudrais insister sur le surdiagnostic, et sur la surprescription de drogues psychotropes dès le plus jeune âge, qui se sont généralisés et sont devenus un phénomène de masse, concernant plus d'un enfant sur cinq, et en réalité tous nos enfants sont devenus cibles potentielles de ce marché encore très prometteur.

Ce surdiagnostic est d'ailleurs devenu l'affaire de tous et non plus seulement des spécialistes. N'importe qui aujourd'hui peut faire des diagnostics. L'Education Nationale encourage les enseignants à le faire ; et les diagnostics pleuvent dès la crèche sur les enfants considérés non conformes. Les nouvelles catégorisations ont diffusé dans le discours social ambiant via les médias et sous l'influence de petits

(19) *Tristan Garcia-Fons, Extension du domaine du handicap chez l'enfant : du trouble et de son objectivation dans le lien social, in : «La psychiatrie médico-sociale», PSYCHIATRIES, N°149, Février 2008, pp.23-30. (revue de l'AFPEP-SNPP).*

(20) *L'enfant de la Ritaline « la pilule de l'obéissance » : 42000 enfants environ prenaient de la Ritaline en Franc en 2011 parmi les 200 000 enfants au moins diagnostiqués TDAH, ce qui est encore loin du nombre d'enfants anglais, américains ou australiens.*

(21) *Pour ceux qui douteraient encore que le DSM est fait sur mesure pour les labos : "Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry" (Liens d'intérêts financiers entre comité d'experts du DSM-IV et industrie pharmaceutique), Lisa Cosgrovea and coll, University of Massachusetts, Boston, Mass., and Tufts University, Medford, Mass. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006 ; 75 : 154-160.*

groupes de pression très actifs dont la rhétorique est reprise sans discernement par les pouvoirs publics. Nous sommes tous aujourd'hui pris dans cette langue du trouble, nous avons intégré et parlons tous aujourd'hui, sans même nous en rendre compte la novlangue des néo catégories, des dys, des TOC, des TSA, des troubles du comportement, et donc de l'hyperactivité et des troubles de l'attention. Il est devenu de plus en plus difficile de parler et de penser sans utiliser ces termes et ces catégories, et sans intégrer les glissements sémantiques qu'ils véhiculent. Tout se passe comme si les adultes en désarroi, avaient perdu leur langue, ne savaient plus comment parler des enfants et des adolescents autrement qu'avec les mots de cette langue réductrice hégémonique.

Cette médicalisation de l'existence, sensible dans la nouvelle langue commune du trouble psychiatriqué a requalifié les affects et le malaise. Il s'agit moins d'une évolution dans la façon de penser les états mentaux humains que de l'avènement d'un « nouveau langage normatif de la vulnérabilité individuelle » comme l'a souligné le sociologue Alain Ehrenberg. Il n'y a plus ni clinique, ni maladie, ni psychiatrie mais seulement un étiquetage de comportements considérés comme déviants, débouchant sur le tri et la médication dans lesquels l'enfant disparaît. Le discours managérial mondialisé rêve d'un enfant modèle réduit d'adulte consommateur ou rat de laboratoire objet d'expérimentations et de dressage.

Le « système DSM » a fabriqué un nouvel enfant : enfant objectif, sans pensée subjective ni histoire, « enfant-computer » dont il faudrait réparer ou remplacer les logiciels défectueux, enfant sans désir ni sexualité, et sans espoir d'évolution. Le système DSM ne laisse plus place ni aux espaces ni aux temps de l'enfance ; et dès lors, l'enfant s'agite ou s'échappe. La langue DSM, et avec elle la promotion exclusive de la médication et de la programmation comportementale, sidère la pensée et la parole.

Cette fabrique de l'enfant du trouble, conduit à ignorer l'enfant troublant et subversif du sexuel infantile. D'un côté, l'enfant se trouve hypersexualisé, excité, dans notre monde de l'immédiateté et du consumérisme, et en même temps la sexualité infantile reste massivement déniée. L'enfance n'est plus seulement le lieu de l'amnésie de l'adulte, mais elle est l'objet d'un aveuglement qui peut aller jusqu'à une entreprise de mort à l'enfance, où l'enfant est naturalisé, animalisé, et où il finit par se réduire à un déchet dans un contexte de « jetabilité » généralisée comme l'a souligné Bernard Stiegler<sup>22</sup>. C'est ce que j'ai appelé, en prenant exemple sur la langue DSM qui adore les acronymes, « l'enfant DEAD » : diagnostiqué, évalué, adultisé,

drogué. Car c'est l'enfance qui se trouve en danger ; et ce sont les adultes et leurs institutions qui sont dans le trouble et dans la confusion des places, constamment remises en cause (on demande aux enseignants de faire des diagnostics, aux psys de faire les flics, à ces derniers de surveiller les cours d'écoles, aux parents d'être des pédagogues, etc.). L'enfant est devenu le miroir projectif des adultes et de la société en général qui présente aujourd'hui un syndrome d'inattention et d'hyperactivité : une société TDAH qu'il faudrait mettre d'urgence sous Ritaline.

Les guides de « bonnes conduites » préconisés par les conférences de consensus, rabattent la complexité de la praxis sur des procédures uniques désincarnées. L'évaluation avec ses protocoles et ses patterns comportementaux, produit des sujets non divisés, indifférenciés, sans complexité ni profondeur. La société des identités fixes et du désaveu de la limite, de l'illusion de l'illimité, à défaut d'ouvrir à la construction subjective et à l'établissement du lien collectif, à défaut de développer l'égalité, un monde d'égaux, propose des égos, des identités de suppléance pour tous. Autant d'identifiants réducteurs qui fournissent des prédictions, voire des destins pour les enfants et les adolescents, qui valent parfois comme de véritables malédictions. Comment faire en effet lorsque qu'il n'y a plus vraiment place pour vivre une enfance ou une adolescence qui ne tire pas à conséquences, et lorsque l'adolescent se trouve soumis au Surmoi féroce de la postmodernité avec ses deux visages : celui qui ordonne de jouir (la jouissance immédiate du consumérisme) mais qui dans le même temps interdit ou empêche de trouver sa place de façon créative dans la réalité. Pour les ados en particulier, comment supporter d'être identifié à l'image idéale d'une jeunesse qui est le miroir tendu au narcissisme des adultes, tout en se heurtant à la faillite des idéaux et aux difficultés de l'inscription sociale, dans les études, dans le travail, le logement...

Fondamentalement, l'enfant agité du TDAH, est un enfant qui appelle à la constitution d'un lien social, collectif, de même que l'enfant du « trouble de l'attention » réclame une attention singulière à sa difficulté à habiter l'espace collectif ; et non pas la catégorisation, l'évaluation ou la prévention sous la forme de programmations neurocomportementales d'individus-cibles. La question se pose de choisir entre la personnalisation ou la médicalisation des problèmes sociaux qui anonymisent l'enfant dont le psychisme est dénié, d'une part et, au contraire, une institutionnalisation de l'accueil et de l'accompagnement de l'enfant au niveau collectif, tout en prenant en compte la reconnaissance de sa subjectivité et l'individualisation des réponses à lui apporter.

---

(22) B. Stiegler, *Ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue*, Flammarion, 2010.

Les pouvoirs publics devraient un peu moins s'intéresser à la psy, en voulant dicter aux professionnels une conception officielle du traitement des individus et des pratiques, ou en imposant aux équipes pluri-professionnelles des orientations qui entravent les capacités innovatrices. Ils devraient plutôt soutenir la recherche de solutions institutionnelles et, en particulier, doter la pédopsychiatrie des moyens suffisants pour qu'elle s'acquitte des tâches qui relèvent de ses attributions et compétences : celles-ci ont comme objet, la rencontre avec l'enfant et sa famille et passent par l'établissement et l'élaboration d'une relation clinique sensible. Cela demande du temps et non de l'immédiateté. Un temps nécessaire qui ne devrait plus être le temps des délais d'attente pour un premier rendez-vous ou le début d'un suivi régulier, mais bien plutôt un temps pour la parole et la symbolisation.

Il s'agit de ménager la place d'une clinique du sujet et je dirais d'une politique du sujet ; ce qui suppose la mise en tension de différents champs discursifs (entre psychanalyse et psychiatrie, mais pas seulement), ouvrir au débat là où la pensée unique pseudo scientifique réduit au silence, à un débat sociétal et politique plus large, qui ne concerne pas que « les professionnels de la profession ». Il s'agit aujourd'hui de travailler non seulement avec l'enfant et sa famille, avec les usagers, mais aussi de travailler avec tous les professionnels de l'enfance, pour ménager une place d'enfant à l'enfant, et un espace de créativité.

Il est encore temps aujourd'hui de mettre un terme à la folie TDAH, à cette maltraitance de l'enfance que constitue le surdiagnostic et la surprescription, pour revenir à un accueil des enfants et des adolescents, à prendre soins d'eux en étant respectueux de leur développement, attentif et compréhensif à l'égard de leur histoire et de leur environnement familial et social, et soucieux des pédagogies qu'on leur propose ainsi que de leur éducation à la citoyenneté.

**Tristan Garcia-Fons**  
*Pédopsychiatre, psychanalyste*

\* \* \*

## INTERVENTION

Quelques exemples de prises en charge en cabinet de ville d'enfants hyperkinétiques et ou présentant des troubles de l'attention. En contrepoint de la classification DSM, la richesse de la séméiologie clinique montre que chaque enfant est unique.

Psychiatre d'exercice privé en cabinet de centre-ville, je reçois des enfants accompagnés de leurs parents ou pour certains par des adultes référents, comme par exemple pour les enfants placés. La demande de consultation est faite au vu du comportement de ces enfants, à l'initiative des parents ou sur les conseils des enseignants, médecins ou autres professionnels.

Comme préambule, un rappel dans la suite des interventions de la journée me semble nécessaire. Un enfant est toujours au croisement de l'histoire de ses parents, grands-parents avec leurs vécus, leurs représentations, et de sa propre histoire avec, par exemples, les difficultés somatiques autour de sa conception, de la grossesse, ou de sa petite enfance, des événements traumatiques vécus, et de sa place dans l'Histoire avec un grand H, c'est-à-dire de la place donnée aux enfants dans la société dans laquelle il vit. Il y a de profondes différences entre avoir une place assignée aux travaux nécessaires à la survie familiale, ou être dégagé de cette obligation, avoir un jardin ou un espace de liberté à sa disposition ou avoir un corps contenu dans un petit appartement, dans une petite classe, y être 30, sortir un bref laps de temps dans une cours de récréation urbaine à l'espace limité et le tout dans une société qui a des attentes précises du côté de la performance. C'est ce qu'on pourrait appeler la dimension politique de la place d'un enfant.

Je vais vous présenter quelques prises en charge :

Au début de mon installation, je reçois un jeune garçon, milieu de primaire, remuant, ne tenant pas en place que ce soit à la maison ou à l'école. Il passe son temps pendant les récréations à courir en se mêlant très peu aux jeux organisés par les autres enfants. Je le reçois avec ses parents, puis seul pendant quelques entretiens et je finis par lui demander « *Mais pourquoi tu cours tout le temps ?* ». Visiblement navré de mon manque de clairvoyance, il me répond en haussant les épaules « *Mais parce-que j'ai peur !* ».

Au moins la fuite, les sensations corporelles éprouvées en courant, sautant, criant, permettent une certaine mise à distance.

Que faire de son corps, alors qu'on est pris dans la peur, rester sur place sidéré, ou prendre ses jambes à son cou ?

La nomination de cette peur a été une première étape, le début du travail avec cet enfant et un fil rouge dans ma propre pratique, c'est-à-dire, qu'en est-il des émotions et des expressions corporelles de celles-ci pour un petit qui a encore peu de possibilités de mettre la complexité en mots. A quoi fait-il écho, dans quoi est-il pris ? Bien sûr la question a tout son sens aussi pour les adultes.

Un autre enfant d'à peine 3 ans avant son entrée en maternelle : Il dort très peu, enchaîne bêtises sur bêtises, grimpe partout, vide les tiroirs, met les rouleaux de papiers dans les toilettes ou en fait de longs rubans dans les couloirs, son imagination est fertile. Il faut constamment le surveiller, ses parents sont épuisés. Effectivement dans mon bureau, à peine arrivé avec eux, il grimpe sur un fauteuil, saute sur le divan, passe sous le bureau, fait du bruit en entrechoquant des jouets, les sollicitent, grimpent sur leurs genoux, redescend tout de suite, les interpelle. Les adultes ne

peuvent pas échanger une phrase sans être obligé de l'arrêter, il faut constamment le surveiller, « l'avoir à l'œil », mais il a une belle qualité de présence et de lien avec ses parents, ce qui exclut d'emblée un risque d'autisme ou de psychose. Donc j'interviens fermement en lui disant que ses parents et moi ne pouvons pas nous parler et que je vais lui proposer d'aller dans la salle d'attente pendant que nous discutons et que je viendrai le chercher quand nous aurons fini. Sous le regard effaré de ses parents, je l'accompagne, lui montre une chaise à sa hauteur, des livres et je ferme la porte ainsi que celle de mon bureau.

Ses parents me parlent alors du drame qui a bouleversé leur vie. Avant la naissance de ce deuxième enfant, ils ont eu un autre fils qui est mort à l'âge de 10 ans, renversé par une voiture alors qu'il faisait du vélo.

Vingt minutes plus tard, je vais chercher leur fils, il est assis tranquillement sur sa petite chaise, avec des livres. Tout est paisible dans la salle d'attente. Ses parents font bien sûr le lien entre son agitation et le drame familial et décident d'aller parler pour leur propre compte de leur douleur et de leur peur d'une autre perte.

Ce ne sont pas uniquement les symptômes « agitation », « troubles du sommeil » ou autre qui guident dans cette prise en charge. Il ne m'est pas habituel de demander à un si petit de rester seul dans la salle d'attente, il ne s'agit pas non plus de mettre des limites, ses parents l'éduquaient aux règles sans problème, mais la proposition a été un écart entre eux et lui. La réponse n'a pas été une recherche de symptômes, de remplir une grille avec des items à cocher, mais une écoute clinique. Un entretien tourné sur une recherche de diagnostic n'aurait pas eu le même effet.

Peut-être qu'une des premières alternatives à cette « épidémie » d'hyper activité serait de mettre à distance cette demande sociétale prégnante de faire diagnostic..., je l'illustrerai avec cette autre vignette clinique.

Un autre enfant en moyenne section de maternelle toujours pour son agitation : C'est son enseignante qui a suggéré la consultation. Après un entretien avec les parents, je le vois seul. Il bouge beaucoup, saute à pied joint, rampe sous le divan, ressurgit sous le fauteuil, touche tous les objets sur mon bureau, allume, éteint les lumières, le tout à vive allure. Il y prend visiblement un grand plaisir. Et cette fois je l'accompagne par la parole en nommant ce qu'il fait, ramper sur un tapis ou sur le plancher, à la lumière ou sous le divan, sauter sur le fauteuil ou le sol, toutes choses qui sont des expériences corporelles différentes. Il n'a pas fallu longtemps pour qu'il canalise toute son énergie en inventant un trajet où il ne fallait pas mettre les pieds sur le plancher « pour pas que les crocodiles le mangent » et il me précise qu'il est plus malin qu'eux ! Il entre en

conversation avec son imaginaire, puis devient capable de s'asseoir à une table et d'inventer des histoires classiques de son âge en dessinant.

Il était juste un peu immature et avait besoin de grandir un peu, d'investir plus le langage pour s'adapter aux contraintes scolaires.

On voit ici que l'agitation a pu avoir différentes causes, peur, rassurer ses parents, immaturité, il y aura donc des réponses toutes aussi variées.

Une petite fille en CM1 : ses résultats scolaires sont médiocres, elle est lente, dans la lune, déconcentrée, gigote sur sa chaise. Quand on l'interroge en classe, elle répond mais participe peu. A la maison, elle aide, fait ce qu'on lui demande que ce soit mettre la table ou ranger sa chambre mais toujours avec retard, sans anticipation, sans se repérer dans la nécessaire répétition des événements. Elle a de grosses difficultés d'endormissement. Ses parents et son enseignante sentent qu'elle a besoin d'aide pour s'épanouir. C'est la deuxième fille de sa mère et l'enfant unique de son père. Celui-ci est employé de pompes funèbres, sa mère assistante maternelle et elle aime jouer avec les petits que garde sa mère. A sa naissance, sa mère a dû être hospitalisée pendant deux mois pour une septicémie. C'est sa grand-mère paternelle qui l'a alors prise en charge. Bien sûr ses parents lui parlent alors de cette séparation très précoce, de l'angoisse familiale concernant la santé de sa mère, du chagrin de celle-ci de n'avoir pu s'occuper d'elle, peut-être s'agit-il d'une dépression qui se manifeste par des troubles de l'attention ?

Rien ne bouge.

Je la vois seule, les semaines s'enchaînent avec une petite fille qui ne parle que si on l'interroge donnant des réponses à minima, qui se tortille les cheveux, se gratte, a l'air ailleurs. Le temps s'écoulant, je finis par me dire que je n'y comprends rien, que visiblement je n'arrive pas à l'aider et je me décide à la confier à un collègue qui sera plus compétent. Je me donne une échéance de deux rendez-vous. Une fois cette décision prise, me trouvant psychologiquement dans la position d'être dessaisie, je l'en informe. Et là, elle prend la parole et me dit « J'ai peur que ma sœur me tue la nuit ». Percevait-elle la prise en charge comme une coercition, ou a-t-elle eu peur d'un abandon ? Bien sûr nous poursuivons le travail sur sa peur de la mort et d'être étouffée la nuit pendant son sommeil. Les associations se suivent à toute allure, comme un barrage qui cède et apparaît alors la figure de la grand-mère paternelle. Je n'en avais entendu parler jusqu'alors que par son refus, récent, aux précédentes vacances scolaires d'aller chez elle, ce qui avait été mis sur le compte de l'ennui. Clairement cette enfant perçoit le désir de captation de sa grand-mère qui aimerait prendre la place de sa mère. Avec son accord,

nous parlons de tout cela avec ses parents et sa mère corrobore son ressenti en disant qu'elle n'en parlait ni avec son mari, ni avec sa belle-mère « pour ne pas faire de conflit familial ». Les premières années de sa vie, cette enfant a été en quelque sorte l'objet de sa grand-mère ce qui ne manquait pas de disqualifier la mère et cette maman pensait ne pas pouvoir prendre la parole au risque de « tuer la famille ». Ses parents l'ont alors assuré qu'il n'y aurait plus aucune décision de sa grand-mère la concernant, ni rupture familiale. Cette fillette s'est ensuite littéralement dépliée, dans ses attitudes physiques et psychiques d'ouverture au monde. Dans mon bureau elle soutient enfin mon regard, me sollicite, me pose des questions, à l'école elle participe aux jeux dans la cour, bavarde avec les autres enfants. Habitant à 150 mètres de l'école, elle demande à aller seule en classe. Elle arrive un jour dans mon bureau en me disant « Je sais que maman a peur que je meure ». Je lui demande comment elle l'a compris. « J'ai discuté cinq minutes avec une copine et en rentrant, j'ai trouvé maman sur le chemin qui pleurait. Elle croyait que j'avais eu un accident ». Visiblement pour elle, c'est le problème de sa mère et elle arrive à se repérer avec finesse dans les émotions des adultes. Notre travail s'arrête là.

Je ne doute pas que si on avait fait passer quelques examens d'imagerie ou bilan neuropsychologiques à cette enfant, quelques mois plus tôt, il y aurait eu quelques circuits neuronaux mal reliés, des performances ou compétences faibles. On ne se protège pas du monde sans conséquences. Des rééducations diverses auraient pu être entreprises, avec je ne sais quelle fortune, mais je doute de la disponibilité qu'elle aurait eue. Par contre à ce stade, elle était prête à être active dans une prise en charge si nécessaire.

Des symptômes d'agitation, des troubles de l'attention, il n'y a pas le tryptique cher au DSM.

Une petite fille en grande section de maternelle, agitée et perturbatrice envoyée par son enseignante. Les parents viennent ensemble au premier entretien. Le père précise qu'il ne se déplacera plus, que tout cela lui casse les pieds. Sa structure paranoïaque est évidente. Comme il n'a pas interdit les consultations, une prise en charge commence. Quelques semaines plus tard, coup de fil de l'enseignante qui demande à me parler. Elle sait que je suis tenue au secret professionnel mais souhaite que je l'écoute, « il faut que je parle, sinon je la colle au mur ». Elle me raconte les multiples incidents que provoque cette enfant impulsive en classe, elle prend la parole à tous propos, déchire ce qu'elle ne réussit pas et le dernier incident en date l'a exaspérée. En faisant travailler en motricité la notion de dessus, dessous, il fallait passer sur ou sous un banc, la fillette est passée entre les jambes d'un petit garçon et lui a tiré sur les testicules. Hurllements, effroi des autres, je vous laisse imaginer la scène. Le fait de parler de

sa colère soulage l'enseignante, elle me remercie de mon écoute, qui bien que silencieuse, lui a permis de se dégager de la violence qu'engendrait cette enfant chez elle. Je me suis dit que celle-ci avait de la chance d'avoir une enseignante aussi mature qui avait tout compris au contre-transfert et avait su, dans l'urgence pour elles deux, inventer ce dispositif.

L'année suivante, elle est admise en classe d'adaptation, classe qui n'existe plus, avec un maître expérimenté qu'elle teste d'abondance, comme je le comprends au travers du récit de sa mère. Mi-Mai, la lecture n'est pas acquise, mais son comportement est plus calme, elle est plus présente à la relation. Un jour elle évoque avec regret le fait qu'elle ne sache pas lire et je peux enfin lui dire que pour apprendre il faut d'abord accepter de ne pas savoir. Je vois à son regard qu'elle comprend. Dans ce cas précis, il s'agissait de quitter la position de toute puissance initiée par la structure paternelle. La semaine suivante, elle avait acquis la lecture, grâce au travail de chaque professionnel, chacun dans ses compétences. A la fin de l'année scolaire, ses parents déménagent, trop loin de Bordeaux pour poursuivre nos entretiens.

Dix ans plus tard, âgée de 17 ans, elle demande un rendez-vous pour parler de son avenir, sa mère assure le transport. En fait dans cet unique entretien, elle tient à me dire qu'elle est en BEP, qu'elle va bientôt travailler, qu'elle en est contente mais surtout elle ajoute « il est difficile mon père ». Cette jeune fille se dégageait peu à peu de l'emprise paternelle et je ne crois pas qu'un diagnostic de troubles neurocomportementaux l'aurait aidée. Et j'irai même jusqu'à prendre le risque de dire que c'est parce que chacun est resté à sa place que cette prise en charge a pu fonctionner, il faut se garder de mise en réseau qui peuvent pour certain créer le sentiment de mainmise. Et peut-être même la pose d'un diagnostic avec un traitement aurait eu un effet de contention du côté « je la colle au mur » pour cette enfant.

De ma place de psychiatre de ville il me semble que le diagnostic de TDA/H se module, davantage pris en relais par la société qui y verrait une explication au comportement de certains enfants, en faisant l'économie de d'une réflexion plus complexe, que par mes collègues pédopsychiatres qui sont peu enclins à suivre les nomenclatures américaines.

Pour conclure, je dirai que je vous ai présenté des situations où l'étiopathogénie se dégage assez clairement pour avoir une influence sur le comportement de ces enfants. Pour ma part je n'exclue pas un support organique immature ou mal organisé, mais j'exclue tout à fait que l'on renonce à une clinique du sujet pour ces enfants dans la tourmente, c'est comme si un épileptique n'était que ses crises et pas une personne.

Aucune prise médicamenteuse, bien qu'elle apaise ne permet de réorganiser son rapport au monde. Il convient donc de proposer à chaque famille du sur-mesure.

**Béatrice Guinaudeau**  
*Psychiatre, Bordeaux*

\* \* \*

## **NOUVEAU CONCEPT GRÂCE AU TDA/H : LA PRESCRIPTION PARTAGÉE**

Après la grande mode des produits partagés, la prescription médicamenteuse vient de rejoindre ce nouveau concept. La journée consacrée à l'épidémie de TDA/H a montré que les vrais prescripteurs étaient les enseignants et les parents.

Aux USA, pays fondateur du syndrome, les établissements scolaires obligent les parents à faire prendre du méthylphénidate aux enfants sous peine d'être signalés aux juges avec le risque d'être séparé des enfants. Dans ce pays, les enfants des plus pauvres sont des consommateurs de ce médicament et dans les pays pauvres ce sont les enfants des plus riches qui en prennent. Le mode d'assurance de santé détermine la prescription : dans les pays riches ce sont

les assurances publiques qui supportent le coût de la prescription et dans les pays pauvres les riches devront se précipiter pour donner aux enfants le produit miracle américain.

Les nouveaux prescripteurs, famille et enseignants, sont victimes de campagnes orchestrées par l'industrie du médicament.

En France de nombreux parents arrivent chez les médecins avec un diagnostic-traitement posé par eux ou bien les enseignants. Pour de nombreux psychiatres, il semble difficile de refuser cette prescription et certains prendront ce support pour établir un lien psychothérapique avec l'enfant et ses parents. La prescription devient *une prescription supportée* comme nous pouvons aussi le voir chez l'adulte pour les maladies bipolaires et le nouveau TDA/H pour adulte. Après un suivi psychothérapique, il est intéressant de noter que ces traitements s'avèrent obsolètes et jette le doute sur le caractère neurologique de ces troubles du comportement. Il reste que des enfants auront pris pendant des années des produits aux effets secondaires inquiétants sur le développement de leur vie d'adulte.

**Michel Jurus**  
*Psychiatre, Lyon*

---



---

## Mémoires de psychiatre

***Les textes sont notre mémoire commune sur une pratique toujours plus menacée. Chantal Laurent-Planet nous ouvre sa mémoire sur les chemins de la psychiatrie. Un texte plein de grâce et douleurs contenues mais aussi avec une belle détermination revigorante. Lire fait du bien. Faites-nous part de ce qui vous a conduit vers la psychiatrie, les rencontres que vous avez pu faire et ce que votre métier vous appris.***

**Michel Jurus**

Par inadvertance, il y a quelques mois, j'ai porté à la connaissance de Michel Jurus, l'existence d'un atelier d'écriture que nous tenions avec quelques amies psychiatres sur Lyon. L'un des derniers thèmes d'exercices d'ailleurs avait été de se pencher sur la naissance de notre vocation de psychiatre. Il m'a demandé si j'accepterais de reproduire mon texte pour le journal de l'association. Après un moment d'hésitation pudique bien développé chez moi et, dans notre milieu professionnel pour tout épanchement trop intime, je me suis dit qu'il fallait essayer en cette fin de carrière d'être plus simple, cela pourrait aider les jeunes psychiatres débutant leur exercice à oser être eux même vis-à-vis de l'institution.

Donc voilà mon texte, assez spontané et peu remanié :  
 Il était une fois une histoire dans la grande Histoire.

Je suis née dans une famille touchée par l'absence : Trois de mes grands-parents n'avaient pas survécu à la deuxième guerre mondiale, laissant ainsi mes deux parents orphelins, dans l'enfance pour l'une, à l'adolescence pour l'autre.

Autour de ma naissance ma grand-mère maternelle, a perdu ses deux frères et une sœur qu'elle aimait profondément. A dix-huit mois, je perdais mon père en Algérie.

Les premiers souvenirs de mon enfance s'inscrivent dans la pénombre : Grenoble m'est toujours apparue comme une ville au crépuscule, entre chien et loup. Je pense que c'était plutôt la couleur des tenues des femmes de la famille. Au quotidien, même si je ne mettais pas de nom sur cette atmosphère, c'était la dépression des femmes qui m'entouraient qui enlevait la couleur.

Nous fréquentions des veuves de guerres et des pupilles de la nation : Il y a certains mots que l'on apprend dans son milieu social et pas dans un autre ...

Les seules enthousiasmes et clameurs qui existaient, étaient ceux de ma sœur aînée et de moi-même : Chargées que nous étions de distiller un peu de vie, nous nous battions copieusement.

J'ai donc répondu aux attentes de ma famille : J'étais une enfant gaie, facile, drôle, câline, affectueuse. Ma mère disait même qu'elle ne m'avait pas senti naître : Étais-je vivante moi-même ?

Mais, et on en parlait moins, j'étais anxieuse, paniquée dès que je quittais mes « mères ». Suceuse de pouce, menteuse, tricheuse, rebelle à l'apprentissage : J'avais décrété que j'apprendrai à lire toute seule comme Jean Paul Sartre (Ma grand-mère avait dû lire ses mémoires vers cette époque-là et m'en avait fait part). Je me présentais dans la vie avec des troubles du langage moi qui avait tant et tant à dire, que tout se précipitait et se bloquait.

A partir de huit ans, je suis donc allée voir une psychologue de temps en temps qui, je m'en souviens vaguement, me faisait dessiner et parler un petit moment sur ma production artistique. Elle semblait faire tout autre chose pendant ce temps que je prenais à m'appliquer à colorier. J'avais l'impression de reproduire deux activités que je pratiquais souvent : la rêverie et le dessin. Ces séances m'extrayaient de l'école, que je n'aimais toujours pas, pour me faire passer une heure dans une pièce grisâtre au dernier étage d'un grand lycée parisien où une psychologue, mademoiselle Colin, triste comme son lycée et ses murs avait besoin que je lui remonte le moral avec mes beaux dessins. De transfert, je n'en ai pas perçu le moindre, la psychologue était encore à « porter ». La conclusion du psychiatre responsable du centre avait été que le jour où je serai passionnée je serai brillante. Certes, cette réponse avait semblé rassurer ma mère, mais je me souviens m'être dit que j'aimerais bien que ce jour arrive rapidement.

Hasard ou destin, je finissais par avoir un déclic vers 10 ans et passais de la dernière à la troisième place de la classe : Le psychiatre était vraiment très fort.

A l'adolescence, le problème de l'enfance est revenu massivement et j'ai à nouveau connu cette sorte d'arriération mentale qui fait que les mathématiques s'apparentent à du chinois et que tout ce qui semble avoir été entendu s'évapore de soi alors que les autres s'en nourrissent. Mes amis ne semblaient pas du tout s'apercevoir de cette bêtise insomniaque qui me terrassait car ma belle humeur joyeuse persistait et faisait rire tout le monde. Je suis donc retournée voir un psychiatre cette fois-ci exerçant dans un beau cabinet dominant le jardin du Luxembourg. L'effet premier était que je devais traverser la ville empruntant

le métro, changeant deux fois de directions : C'était une véritable liberté. La dame en kilt qui m'écoutait de haut, (je ne sais pas pourquoi elle faisait assoir ses patients dans des fauteuils bas alors qu'elle trônait derrière son bureau.) avait décidé de me faire prendre des cours de mathématique par une jeune fille que je compris être une autre de ses patientes, recluse dans un appartement sombre, avec les ombres furtives de ses parents que j'imaginai disparaître à l'arrivée de l'enfant thérapeutique que j'étais. Je devais encore m'occuper de quelqu'un d'autre que moi. J'ai fini par redoubler et repartir plutôt brillamment pour les années du BAC. Je n'ai jamais eu de nouvelle de cette jeune fille triste. J'en restais à une énigme sans lendemain à l'époque et j'en perçois la violence à présent de m'avoir fait porter un petit peu de ce destin.

A mes côtés a grandi ma sœur aînée, 14 mois nous séparaient mais nous avions l'air de deux sœurs jumelles pour les autres : Une brune, une blonde. Ma sœur a fait une encéphalite post vaccinale à l'âge de huit mois et est restée difficile selon les adultes qui nous comparaient. En fait j'étais « trop facile ». A l'âge de 8 ans, elle a eu droit à un rappel complet de son calendrier vaccinal par un médecin peu scrupuleux du carnet de santé et étalant son savoir devant une mère de famille prête à tout pour protéger ses enfants de l'imminence de maladies mortelles : Ma sœur a failli mourir d'une deuxième encéphalite. Je l'ai retrouvée délirante, hilare et rampant au sol sous la tenture de la porte d'entrée de l'appartement parisien. Elle ne me reconnaissait plus ni d'ailleurs personne d'autre. Elle a lutté contre une fièvre rebelle pendant 24 heures. Ma mère et ma grand-mère m'avaient évincée de notre chambre d'enfants et dans l'appartement plongé dans l'ombre (un ravalement de l'immeuble nous confinait dans le noir, en ce mois de juin étouffant). Je vivais cette journée dans la peur de perdre mon unique sœur. Elle aussi a vécu son adolescence avec des hauts et des bas et je n'ai eu de cesse de toujours redouter qu'elle ne supporte pas les difficultés de la vie... Quand il y a quelques années elle a parlé des pulsions suicidaires qu'elle avait eu régulièrement à l'arrivée de la rame de métro quand elle était jeune adulte, j'ai pu m'avouer que si je n'avais jamais été traversée par cette question existentielle primordiale, c'était par pur désintéret de moi-même mais que je l'avais déplacée par procuration dans cette angoisse pour ma sœur ;

Du côté de mon abécédaire psychiatrique mon imagination enfantine s'était épanouie avec trois histoires différentes : L'hôpital psychiatrique du Vinatier m'était connu depuis longtemps sous le nom du « Vinatier » : Pour les Lyonnais, sa fonction de soins était méconnue : ce n'était qu'une nef des fous. Ma grand-mère si adorée y avait été emmenée parce qu'elle avait dit des « gros mots » à sa garde malade. L'histoire reconstituée, lors de mes premiers savoirs médicaux,

était qu'atteinte d'un cancer du rein, elle avait des métastases cérébrales et un taux d'urémie élevé. Ma conclusion de sémanticienne était que la famille avait été victime d'erreur médicale une fois de plus. D'autre part, un de mes oncles paternels, qui avait été prisonnier des « viets » pendant quatre années, avait ce curieux symptôme, qui nous amusaient, de s'agiter beaucoup la nuit au dire de son épouse, croyant s'évader de son camp dans les montagnes du nord Vietnam. En réalité il souffrait de PTSD, ce que je lui ai appris et engagé à se faire suivre quelques années plus tard. L'autre oncle était marié avec une jeune femme que j'avais vu pleurer au bord de notre baignoire parce qu'elle voulait prendre un bain et qui avait disparu en maison de repos pour une cure de sommeil, laissant à ma mère mes deux cousins à garder. Moi qui ne voyais jamais pleurer ma mère qui pourtant semblait fatiguée, je restais perplexe... Les années passant je comprendrai que ma tante était atteinte de troubles maniaco-dépressifs.

Durant mes études de médecine, j'ai été une élève appliquée, bien occupée à avaler des connaissances pour obtenir du premier coup mes certificats : Celui de psychiatrie se présentait en dernière année. Me revient un fait lors d'un stage d'endocrinologie de DCM2 où le patron du service m'avait demandé de prendre les observations d'entrées de toutes les jeunes filles anorexiques, prétextant que je savais collecter les anamnèses de manière très complète, et les suivre pendant leur hospitalisation. Les infirmières avaient ainsi moins de temps à perdre à parler avec elles : J'avais été flattée mais pas révélée.

En fin de cursus, je me suis tout de même orientée dans une voie pas très loin de la psychiatrie puisque j'ai passé un CES de neurologie. Choix que l'on pourrait juger pas franchement opposé mais bien défensif. Heureusement, à cette époque-là, il fallait valider une année entière de psychiatrie sur les quatre années que nécessitaient cette spécialité.

C'est à vingt-huit ans, donc, que j'ai rencontré professionnellement un psychiatre, le docteur François Lebigot, chef de service à l'hôpital Percy de Clamart. Derrière un humour chaleureux, il y avait l'écoute humble et respectueuse, l'intérêt toujours vif de l'autre. La stratégie de ce formateur né était de mettre en relation deux personnes : le jeune étudiant et le malade : De là naissait l'effet thérapeutique ...

Ses longues années de thérapeute l'avaient amené facilement à me faire parler de moi à travers les patients que je lui présentais. Un soir, en me raccompagnant au

bout du couloir du service, il m'a dit : « Tant d'hommes respirent en toi... Ne te laisse pas étouffer ». Je peux dire que je suis restée sans voix, mais que cette phrase a fait son chemin.

J'ai enclenché, l'année suivante, mon DES de psychiatrie et j'ai fait une deuxième rencontre capitale à l'hôpital Desgenettes de Lyon avec le docteur Claude Vauterin, phénoménologue, érudit, patelin, me glissant ses ouvrages cornés et annotés mille fois, discrètement après les réunions de service quand il s'apercevait de mes lacunes : « Tu peux les garder tant qu'il te plaira, ils seront plus utiles dans ta tête que sur les étagères d'un vieux bonhomme revenu de beaucoup de choses... Et n'oublies pas, le diagnostic de petit con est parfois à faire quand on y perd son latin.

Une autre rencontre importante a été le professeur Jacques Hochmann dont j'ai été l'interne 2 ans dans l'unité qu'il dirigeait à Villeurbanne et m'a confiée très vite des responsabilités de groupes en m'expliquant, plus tard, qu'il avait perçu chez moi beaucoup d'inventivité à mettre au service de la thérapie d'enfants.

Ces trois maîtres rencontrés lors de mes études, m'ont appris à ne pas méconnaître une partie créatrice personnelle, que c'était certainement cet insu, ce sens clinique dérivant de lui-même, qui au-delà du diagnostic posé, pouvait créer un cadre thérapeutique efficace ; Car c'est bien ce que ces médecins prônaient : Connaître sa séméiologie clinique certes mais oser accompagner l'autre sur le chemin du changement ça, c'était autre chose !

De l'autre côté du savoir il y a eu les années de divan. Une rencontre avec aussi ce qui permet d'appliquer une éthique responsable à l'endroit clé pour l'autre. Que son déraillement, sa procuration débilante qui l'a fait sortir de lui ne demande pas d'apitoiement sur le passé mais un avenir à démarrer au plus vite.

En conclusion, je dirais volontiers, que je ne pouvais raisonnablement pas envisager d'autre métier que celui-ci (mais est-ce un métier ?) pour m'en sortir. Et qu'en même temps depuis peu j'ai décidé de me consacrer à ma passion du dessin (et de la rêverie ?). Puisque je me lance dans une activité artistique à trois quarts temps !

**Chantal Laurent-Planet**  
*Lyon*

# Histoire de la psychiatrie

## Histoire de la modernisation de la démence, un rajeunissement de la clinique

Revenir sur l'influence structurante du terme de démence (étymologiquement disparition de l'esprit) sur la psychiatrie d'aujourd'hui.

### De la démence sénile à la démence précoce

**Celse** (-25, +50), surnommé l'Hippocrate latin ou le Cicéron de la médecine, aurait présenté la phrénésie comme une affection générale, fébrile et aiguë, liée à la présence d'une démence, je cite : « *la phrénésie est vraiment là lorsqu'une démence continue a débuté, quand le malade, jusque là en bonne santé, entend alors les mêmes vaines pensées: elle est complète là où l'esprit est dépendant de ces pensées.* ».

« *Phrenesis vero tum demum est, cum continua dementia esse incipit, cum aeger, quamvis adhuc sapiat, tamen quasdam vanas imagines accipit: perfecta est, ubi mens illis imaginibus addicta est.* »

**Avicenne** (980-1037) utilisa lui le calque grec d'amentia, et la considérait comme « *un refroidissement cérébral avec corruption de la mémoire* » dans son Canon de la Médecine publié en persan, en arabe et en hébreu, peu après l'an Mil vers 1020. Ce texte, traduit par Gérard de Crémone (1114-1187) entre 1150 et 1187 avec l'aide de l'école de traduction marrane de la Tolède reconquise, fut un des premiers ouvrages imprimés en masse à partir de 1473, avec l'invention de l'imprimerie. Bien que critiqué par Léonard de Vinci pour ses inexactitudes anatomiques, notamment sa méconnaissance de l'appendice, Avicenne fut enseigné à Montpellier jusqu'en 1628, définitivement supplanté par les découvertes de William Harvey (1578-1657), comme par exemple la circulation sanguine. Le terme de démence apparut pour la première fois en français en 1381 dans le Poème en Quatrains sur le Grand Schisme (Manuscrit anonyme ; Quatrain 68, au sujet du Duc d'Anjou : Quand avarice tient un prince dedans ses las, Que par sa convoitise plusieurs sont vuis et plas, Par sa grande démence doute de luy je fais, Que pechié ne le face tomber tout à un tais).

**Boissier de Sauvages** (1706-1767), de son côté, utilisera en 1763 les termes démence et amentia comme synonymes pour désigner, je cite: « *un délire universel, doux et sans fureur, compliqué de tristesse et d'une maladie chronique* ». Causée par la rigidité des fibres, par la vieillesse mais aussi des causes tumorales, toxiques ou hydrocéphaliques, la démence trouble

la raison et le jugement. Les malades sont moroses, sans imagination ni mémoire, ils sont indifférents à leur environnement, mais je cite « ils sentent parfaitement les impressions et les objets ».

**Pinel** (1745-1826), influencé par les ouvrages latins de Giorgio Baglivi (1668-1707) et de Georg Ernst Stahl (1659-1734), mais surtout par la nosologie de Boissier de Sauvages, eut à cœur de proposer une nouvelle nosographie philosophique et une subdivision de l'aliénation mentale en 4 espèces en 1809: la manie, la mélancolie, l'idiotisme et la démence. La démence, dont il présente quelques cas cliniques, était donc pour lui une maladie mentale où la cohérence de la pensée était rompue, ce dont témoignait le discours et les actes incompréhensibles des malades.

**Esquirol** (1772-1840) enseigna lui aussi la notion de démence d'une manière simple et efficace, marquante pour toutes les générations de médecins par son sens de la formule. La démence serait, je cite: « *une débilité particulière des opérations de l'entendement et des actes de la volonté* » où « *la faculté de pensée est abolie* ». Elle s'oppose à l'idiotie congénitale, parce que la démence est acquise et donc bien plus tardive, je cite: « *L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois. C'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. L'état de l'homme en démence peut varier, celui de l'idiot est toujours le même.* » Mais, même si la démence est l'aliénation préférentielle de la vieillesse, on doit à Esquirol une première étude épidémiologique sous la forme d'une pyramide des âges des patients déments: on y remarque qu'il diagnostique la démence chez quelques-uns de ses jeunes patients. La démence existerait donc chez les jeunes gens. La génération suivante de psychiatres étudiera chaque détail de son œuvre, comme le fit par exemple Morel.

### De la démence précoce à la démence précocissime

**Morel** (1809-1873) utilisera le premier (1851) l'expression *démence précoce* pour désigner les jeunes patients au développement auparavant harmonieux, qui semblent touchés par une régression de leurs capacités cognitives à l'adolescence, ou au début de leur vie d'adulte. Contrairement à beaucoup d'autres pathologies mentales, le pronostic était plutôt bon, et compatible avec une vie asilaire permettant d'atteindre une espérance de vie normale. Une des premières tâches confiées à Morel fut d'isoler ces malades, bénéficiant d'un statut d'irresponsabilité pénale, de la population criminelle qui devait être prise

en charge par la justice. Morel intégrera ultérieurement la démence précoce à son système étiologique devant expliquer la diversité des maladies mentales (1860) : la Dégénérescence.

**Pick** (1851-1924) considérera la démence précoce (1891) comme une entité distincte de la démence frontale, cliniquement polymorphe, et évoluant vers un déficit cognitif particulier, pouvant prendre la forme d'une catatonie lorsque la symptomatologie motrice est prédominante, ou d'hébéphrénie chez le sujet jeune. Pour Pick, il fallait les considérer comme des cas cliniques individuels de psychose, et recommanda également d'abandonner définitivement les théories obsolètes de la Phrénologie et de la Dégénérescence.

**Kraepelin** (1856-1926) modernisera cette notion de *dementia praecox* (1893-1913) au moyen de toutes les méthodes d'investigation scientifiques de la fin du XIX<sup>ème</sup> et du début du XX<sup>ème</sup> siècle. Il y ajouta une forme paranoïde, au délire non systématisé et aux thématiques de persécution. Initialement convaincu d'une évolution essentiellement déficitaire des patients déments précoces, son étude statistique prospective longitudinale, sur 500 patients pendant une quinzaine d'années, a permis de mettre en évidence les possibilités évolutives et notamment le mode de guérison de la démence précoce pour un tiers des patients accompagnés par une prise en charge institutionnelle hospitalière.

**Sante De Sanctis** (1862-1935), lecteur tant de Freud que de Kraepelin, partit de son expérience clinique auprès des jeunes patients, dans son Asile-École pour enfants, à la Villa Amalia de Rome où travaillait également la première psychiatre Maria Montessori sous sa supervision. Il ressentit le besoin de théoriser une nouvelle entité clinique en 1905-6, pour les enfants présentant des tableaux similaires à celui des adultes déments précoces, avec notamment une incohérence du discours, une mégalomanie, une discordance idéo-affective, mais une évolution favorable par le biais de l'éducation. Cette démence précocissime ne serait pas due à l'influence de la puberté, de ses hormones et du développement de la sexualité. Elle serait selon lui d'une nature différente. Sa démarche fut donc dans un premier temps de désigner cette nouvelle forme de personnalité vésanique chez l'enfant, de décrire ces tableaux cliniques, puis de proposer une classification de ses différentes formes. Il fut ainsi conduit à développer sa pensée dans *son Manuel de Neuropsychiatrie infantile* de 1925. Ce traité moderne de pathologie psychiatrique de l'enfant ouvre la voie à la pédopsychiatrie moderne, et inspira le jeune Jacques Lacan assistant de Georges Heuyer avant que l'école italienne fût durement touchée par le totalitarisme et la guerre, après la mort de Sante De Sanctis en 1935.

## De la démence précocissime à la schizophrénie infantile

**Bleuler** (1857-1939), même s'il était d'un grand pessimisme au sujet des patients psychotiques, en prônant malheureusement un eugénisme actif dans les années 1907-1911, il eut cependant à cœur de développer des structures de suivi institutionnel extra-hospitalier dans le canton de Zurich. Sa compréhension de la démence précoce, à la lumière de la psychanalyse naissante, lui permit de s'intéresser à la dynamique des mécanismes psychiques. L'ambivalence et l'autisme étaient selon lui des reflets d'une fission fondamentale organique qui réorganisait l'esprit autour d'un mécanisme psychique de dislocation, de dissociation, ou autrement dit, de schize, en allemand Spaltung. Voici ce qui lui permit de renommer la démence précoce en schizophrénie, la maladie où primait la scission de l'esprit. C'est finalement cette démarche d'observation des troubles de l'esprit à un instant ponctuel, permettant une compréhension des mécanismes psychiques et détachée de la réflexion évolutive des troubles sur le long terme, qui fut le prototype du diagnostic structural, et permit le développement d'une description plus fine de la symptomatologie clinique observée à un instant t.

**Tarozzi**, eut à cœur d'appliquer cette réflexion à la clinique de l'enfant, et ainsi renommer la démence précocissime en schizophrénie prépubérale en 1925. L'argument principal pour remplacer démence en *schizophrénie* était qu'il ne s'agissait plus vraiment d'une démence, car ni complètement irréversible, ni organique, étant donné le bon pronostic des patients et leur éducatibilité : il s'agit d'une pathologie bien plus proche de la schizophrénie que d'autre chose. Il fallait également remplacer précoce car ce terme sert plutôt en médecine à désigner la survenue de la maladie plus tôt qu'attendu entre différents patients d'un groupe homogène, alors qu'ici on souhaitait préciser l'époque de la vie : c'est pour cela qu'il préféra le terme beaucoup précis de *prépubéral*.

À cette époque donc, la tendance s'accroissant avec le temps, dans la terminologie psychiatrique, la démence fut réservée aux tableaux organiques, aux démences frontales le plus souvent d'origine toxique (la démence de Pick), ainsi qu'aux démences vasculaires, et donc, en l'absence de contexte somatique, à la pathologie du sujet âgé ou aux démences préséniles (de type Alzheimer). Tout en permettant par du même coup de s'abstraire d'une connotation d'évolution défavorable et déficitaire, la démence précoce de l'adulte et la démence précocissime de l'enfant avaient laissé la place à la schizophrénie de l'adulte et de l'enfant. La démence devenait l'entité clinique la plus neurologique de la psychiatrie, au point de devenir un terme complètement neurologique et plus du tout psychiatrique, auquel on avait même retiré de manière implicite la possibilité de soins psychiatriques potentiellement efficaces.

En se modernisant, la démence avait abandonné une part de son domaine au nouveau champ psychiatrique de la schizophrénie, qui s'intéressa aux psychoses de l'adulte avant d'aborder les psychoses de l'enfant.

### De l'autisme infantile à l'autisme adulte

Systématiquement citées en exergue de tous les articles de pédopsychiatrie, les travaux de Sante De Sanctis étaient donc connus et comparés à une description concurrente: celle des pathologies psychiatriques déficitaires précoces de l'enfant. Les deux frères ennemis de la pédopsychiatrie germanique, l'allemand Wilhelm **Weygandt** (1870-1939) et l'autrichien Theodor **Heller** (1869-1938) avaient décrit au début XX<sup>ème</sup> siècle des tableaux de démence infantile. Cette entité n'a jamais vraiment franchi les frontières du monde germanique, et, même si elle a discrètement survécu jusqu'au DSM-IV sous la forme de troubles désintégrant de l'enfance, elle est actuellement intégrée dans les troubles du spectre autistique.

L'idée d'une diversité pathologique chez l'enfant prit de l'ampleur. On observa ainsi des enfants malades ne présentant pas de persécution ni d'hallucinations mais un trouble de contact prédominant, avec repli de la libido sur le Moi. Cette situation ressemblait à ce que Bleuler avait décrit comme de l'autisme, chez les adultes schizophréniques. C'est ainsi qu'en 1927, l'on retrouve chez un français d'Alsace, Waldémar **Jost**, la première mention que quelques-uns de ses patients strasbourgeois présentaient un phénomène d'autisme.

En Autriche Georg **Frankl** observa ainsi des troubles autistiques chez un certain nombre d'enfants à Vienne, dans le service de Clément von Pirquet (1874-1929). Celui-ci fut remplacé après son suicide, dans des circonstances troubles, par un jeune apparatchik zélé d'extrême droite, conforme à l'esprit du temps, nommé Hans Asperger. Anni Weiss travaillait également dans le service sur le même sujet. Tous les deux persécutés au début des années 30 par un climat de plus en plus antisémite, Anni Weiss et Georg Frankl, avant de se marier, décidèrent de quitter l'Autriche et furent accueillis comme de grands spécialistes des troubles autistiques de l'enfant, à Baltimore aux USA, dans le service universitaire du Professeur Léo Kanner.

C'est ainsi que la même année, en 1943, Léo **Kanner** (1894-1981) et Hans **Asperger** (1906-1980) inspirés par les idées du même couple Frankl-Weiss, publièrent indépendamment leurs textes princeps sur l'autisme. Suivant un article de Frankl sur ce sujet, Kanner publia en 1943 : *les troubles autistiques du contact affectif* et Asperger soutenu en 1943 sa thèse d'habilitation: *les psychopathes autistiques pendant l'enfance*, publiée un an plus tard. Il y aurait encore beaucoup à dire sur ce qui fait préférer l'approche éclectique et large de Kanner qui s'intéressait aussi aux patients déficitaires et lourdement handicapés, à l'approche

élitiste d'Asperger qui identifiait presque ses malades à des surhommes prêts à se mettre au service du régime nazi et à son armée... au détriment des enfants dits psychopathes qui ne méritaient pas de vivre, mais nous en reparlerons à une autre occasion...

### Conclusion

Nous pouvons dire que nous observons, au sein de la psychiatrie, un certain retard du développement de la psychiatrie de l'enfant par rapport à la psychiatrie de l'adulte, mais que le sens de l'histoire en général est allé vers une plus grande considération des enfants tant que sujets dans la société, y compris au sein de la psychiatrie.

Nous observons toutefois, depuis le développement de cette entité spécifique chez l'enfant, l'autisme, une inversion de la démarche traditionnelle d'une recherche d'analogie de troubles de l'adulte chez l'enfant. La logique de la description de nouvelles maladies fut inversée et c'est la pédopsychiatrie qui détient maintenant cette initiative. Désormais la pédopsychiatrie représente une force de proposition majeure de nouvelles pathologies au sein de la psychiatrie : les enfants autistes deviendront des adultes autistes.

En effet, le premier patient autiste décrit par Kanner à Baltimore, observé en fait à l'unité d'observation clinique par Georg Frankl de 1938 à 1943, Donald Grey Triplett, un enfant de bonne famille, devint un adulte bien inséré au sein de sa communauté de la ville de Forest dans le Mississippi. Bénéficiant de l'amour de ses parents, de son frère, et de l'indulgence de ses concitoyens, il vécut seul mais travailla comme agent d'accueil à la banque locale, apprit le français, et voyagea dans 35 pays tout en enseignant à sa façon la Bible aux enfants de son Église locale. Ce n'est plus vraiment de l'histoire puisqu'il est encore vivant, et s'est récemment exprimé dans les médias : l'actualité est la limite de l'histoire de la psychiatrie.

Ainsi donc l'éthique moderne vise à une plus grande cohérence des tableaux cliniques entre les enfants et les adultes. Par rapport à une psychiatrie adulte dont les enjeux principaux et la classification dans les grandes lignes semblent appartenir au passé kraepelinien classique du XIX<sup>ème</sup>, peut-être est-ce là la raison pour laquelle les débats contemporains en psychiatrie de l'enfant sont si vifs, en France et au niveau international. Peut-être est-ce parce qu'ils interrogent notre éthique collective dans nos pratiques et dans nos choix présents, notamment avec l'abandon de l'expression syndrome d'Asperger en raison des agissements criminels de la personne à qui elle rend hommage...

Il n'existe pas d'âge d'or auquel se référer : chaque époque contient également ses obscurités qui nous semblent inacceptables aujourd'hui. C'est bien au présent que se construit la clinique auprès des patients et que se construit la psychiatrie de demain. Aucun passé ne saurait nous sauver de nous-mêmes.

En s'éloignant toujours plus d'une idée de démence et de dysfonctionnement cérébral, sans corrélation avec l'organocité cérébrale, la psychiatrie a développé une description de plus en plus fine de troubles psychiques autour d'outils conceptuels intellectuels, directement issus de l'observation médico-philosophique. La technique, dans un domaine précis, ne peut modéliser

l'environnement culturel d'une époque et décider de positions éthiques. La réflexion éthique est distincte et indépendante du progrès scientifique et ne vise que l'intérêt du patient. Elle est indispensable et nécessite un dialogue au sein de la profession où depuis le collectif, chaque praticien est ramené, comme les patients, à sa condition individuelle.

Le signifiant de démence est le témoin de l'évolution de la psychiatrie sur le temps long ; peut-être le signifiant démence est-il le déclencheur du développement de toute la psychiatrie?

**Jérémy Sinzelle**  
*Psychiatre, Paris*

\* \* \*

## **Roland Kuhn, indémodable pionnier de la psychiatrie**

### **I - Roland Kuhn et l'apport de la phénoménologie**

Roland Kuhn est peu connu des psychiatres actuels, pourtant il fait partie du mouvement européen prestigieux en psychiatrie, et il a largement contribué à fonder la psychiatrie mondiale. Citons quelques-uns de ses représentants, Ludwig Binswanger, Jacques Schotte, Erwin Straus, Henri Maldiney, Jean Oury, Henri Ey...

L'approche phénoménologique de Roland Kuhn et sa découverte inaugurale majeure de l'effet antidépresseur sont venues enrichir le débat épistémologique, humaniste, clinique et thérapeutique en psychiatrie autour du sujet, de l'intersubjectivité, de la dépression, de la psychose, de l'être au monde et de sa guérison. Grâce à cela, nos diverses pratiques de psychiatre ont pu se dynamiser et s'affirmer face aux vieilles et résurgentes approches de la dégénérescence et leurs avatars modernes autour de la classification des troubles type DSM. Fait important, pour Roland Kuhn et ses collègues, il n'était pas question de mettre en concurrence des conceptions théoriques distinctes et tout aussi essentielles, notamment la psychanalyse, l'approche psychodynamique et la naissance des approches directives et cognitives. A plusieurs reprises, dans des interventions à l'AFPEP, j'ai évoqué *Le cas Suzanne Urban*, une des patientes de Binswanger qui lui ont permis d'initier l'approche chaotique de la catastrophe existentielle, reprise magistralement par Henri Maldiney. Tous deux ont permis de donner une vraie dimension au dire de la patiente comme un point d'origine du délire constitué. C'est à partir de cette lumineuse approche que nous pouvons utiliser à bon escient la clinique phénoménologique :

- *Une éthique du sujet* à la recherche de sa présence, de son être au monde, en amont du symptôme et même de sa souffrance, c'est-à-dire la présence du sujet dans ses possibles. À ce sujet, il faut lire les observations fines réalisées par ces cliniciens.

- *La question de la liberté* passe par cette présence, par la prise en compte de l'être, par le respect de ses possibles et de leur expression. C'est au cœur du débat actuel souvent mal posé quant au rapport psychiatrie et société. Notamment l'articulation entre souffrance, trouble, folie, aliénation et privation de liberté (pour protéger les autres dans l'incarcération psychiatrique ou pour protéger le malade et restaurer sa liberté). Nous sommes au cœur de ce débat contradictoire avec le chapelet, plutôt les salves de lois qui nous sont imposées depuis celle du 4 mars 2002 sur le droit des usagers. Mais on oublie que la phénoménologie peut y apporter une réponse et nous éclairer sur l'éthique du soin et le respect du patient.

- Cette éthique du soin prend en compte l'inconscient mais en l'inscrivant dans une approche clinique fine du sujet, et en tenant compte de toutes les données cliniques et humaines qui s'inscrivent dans le champ psychiatrique :

- \* L'écoute y a cela de spécifique qu'elle cherche à se dégager d'une préthéorisation.

- \* La rencontre s'y fonde sur la présence, la gestuelle, le corps, son espace, sa temporalité.

- \* Le dire singulier du patient est pris dans son rythme, sa syntaxe et bien sûr, son mi-dire.

- \* L'éthique du soin s'extrait d'une préthéorisation et de ce fait, respecte la singularité du sujet souffrant.

Cette approche clinique fine s'appuie donc :

- Sur ce dire singulier, dont l'écoute attentive ne va pas de soi mais ne peut pas se contenter d'être flottante.

- Sur l'existence d'un corps du dire. C'est une dimension très présente en phénoménologie : le patient a un corps qui participe de sa souffrance et qui parle : mots des maux, corps souffrant, occurrences de sa présence, rapport au monde par sa sensorialité,...
- Sur le rythme, ce concept n'est que peu utilisé par les psychiatres et les psychanalystes dans leurs pratiques quotidiennes. Pourtant il constitue un repère fondamental qui permet d'inscrire le symptôme dans l'être au monde du sujet. Souvenons-nous de l'approche phénoménologique de la psychose maniaco-dépressive par Binswanger et Tellenbach à partir du rythme, de la voix, du corps, de la présence et de la temporalité.
- Sur le style encore moins utilisé dans nos pratiques. Il est considéré comme futile car relevant de l'esthétique dont on sait que ce n'est pas la préoccupation des soignants. Pourtant, l'esthétique de la présence au monde est une dimension tout aussi fondamentale pour exister et mieux encore, c'est une voie pour se dégager de la souffrance. Le style, c'est aussi l'espace, le rapport à l'autre, à la chose et au monde, la capacité créative, mais dans une organisation subjective unique. La lecture de Art et existence d'Henri Maldiney permet de mieux saisir ce concept.
- Sur la temporalité : Pour la défunte psychose maniaco-dépressive, revisitée en bipolarité type 1, on entend l'importance et la variabilité étonnante du temps, dans son rapport haché à la mort, au vide et au plein, au tout et au néant. La condition pour exister est d'accepter son temps, même en le rêvant infini. Chacun établit son rapport singulier au temps, fait d'aveuglement, de fuite, de rituels, de petites négociations obsessionnelles, de pacte biaisé, jusqu'à devenir sage, mais existe-t-elle encore cette denrée rare, sagesse de celui qui accepte le temps compté, ce qui lui permet d'accéder à une temporalité apaisée. Cette approche de la temporalité rythmée et balisée est essentielle avec nos patients.
- Sur la rencontre : C'est un excellent exercice pour nous dans la pratique quotidienne que de tenter de s'athéoriser, c'est-à-dire de se prémunir et de s'extraire de nos mécanismes quasi automatiques de lecture cryptée. Quelle crypte ? Celle du savoir qui ferme avant même d'avoir entendu la singularité d'un être. C'est un excellent exercice que de tenter de ne pas se saisir trop vite de nos concepts opératoires (psychanalytiques, cognitifs, neurologiques). La vraie rencontre avec un patient ira jusqu'à accepter qu'il bouscule nos pensées

bien rangées. Cette rencontre nous oblige à penser, à retravailler les concepts et à inventer. L'inverse de ce qui se fait habituellement, même s'il est commun de s'en défendre.

Psychiatrie en crise ! Certes, elle l'a toujours été, c'est ce qui fait sa vitalité. Mais elle est particulièrement malmenée aujourd'hui, ce qui oblige à une vigilance dans les positions à tenir et à défendre. C'est ce à quoi nous nous attelons sans relâche à l'AFPEP-SNPP.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la phénoménologie était aussi présente que la psychanalyse, et toutes deux restent des références essentielles pour les têtes blanches en psychiatrie. On peut juste regretter que la psychanalyse ait eu une telle volonté hégémonique qu'elle s'est imposée sur le devant de la scène en dépréciant toute autre approche théorique et clinique. Et ce fut le drame de la stérilisation dans la transmission et l'enseignement avec et entre les générations. Les assis, qui de la chaise à porteur sont passés à la chaise percée, avaient oublié d'écouter et de respecter la jeune psychiatrie dans son éclectisme et son ouverture aux approches neuroscientifiques. Cette fracture et ce vide de transmission contre lesquels nous luttons à l'AFPEP-SNPP ont empêché tout échange réellement constructif. On le voit à travers les tentatives de dialogues intergénérationnels, qui se figent avec, au minimum une incompréhension, mais souvent une hostilité. C'est un drame au moment crucial où il s'agirait de fédérer solidement les forces en présence dans une psychiatrie en crise.

Donc plusieurs points forts apportés par la phénoménologie qui doit rester actuelle :

- Elle cherche l'être au monde en amont du symptôme et du malade.
- Elle est la mieux inscrite dans la psychodynamique, c'est certainement ce qui lui permet de donner leur place aux différents champs, non pas dans un consensus mou, mais parce qu'elle n'écarte aucun champ de recherche a priori. C'est à partir de cette démarche clinique concrète que, par exemple, cognitivistes et psychanalystes pourraient échanger.
- Respect de l'existant dans ses possibilités et ses potentialités d'être : on rejoint ici ce qui tourne autour de la créativité, de sa ressource interne et du recours créatif. Un des paris de la phénoménologie est de tenter et de réussir la restauration de la créativité dans le soin porté à nos patients.
- La présence et le style du patient vont nous permettre de pressentir ces possibilités d'être et c'est un aspect important du traitement que de l'y conduire, sans le leurrer, mais sans concession sur le but à atteindre si on veut espérer une guérison... que « La crise devienne une chance ».

- Le souci de la liberté sans négliger l'inconscient. Si la loi du 4 mars 2002 (et d'autres ensuite) nous ont embarrassés, c'est qu'elle oblige à voir en face de nous un être « libre », conscient, face à qui nous devons répondre de notre pratique, avec la délicate inscription transférentielle de ses demandes et l'interprétation qui est faite de nos informations. Sans nier l'inconscient, ni la folie ni l'aliénation, et si l'on s'appuie sur les possibles du patient, sur son être au monde dans les lambeaux d'existence que lui laisse sa maladie, on peut dénouer l'aporie avec l'équation : respect des possibles = respect de la liberté.

### Les écueils de la phénoménologie

Ce qui peut à juste titre être reproché à la phénoménologie, c'est la nécessité de s'initier à ses codes et à son jargon pour accéder à des concepts qui confinent parfois à l'abscons, la faute à Heidegger encore une fois. N'oublions pas le fameux aphorisme de Boileau, « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement ». Certains y sont parvenus, dont Pierre Fedida, Gisela Pankow et Jean Oury.

### II - Roland Kuhn, 1957, Münsterlingen... c'est aussi une drôle d'aventure

Roland Kuhn est contacté par la firme pharmaceutique Geigy en recherche sur l'imipramine, recherche d'un effet chlorpromazine-like. La spécialité et la renommée de sa clinique « Münsterlingen Psychiatrie Clinic » où exerce un psychiatre très attentif à la présence et à l'écoute du dire des patients permet de constater et d'entendre un mieux-être thymique. C'est là qu'est né le premier tricyclique antidépresseur grâce au constat de ce psychiatre phénoménologue particulièrement attentif à l'expression clinique. On connaît la suite avec le succès obtenu en agissant sur la composante dépressive, et le boom des antidépresseurs. Les observations fines et complètes de Roland Kuhn et le moindre détail de son approche phénoménologique ont, dès 1958, permis à la firme Geigy d'imposer le concept innovant d'antidépresseur, à définir puis à élargir la cible thérapeutique, donc de générer selon un schéma marketing classique, une demande adéquate à l'offre.

Il émerge de cette histoire quelques enseignements : Roland Kuhn était un chercheur dans sa pratique quotidienne, donc il trouvait mais surtout il inscrivait sa trouvaille dans un contexte clinique. Son élaboration théorique venait après les données fines d'observation. Rappelons qu'il n'avait pas besoin d'une quelconque échelle d'évaluation qui aurait plutôt agi comme obstacle. Chacun de nous, praticien, peut le constater dans sa pratique, une bonne évaluation s'appuie avant tout sur une observation singulière et non sur la

multiplication des réponses calibrées par des échelles d'évaluation. C'est aussi vrai dans la recherche pharmacologique et dans l'évaluation des pratiques. Le remplisseur d'échelles, comme un triste allumeur de réverbères, n'a d'autre ressource que d'appliquer, donc de simplifier une clinique pour la coder en signes et la faire rentrer dans les grilles d'évaluation. Il est donc face au danger commun à toutes les standardisations, à savoir la simplification réductrice, étrangère à la psychiatrie singulière à visage humain.

Dans la pratique quotidienne auprès des patients et dans l'évaluation de la nécessité d'un traitement antidépresseur, nous devons faire preuve de la même exigence clinique que Roland Kuhn, ce qui signifie prescrire intelligemment, donc peut-être moins souvent, mais plus efficacement. L'indication vient autant du mode de présence du patient et du contexte clinique, que des symptômes, même si ceux-ci sont manifestement dépressifs.

Cela pose la question cruciale de la formation des psychiatres où on se demande parfois si une approche clinique autre que biologique a encore sa place dans les services référencés. Même question en ce qui concerne les tutelles (SS, HAS, ARS) et leurs bonnes pratiques.

Rappelons qu'il n'y a pas de prescription possible d'un psychotrope, quel qu'il soit, s'il n'est pas fondé au préalable sur un acte psychiatrique de valeur, c'est-à-dire clinique. C'est pour cela qu'il ne peut y avoir de sous-psychiatre, ni de cotation sous-évaluée dans une délégation de tâches, impossible en psychiatrie. Rappelons aussi, et même la HAS le reconnaît, qu'il n'y a pas de prescription légitime d'un psychotrope sans accompagnement psychothérapeutique. Rappelons enfin qu'une prescription intelligemment conçue représente une économie substantielle pour la société, même si c'est avant tout l'économie psychique du patient qui nous importe.

**Thierry Delcourt**  
*Psychiatre, Reims*

### Bibliographie succincte :

- Binswanger Ludwig, *Introduction à l'analyse existentielle*, Minuit, 1971
- Binswanger Ludwig, *Le cas Suzanne Urban*, Monfort, 2004
- Delcourt Thierry, *Quand la crise devient une chance*, Eyrolles, 2018
- Delcourt Thierry, *La Folie de l'artiste*, Max Milo, 2018
- Delcourt Thierry, *Créer pour vivre - Vivre pour créer*, L'Age d'Homme, 2013
- Didi-Huberman Georges, *Devant le temps*, Minuit, 2000.

Fedida Pierre, *Les bienfaits de la dépression*, Odile Jacob, 2001

Fédida Pierre, *L'absence*, Gallimard, 1978

Lacas Marie-Lise, *Gisela Pankow. Un humanisme au-delà de la psychose*, Campagne Première, 2014

Maldiney Henri, *Art et Existence*, Klincksieck, 1985

Maldiney Henri, *Regard Espace Parole*, L'Age d'Homme, 1973

Maldiney Henri, *Penser l'homme et la folie*, Millon, 1991  
Merleau-Ponty Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Poche, 1976

Oury Jean, *Création et schizophrénie*, Galilée 1989

Schotte Jacques, *Vers l'anthropopsychiatrie, un parcours*, Hermann, 2008

Straus Erwin, *Du sens des sens*, Millon, 2000

Tellenbach Hubertus, *La mélancolie*, PUF, 1985

---

## TRIBUNE LIBRE

---

### La fable de l'avion en papier qui se prenait pour un bombardier ou la démission d'un psychiatre de l'hôpital public

---

Le 11 octobre 2018

Chers collègues, confrères et amis,

La plupart d'entre vous le savent, j'ai demandé à être placé en disponibilité pour convenance personnelle à partir du 15 octobre 2018. En réalité il faut dire les choses telles qu'elles sont, je quitte l'hôpital pour m'installer en tant que psychiatre libéral.

Le notion de convenance personnelle indique que je suis pas tenu d'en expliciter les raisons, même si cela m'a été expressément demandé, je ne sais pas de quel droit ? Je ne suis donc pas tenu de m'expliquer mais je vais pourtant le faire.

Pour respecter les convenances, justement, ce message devrait annoncer mon pot de départ, il n'en est rien. Si j'organisais quelque chose, compte tenu de ce qui va suivre, ce serait plutôt un pot de fuite, oserais-je dire un pot d'échappement ?

Il y a évidemment des raisons strictement égoïstes. Être libre d'organiser mon temps de travail et mes congés comme bon me semble, libérer mon mercredi pour m'occuper de mes gosses, me libérer des astreintes et de ces coups de fil la nuit qui vous bousillent l'horloge biologique, la perspective peut-être illusoire de travailler plus pour gagner plus, avoir un grand bureau avec de jolis meubles, pouvoir choisir moi-même un logiciel médical digne de ce nom, que sais-je encore... Il y a un peu tout ça.

Mais il y a aussi des raisons qui ne sont pas égoïstes, en voici quelques-unes. Voici ce qui me pèse, ce qui trouble ma tranquillité depuis des années, et bien

plus encore depuis que je suis devenu responsable de l'unité d'hospitalisation complète de psychiatrie de notre cher hôpital. Cela peut paraître paradoxal puisque c'est moi qui ai demandé, avec insistance, à être nommé officiellement dans cette fonction que j'exerçais officieusement et comme je pouvais depuis près de trois ans. Je ne m'attendais pas à cet effet-là : ce qui me paraissait inacceptable, et que je décriais ici rapidement, m'est devenu insupportable dès l'instant où j'en suis devenu responsable. Voilà pourquoi je ne pars que maintenant malgré tout ce qui suit.

Il y a d'abord les difficultés inévitables de l'exercice d'un psychiatre à l'hôpital dans un service fermé. Il faut souvent user de la force pour contraindre les patients, les attraper, les attacher, les enfermer et éviter les coups pendant ce temps-là. C'est probablement nécessaire et justifié, mais sincèrement je n'ai plus envie de le faire, je n'en ai plus le courage, je ne suis même plus sûr que cela soit vraiment nécessaire, je pressens qu'on pourrait faire autrement. Il me faut donc partir.

Il faut parfois être la cible d'agressions physiques et de menaces verbales, et j'ai dû recevoir calmement des menaces de mort sur mes propres enfants. Je n'ai plus envie de passer des soirées à pleurer parce que mon job me force à imaginer ce que serait ma vie sans eux. Si cela fait partie du boulot, très peu pour moi, visiblement je n'ai pas les épaules pour ça.

Et puis il faut parfois prendre des décisions et tenir des positions intenables, tiraillé entre la nécessité de respecter strictement le droit, tout en garantissant la

sécurité des personnes (c'est-à-dire autant des patients que des soignants) ; ne pas mettre en jeu sur un coup de dés la responsabilité des infirmiers ou la mienne tout en respectant l'inaliénable dignité des patients. C'est le fameux dilemme quasi quotidien de la chambre d'isolement : est-il juste de déshabiller tous les patients en isolement et de les mettre en pyjama de force, pour garantir qu'ils n'ont rien de potentiellement dangereux sur eux ? Alors que seulement quelques-uns sont réellement susceptibles de se mettre en danger ; ou encore est-il légitime et rationnel d'enfermer des patients "pour leur sécurité" alors même qu'ils sont fortement sédatés sans aucun monitoring ni moyen d'appeler un infirmier autrement qu'en tapant violemment sur une vitre ?... Tout cela dans un contexte où les services juridiques des hôpitaux considèrent que défendre l'hôpital cela peut signifier lâcher les soignants, en montrant du doigt ceux qui travaillent quotidiennement dans la sueur et dans le sang, avec à chaque instant la bonté et la peur chevillées au corps ! Comment osez-vous ?

Je ne veux plus, je ne peux plus travailler dans un service dont j'ai honte. Je préférerais envoyer mes proches qui souffriraient de troubles psychiatriques dans n'importe quel service (ou presque) plutôt que dans celui dont je suis responsable. Il me faut donc partir. Parce qu'il n'y a pas de portes aux placards, que les tables de nuits tombent en morceaux, parce les murs sentent la cigarette, parce que les chambres sont souvent des chambres doubles. En quel siècle sommes-nous déjà ? Qui pourrait dormir, ou ne serait-ce que se reposer, à côté d'un schizophrène qui porte des cicatrices sur chaque centimètre carré de sa peau ? A côté d'un maniaque qui se cache dans votre placard avec des ciseaux pour vous "protéger des infirmières qui veulent vous tuer" ? Parce que les soignants sont usés dans leur courage et leur motivation, décimés en nombres, sans cesse partants et mal remplacés, parce qu'ils ne sont plus formés, accompagnés, soutenus, défendus. Quand il n'y a même pas une télévision accessible, encore moins un ordinateur, quand la seule activité thérapeutique qui subsiste c'est le goûter du mercredi et une table de ping-pong ! Parce que certains patients le disent : "on est mieux en prison". Je ne peux pas rester.

Je ne veux plus me sentir inutile, incompris, impuissant lorsque je fais la moindre demande, mais également lorsque je lance les alertes les plus graves. Je ne veux pas avoir à dénoncer mon propre service au procureur de la république pour obtenir enfin au bout de 17 années de démarches infructueuses le placement d'un pauvre patient souffrant d'un déficit intellectuel profond et congénital, à qui nous n'avons à offrir qu'une chambre sans fenêtre ou un aquarium à la vue de tous, patients et visiteurs. Et on se bat pour qu'il n'y ait plus

d'animaux dans les cirques ! Dans quel monde vit-on ? Il faut que l'hôpital brûle pour obtenir un débroussaillage, je crains qu'il faille attendre qu'une patiente mineure se fasse violer pour obtenir des verrous aux portes... Je n'exagère rien. Hélas. Trois fois hélas.

Depuis quelques années l'idée de partir m'est venue plus d'une fois, et pas qu'en me rasant, mais il y a quelques mois cette idée m'est venue et ne m'a plus quitté, parce que je sens la catastrophe arriver. Demain, peut-être après-demain. Alors oui je pars, je me sauve comme on dit, parce que je peux le faire, mais je n'en suis pas fier, j'aurais voulu avoir le courage et la force d'améliorer tout ça. Je pense à tous ceux qui ne peuvent pas s'échapper. Et en premier aux patients. En souffrance, vulnérables, privés de liberté, de sécurité, de dignité. Ensuite à mes collègues, encore un peu plus bloqués par mon départ "parce qu'il faut bien que quelqu'un fasse le job"... Sans commentaire. Et bien sûr à tous les soignants qui sont dans la même galère que les patients, chaque jour. Nous les médecins nous ne faisons que passer et nous repartons aussitôt, mais les autres soignants, eux, sont tout aussi captifs que les patients. Parce qu'il faut bien remplir la marmite. Et si chichement encore, comment peut-on être payé si peu pour un travail si difficile ? Comment peut-on supporter d'être tant loué dans les discours et tant méprisé dans les actes ?

La psychiatrie est délaissée en France, ici elle est sinistrée. Les soignants sont à bout, sur les rotules, résignés, ils n'ont même plus la force de faire grève, j'ai bien essayé de leur souffler l'idée, mais pour cela il faudrait qu'il leur reste un peu d'espoir... Je suis comme eux, l'espoir, je l'ai perdu. Il me faut donc partir.

Il faudrait parler de toute les belles choses, et il y en a, je ne les oublie pas. Mais cela viendrait adoucir le propos, on retiendrait que "finalement ce n'est pas si grave". Eh bien, si : c'est grave ! Et je ne vous laisserai pas sur un autre constat que celui-ci. Je vous prie d'excuser la véhémence de mon propos, si cela trouble pour quelques minutes le ronron des mails et des réunions. Sachez qu'en psychiatrie à l'hôpital, c'est avec ce sentiment qu'il nous faut aller travailler chaque matin.

Il me faut donc partir, parce que j'aspire à d'autres matins.

**Julien Andersch**

## Autisme et théâtre en Avignon Off 2018

Une pièce sur le thème de l'autisme attire mon attention : *J'entrerai dans ton silence*, présentée par la compagnie Serge Barbuscia avec Camille Carraz et Fabrice Lebert au théâtre du Balcon. Sur l'affiche, un petit bonhomme blondinet d'environ 2 ou 3 ans se cache les yeux derrière ses petites menottes. La salle est comble quoique nous soyons seulement au second jour du festival et alors que le bouche-à-oreille circule à peine parmi les 1500 pièces quotidiennes du Off. L'autisme fait recette. L'auteur, Hugo Horiot porteur d'un autisme d'Asperger a déjà été très médiatisé. Les dialogues sont tirés de son roman *L'empereur c'est moi* <sup>(1)</sup>. La mise en scène très sobre, deux acteurs jouent, l'un l'enfant, Julien, l'autre, sa mère, dans un décor minimaliste. Un récitant reprend des passages du livre. Ils sont deux sur scène comme ils semblent l'avoir été dans leur vie, isolés dans une vacuole, comme seuls au monde. On ne parle pas du père, pourtant présent dans son existence de son fils, éminent professeur de médecine. L'ambiance se veut celle de l'échange entre un garçon mutique au psychisme impénétrable et sa mère qui cherche en vain les clés de la communication. Parfois le récitant prend le relais pour raconter des anecdotes de leur vie. Je qualifierai certains passages d'agressifs et haineux, notamment la diatribe contre une dame qu'on devine psy-quelque chose ? Dépeinte comme idiote ni plus ni moins, puis contre le principal d'un collège à l'empathie déficiente, enfin, envers qui des séances de packing imposées quotidiennement pendant plusieurs semaines, décrites comme de véritables scènes de torture. Un sentiment de malaise me gagne, partagé par d'autres spectateurs, je l'apprendrai plus tard. Ce trouble m'invite à creuser le sujet et à me plonger dans leurs livres : deux écrits par Hugo Horiot : *L'empereur c'est moi* et *Carnet d'un imposteur* <sup>(2)</sup> et de Françoise Lefèvre, son parent *Le Petit prince Cannibale* <sup>(3)</sup> prix Goncourt des Lycéens 1990, récit autobiographique au ton dépressif.

Le style de l'auteur spontané se veut directif, catégorique, rude. L'écriture aisée, l'usage des métaphores témoignent d'un talent hérité de celui de sa mère, dont la forme est parfois très proche. Une question se pose tout au long des lectures particulièrement le second recueil, cet homme est-il vraiment autiste ?

Le premier ouvrage est consacré à sa jeunesse : Depuis son désir obsessionnel de revenir dans le ventre de sa mère. Pour tenter d'y parvenir, il cherche à redevenir infiniment petit, réduit considérablement son alimentation, respire au minimum, ne parle pas. Jusqu'à l'impossible communication avec ses pairs, la maltraitance et les sévices par les jeunes de son collège. Suivre un circuit d'enseignement classique lui

a été possible, mais à quel prix ! Il se décrit comme surdoué, lucide, posant un regard perspicace et amer sur le monde, élaborant des stratégies de massacres dont il était le principal meurtrier. Muet jusqu'à ses 6 ans, sa mère est parvenue à le faire entrer dans le langage et la parole en se mimant morte. « Maman ! » s'était-il écrié.

Publié en 2018 Le roman *Carnet d'un imposteur* nous met sur une piste, l'imposture. Un autiste peut-il être un imposteur ? Dans ce roman, Hugo Horiot devenu adulte, se raconte, habité par une grande violence. Je cite « Cruel amour... J'ai besoin de te voir. De te baiser et de te tuer. » (p 119). Ce processus haine-amour se nomme énamoration. Elle procède d'élan passionnels, pulsionnels qui prennent leurs sources chez Éros et chez Thanatos. Ainsi a-t-il posé ses mains autour du cou de sa femme dans une ébauche d'acte meurtrier, et fort heureusement n'a pas serré. Ses attaques envers la psychanalyse (p103, p104) et l'Éducation Nationale, (p.124) sont sans concessions. Poursuivons : «... Seul, je l'ai toujours été. Assumer sa solitude est une qualité importante en matière de politique ou de terrorisme (...) Je suis un saltimbanque. Jamais je ne m'intégrerai, je refuse. Renoncer à mon royaume pour le vide de l'ennui, jamais ! Je ne m'intègre pas. Je m'adapte, je porte un masque et je vous parle. Je suis devenu insoupçonnable. Insoupçonnable mais néanmoins coupable. Coupable de ne correspondre à une attente. Ce qui est un grave délit, souvent puni d'enfermement. Aujourd'hui cette culpabilité ne me pèse plus. Elle me donne des ailes. » (p.132). Réthorique d'un homme qui à la fois défend sa liberté et invoque la loi qui la lui ôterait. Enfin à l'issue de mes lectures, le pianotage du nom de l'auteur sur un moteur de recherche affiche pas moins de 110 articles dont Wikipédia <sup>(4)</sup>. On retrouve, outre des vidéos d'émissions télévisées, de la publicité pour ses livres, et les indicateurs d'un engagement militant très personnel en faveur de la « cause » Autiste.

- un mouvement pour la défense de l'autisme.
- « Autisme J'accuse »
- Un essai et un manifeste dans le cadre du mouvement pour le droit des personnes autistes, paru aux éditions de l'Iconoclaste.
- La défense de l'intelligence autiste et l'opposition à la mise en institution spécialisée.
- L'opposition au « Lobby psychiatrique et lobby médico-social », qui nous interroge particulièrement.

En conclusion : L'heure n'est plus au diagnostic, Autisme d'Asperger ou pas ? Cet écrivain acteur aux nombreux talents ne fédère pas en encourageant un militantisme

sans nuances, catégoriel, accusateur, excédé. Ce combat ne sert-il pas la cause de son chef de file et uniquement, au moyen d'une utilisation manichéenne du concept autisme et par une manipulation du public qui flatte une mégalomanie individuelle ? Il n'est pas sûr que la majorité des mouvements associatifs engagés par ceux qui se reconnaissent autistes et/ou leurs parents, s'y rallient. D'autres militantismes font entendre leur voix, tel le RAAPH<sup>(5)</sup> dont les objectifs sont plus constructifs, collaboratifs et ne fonctionnent pas sur le mode de l'exclusion de l'autre.<sup>(6)</sup>

**Françoise DUPLEX**  
*Psychiatre, Paris*

### **Bibliographie**

- (1) Horiot Hugo. *L'empereur c'est moi*, Une enfance en autisme. Le Livre de Poche. Librairie Générale Française Paris 2015
- (2) Horiot Hugo. *Carnet d'un imposteur*. Livre de Poche Librairie Générale française Paris 2018
- (3) Lefèvre française *Le petit prince cannibale*. Babel. Acte Sud 1990/2005. Arles.
- (4) Site Wikipédia « autisme j'accuse ! »
- (5) RAAPH *Rassemblement pour une approche des autismes humaniste et plurielle*.
- (6) BIPP N°74-Juin 2018 F. Duplex. *Informations Autismes* p.24

---



---

# NOTES DE LECTURE

---



---

## Au cœur des apprentissages fondamentaux Parler, puis écrire, puis lire

*Ed. Odile Jacob, 2010*

C'est le titre du dernier livre de Gisèle Gelbert, à qui nous devons la « découverte » syndrome de type aphasique,

« Gisèle Gelbert est de ces personnages qui ont besoin d'aller au fond des choses, de creuser, de comprendre, de décortiquer pour mieux aider, de fouiller pour mieux analyser et trouver une solution adaptée.

D'abord orthophoniste, elle a vite éprouvé le besoin de maîtriser les mystères du cerveau. Saisir pourquoi des adultes, et des enfants, ne parvenaient pas à écrire, parler, ou lire correctement ; appréhender les mécanismes de blocage qui faisaient de ces patients des "illettrés", voire des handicapés aux yeux de la société, et les aider à sortir de ce tunnel infernal ! Devenue neurologue et aphasiologue (spécialiste de l'aphasie et de ses troubles), elle a mis en évidence chez des enfants non lecteurs, non transcripteurs et non parleurs, une pathologie spécifique du langage et a inventé une thérapie qui a changé la vie de nombre d'entre eux, et qui a fait école » (france culture 10/2/14).

Comment fonctionne la machine linguistique ? C'est le centre de ses recherches qu'elle ne cesse d'approfondir.

Dans cette dernière parution elle élargit sa perspective à l'homme de Néandertal quand l'homme a commencé à articuler en syllabes les sons qu'il proférait et les a transformé en sens.

Elle détaille toutes les étapes de l'installation de l'oral et de l'écrit et identifie les panes et les moyens pour y remédier.

Cette méthode a fait ses preuves par ses résultats des milliers de fois. Gisèle Gelbert n'est pas *la magicienne des mots cassés*, mais une observatrice attentive : comprendre pour mieux soigner.

La préface de Carolyne Eliacheff témoigne d'une constante fécondité réciproque.

J'ai eu la chance de rencontrer Gisèle Gelbert et d'être un de ses élèves, sans pour autant m'orienter vers l'aphasiologie ; en revanche la sémiologie mise à ma disposition d'écouter psychiatre et psychanalyste me permet d'élargir mes conceptions diagnostiques. Combien de ces enfants, devenus adolescents puis adultes résistent se révèlent souffrant de cette « panne » linguistique, souffrent intensément, peinent si non échouent socialement, que seul un traitement spécifique permet de soigner.

**Jacques Barbier**

## Dans la maison de l'ogre Quand la famille maltraite ses enfants

*Bernard Lempert – Ed. du Seuil, octobre 2017*

Philosophe et psychanalyste, Bernard Lempert a agi toute sa vie pour soigner les enfants maltraités, pour les protéger des institutions et familles maltraitantes. Il est un de ceux qui ont contribué, il y a une trentaine d'années, à faire entendre cette réalité jusqu'alors totalement taboue. Dans ce livre posthume, publié en 2017, il montre avec originalité et finesse comment l'enfant victime, dans certaines familles, est inclus dans une boucle où il est placé d'emblée en position de bouc émissaire.

Pour cela, il nous aide à aller au-delà de nos résistances car, ainsi qu'il l'écrit, « *il nous est difficile d'admettre qu'un enfant puisse être confronté au sein même de sa famille à un processus de destruction. Cela nous effraie de le penser.* »

Nous avons des efforts à produire, et reproduire, dans ce domaine. Pensons-nous suffisamment souvent, et avec assez d'engagement, aux violences subies par les enfants dans leur famille ? Peut-être pas, si l'on considère que le cycle transgénérationnel de la violence familiale n'est que trop souvent mal ou pas enrayé, ce qui est trop souvent constaté a posteriori. Nous avons besoin d'oser chercher à comprendre pourquoi la violence meurtrière est dirigée vers certains enfants ; cet ouvrage peut nous y aider.

Bernard Lempert nous donne les moyens de ne pas nous arrêter à cet effroi possiblement fascinant que chacun, même praticien expérimenté, peut éprouver devant certaines situations. Il déroule une analyse subtile de la dramaturgie des contes et fables et met en évidence comment un parent en difficulté avec une faille intérieure peut choisir de se saisir de l'existence de ses enfants pour s'en protéger, quitte à simultanément les détruire en les objectivant, car « *c'est une autre manière de dévorer ses enfants que de les engloutir (...) dans la béance de sa blessure.* » Les contes pour enfants (dénommés tels usuellement), particulièrement ceux articulés autour de la figure de l'ogre, sont explorés ici d'une façon éclairante, et cette approche ouvre des pistes de réflexion sur les façons d'agir auprès des enfants violentés et des parents violents. Cette relecture permet de produire un décalage, un pas de côté, afin de pouvoir penser la situation familiale observée et ne pas se laisser dominer par le vécu émotionnel inévitablement intense au contact de ces contextes. L'auteur interprète

avec une grande perspicacité la symbolique de ces contes. Je recommande entre autres la lecture de son analyse de la fable de La Fontaine *Le loup et l'agneau*, passionnante et toujours actuelle.

Sont abordés successivement, comme autant de facteurs pouvant participer simultanément à la destruction de l'enfant : le désamour, l'inversion de la culpabilité, la dette impayable, la violence de type sacrificiel, le traumatisme, la loi du silence, l'abandon, la folie, la barbarie intrafamiliale, l'infanticide, l'exposition et le sacrifice de l'enfant... Pour finir par un chapitre « Recours et secours », car l'auteur ne se contente pas de décrire et analyser, il nous fait partager son expérience de recherche de moyens d'actions pour répondre quelque chose à ces souffrances. Pour « *faire progresser les forces civilisatrices* » là où tend à s'imposer la stratégie de la perversion. Ce que nous pouvons de plus prendre en compte à une échelle plus vaste que celle du seul niveau familial.

D'ailleurs, l'auteur nous rappelle à juste titre que l'attitude face à la situation clinique est à référer à son contexte culturel : « *Et si en matière d'inceste, le déni est millénaire, c'est parce qu'il est organisé sur des bases historiques et sociologiques puissantes : une conception quasiment illimitée de l'autorité parentale, une domination sexiste qui imprègne la pensée, des modèles politiques qui favorisent l'apprentissage de la soumission.* »

Tous les aspects, toutes les dimensions des effets des maltraitances familiales sur l'enfant sont abordés, en particulier le viol incestueux. Ce qui concerne autant les pédopsychiatres que les psychiatres recevant des adultes, car ces adultes en souffrance sont plus souvent qu'on ne le pense, quelle que soit la forme symptomatologique exprimée, des enfants violentés cherchant encore à survivre dans un système familial maltraitant toujours existant, réellement ou dans leur mémoire active.

Je recommande la lecture de cette œuvre, très utile pour la compréhension des situations et l'orientation thérapeutique, cette dernière étant résumable par ces phrases de l'auteur lui-même : « *Le système agresseur est obsessionnel, tandis que la libération psychique passe par le déploiement d'une symbolique renouvelée. La terreur a ses codes, et la liberté ses voies.* »

## Le lambeau

*Philippe Lançon – Ed. Gallimard, 2018*

C'est un récit autobiographique que Philippe Lançon, journaliste à Libération et Charlie Hebdo nous fait vivre. Il nous fait partager sa vie fracassée comme son visage après le massacre de Charlie. Une infinie tristesse parcourt ce livre comme ce jour de janvier où nous étions tous Charlie. La brutalité a fait face à la joie de vivre et au plaisir d'être ensemble. Philippe Lançon décrit avec beaucoup de pudeur tout l'état traumatique dans lequel il se trouve. La douleur est omniprésente mais on l'oublie parfois. La salive coule et manger devient un exploit. L'écriture est simple, émouvante et belle. Si la reconstruction de sa mâchoire, grâce à son

lambeau péronier, est essentielle, les tueurs reviennent sans cesse. Il vit alors avec le besoin d'être rassuré par sa chambre, sa chirurgienne, les soignants, son frère et les policiers qui l'accompagnent. Tout un monde protecteur face à la violence inouïe dont il a été la victime et le témoin. Les images de sang et de cervelle envahissent les jours et les nuits. Apprendre, pas après pas, à retrouver un peu le plaisir, semble être une quête toujours à retrouver. Il y a un avant et un après qui sera long.

**Michel Jurus**

---

---

## Robots, de nouveaux partenaires de soins psychiques

*Sous la direction de Serge Tisseron et Frédéric Tordo – Ed. Érès, 2018*

Les robots ne se contentent pas de capter et de traiter des informations : ils interagissent avec leurs utilisateurs, et certains sont même capables de parler. Ces caractéristiques sont au cœur de l'intérêt qu'ils suscitent en santé mentale, notamment pour les troubles du spectre autistique et les pathologies liées au vieillissement.

Mais, en communiquant avec nous, les robots peuvent aussi créer l'illusion qu'ils se soucient de nous, alors qu'ils demeurent des machines à simuler, sans émotion ni douleur, connectées en permanence à leur fabricant à qui ils transmettent les données de nos vies personnelles.

Les robots peuvent-ils devenir des auxiliaires thérapeutiques ? Cet ouvrage fait le point sur les recherches scientifiques actuelles concernant les robots au service des patients, et leurs implications éthiques. Il pose dès aujourd'hui la question : quels robots voulons-nous pour demain ?

---

---

## Petit traité de cyberpsychologie

*Serge Tisseron – Ed. Le Pommier, 2018*

Les robots sont de plus en plus présents autour de nous et leur nombre augmente très vite. Leurs formes et leurs usages se diversifient, et l'Intelligence Artificielle qui les gouverne est présentée partout comme la réponse possible à des enjeux sociétaux majeurs. Or, nous avons pris un retard considérable dans la compréhension des relations que l'homme entretient avec ses objets technologiques. C'est dans ce but qu'a été écrit ce ouvrage qui se veut un « guide psychologique » des relations entre l'homme et ses machines. Comment allons-nous considérer ces machines à partir du moment où nous interagissons avec elles comme avec des humains tout en sachant que nous ne pourrions pas leur donner les mêmes droits moraux et les mêmes responsabilités qu'à des humains ? Et de quelle façon allons-nous modifier l'idée que nous nous faisons de nous-mêmes lorsqu'elles nous ressembleront de plus en plus ? Comment seront modifiées nos façons de penser et de ressentir lorsqu'elles seront capables de manifester des émotions et de les traduire en mots bien mieux que certains humains ? Comment protégerons-nous notre vie privée, et notre dignité, face aux robots ? Généreront-ils plus de socialisation ou plus d'isolement social ? C'est notre capacité à nous poser les bonnes questions aujourd'hui qui nous permettra de leur apporter les bonnes réponses demain.

## L'artiste et la folie – Créer au bord de l'abîme

Thierry Delcourt – Ed. Max Milo, 2018

Ce livre est le fruit d'une recherche sur le processus de création, et fait suite aux ouvrages publiés aux éd. l'Âge d'Homme : *Au risque de l'art*, 2007, *Artiste féminin singulier*, 2009, *Créer pour vivre - Vivre pour créer*, 2013.

Il s'appuie sur les œuvres et les parcours parfois très chaotiques d'artistes connus : ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils en ont dit, ce qui les a poussé à créer, ce qu'ils engagent de leur être intime dans leur acte de création, jusqu'où leur passion de créer les conduit, ce qui leur a permis de devenir des artistes épanouis, ou au contraire, d'éprouver une grande souffrance psychique ou de sombrer dans la folie, parfois jusqu'à se donner la mort.

L'ouvrage est divisé en trois parties :

*La première* explore la fonction de recours existentiel de la création artistique et l'histoire dans laquelle s'inscrit l'œuvre de ces artistes (histoire personnelle, contexte social et historique).

*La seconde* repère le moment de bascule de la création vers une forme de folie ou d'autres troubles psychiques. Elle vise à éclairer le trait de faille à l'origine de la catastrophe pour certains artistes.

*La troisième* explore une autre face, celle d'une folie ou d'une souffrance psychique qui a absolument besoin de s'exprimer. L'être en souffrance parvient alors à se soigner par et avec lui-même grâce à une production créative qui peut prendre une forme artistique, bien que ce n'en soit pas le but premier.

L'ensemble est divisé en douze chapitres qui posent, chacun, la problématique d'un artiste dans la relation singulière à son œuvre et à son histoire.

Cette recherche est adossée à une documentation importante et à des références fiables. Elle vise à éclairer les différents aspects de l'interaction toujours étonnante entre l'acte de création et les bouleversements de la vie, entre le processus créatif et l'existence. Elle s'intéresse aussi aux liens et aux affinités qui existent entre certaines formes de création artistique et certains troubles neuropsychiques. Artistes choisis : ANTONIN ARTAUD, FRANCIS BACON, CAMILLE CLAUDEL, ALOÏSE CORBAZ, SALVADOR DALI, GÉRARD GAROUSTE, ALBERTO GIACOMETTI, ZORAN MUSIC, MICHEL NEDJAR, AURÉLIE NEMOURS, VASLAV NIJINSKI, NIKI DE SAINT PHALLE, VINCENT VAN GOGH, VLADIMIR VELICKOVIC.

---

## La folie créatrice

Joseph Rouzel – Ed. Érés, 2016

Le travail des professionnels du champ de l'éducation et/ou du soin consiste à accompagner entre autres des sujets dits psychotiques dans des formes d'expression socialement acceptables, au-delà des diktats de la normalisation. Cela exige qu'ils s'adonnent, eux aussi, à un certain délire, ce que Joseph Rouzel qualifie d'asile poétique, afin de ne pas laisser leur champ d'intervention se pétrifier sous les coups de procédures, protocoles, normes ISO, évaluations par le chiffre... La prise en compte des psychoses demande d'assumer une posture subversive.

« Ce livre est une sorte d'hommage à la psychose. Alexandre Grothendieck éclaire la pratique éducative et psychanalytique de Joseph Rouzel, autant que Victor et Henriette mettent un point d'orgue à sa 'biographie' sur un mode qui fait bouger les lignes... Le clinicien se fait ici passeur du psychotique dont, finalement, nous avons à apprendre. Les noms de psychotiques célèbres ici convoqués, dont la liste peut être élargie, montrent que cette contribution n'est pas qu'un vain mot ou une métaphore gentille. Ils sont de fait si nombreux et leur contribution est telle que nous ne pouvons pas imaginer ce que serait le monde sans eux – dans ce qu'il a de meilleur et dans ce qui nous permet de l'habiter. » Marie-Jean Sauret

Après avoir exercé de nombreuses années comme éducateur spécialisé auprès de divers publics (psychotiques, toxicomanes, cas sociaux...) et formateur de travailleurs sociaux (Toulouse, Montpellier), Joseph Rouzel est aujourd'hui psychanalyste en cabinet, formateur en libéral et cofondateur de l'association l'@psychanalyse.

## Quand la crise devient une chance

Thierry Delcourt – Ed. Eyrolles, 2018

Chacun détient en soi un potentiel créatif plus ou moins présent, conscient et disponible. C'est ce potentiel qui devient une ressource, un recours salvateur face aux crises et aux épreuves de la vie, même quand celles-ci semblent insurmontables.

Mais il n'est pas évident d'identifier cette capacité et de la mettre en action, surtout lorsqu'on est affaibli ou en souffrance. A partir de situations concrètes de la vie et d'un soin psychique, l'auteur expose comment transformer ce potentiel pour retrouver le sens et le goût de vivre.

Pas question de délivrer un mode d'emploi car la créativité est tout au contraire, la disposition intérieure à ne pas se conformer à des modèles prêts à appliquer. Cette créativité, c'est trouver en soi et dans l'ouverture

autour de soi ce qui peut donner forme et sens à l'existence, et c'est toujours une disposition unique et singulière.

Ce livre propose quelques clés de compréhension et d'action pour découvrir une voie créative et éveiller un potentiel créatif lorsque la vie confronte à des épreuves quelles qu'elles soient. Qu'importe, après tout, si ce que nous y découvrons n'est ni formaté, ni dans l'air du temps. Il s'agit d'oser le vivre et l'imposer. Mais pour cela, il faut bien souvent une main tendue, une opportunité, une de ces circonstances que la vie réserve à qui sait l'entendre et l'attendre. L'essentiel reste de percevoir son potentiel créatif afin de s'approprier l'originalité de sa vie et d'inventer sa liberté.

## 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](mailto:info@afpep-snpp.org)**

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

# Informations internationales, nationales et régionales

---

---

## Programme de la Criée - 2018/2019

### L'engagement dans l'espace de la rencontre transférentielle

Le travail sur « l'imaginaire dans la clinique » nous a conduits à l'entrecroisement de plusieurs motifs cruciaux que nous pourrions remettre au travail cette année. L'enjeu de la rencontre transférentielle dans la psychose, mais aussi dans d'autres configurations cliniques, insiste sur le registre de « l'image inconsciente du corps ». Le travail inaugural de Gisela Pankow, sa conception d'un « phantasme » à faire surgir dans la cure comme structure générative de la capacité à fantasmer, constitue un point d'appui essentiel pour que le sujet puisse accéder à un espace imaginaire. Ce qui reste problématique et difficilement transmissible concernerait la capacité de chaque thérapeute, de chaque soignant à « entrer dans la danse » (Davoine) et à s'y tenir. Pankow parle fort justement de « descente aux enfers » à propos de cette « approche du dedans », et donc du partage de zones de catastrophe, voire des « aires de mort » psychique évoquées par Benedetti. Le thérapeute s'y risque, avec son corps et son « être au monde », en se rendant compte d'entrée de jeu de la faiblesse de l'appui sur une « pensée héritée » (Castoriadis). Miser sur le désir inconscient suppose sans doute une sorte d'acte de foi laïque dans l'inconscient, et la possibilité de produire une première forme, une *gestaltung*, « forme formante » génératrice de l'espace à construire, et peut-être d'une historicité pour « le sujet potentiel » qui surgirait dans le transfert. Il faudrait insister également sur la théorisation incessante pour chaque thérapeute qui s'inscrit sur les traces de ceux qui lui ont précédés, tout en réinventant « une boîte

à outils métapsychologique » personnelle, évoluant tout au long de sa vie. Quel serait le ressort intime de l'énergie nécessaire pour supporter de telles traversées au long cours ? Le Collectif pourrait-il constituer un point d'appui qui permette à ceux qui en ont le désir de s'avancer tout en s'étayant sur des constructions institutionnelles suffisamment solides, mais également malléables autant que nécessaire ? Cette malléabilité serait en relation intime avec « l'aire de jeu » dégagée par Winnicott, matrice de toute la créativité ultérieure dans la psychanalyse, la psychiatrie, mais aussi les œuvres d'art qui en témoignent dans la Culture. Or nous savons par expérience que cette créativité peut être entravée, empêchée par des forces hostiles au désir, que nous pouvons mettre en rapport avec la pulsion de mort dans son versant d'anéantissement. Remarquons la coalescence actuelle entre ces forces de mort et l'emprise économique et idéologique des politiques néolibérales. Dès lors l'engagement dans le transfert s'intriquera nécessairement avec une prise de position politique. C'est l'enjeu des « pratiques altératrices » (Dardot), qui nous permettent de rester vivants dans nos institutions afin d'éviter qu'elles ne se transforment en nécropoles.

Autant dire que l'analyse institutionnelle permanente, qui suppose elle-même une énergie considérable, va engendrer des turbulences. Travail indispensable pour un « désir travaillé » et la possibilité d'un horizon d'attente, qui ne méconnaisse pas la réalité de l'aliénation sociale et politique.

**Patrick Chemla**

\* \* \*

**Outre les séances du Séminaire se tiendront comme d'habitude les conférences-débat :**

**CONFÉRENCE/DÉBAT - Jeudi 22 novembre 2018 - 21h00 au centre Artaud**

**Thierry DELCOURT** - Psychiatre et Psychanalyste

***La folie de l'artiste - Créer au bord de l'abîme* - Max Milo**

**CONFÉRENCE/DÉBAT - Jeudi 31 Janvier 2019 - 21h00 au centre Artaud**

**Loriane BELLAHSEN** - Psychiatre et Psychanalyste

***Discutant* : Pierre DELION** - Professeur de Psychiatrie et Psychanalyste

**CONFÉRENCE/DÉBAT - Jeudi 28 février 2019 - 21h00 au centre Artaud**

**Georges ZIMRA** - Psychiatre et Psychanalyste

**Les religions à l'épreuve de la modernité - Cécile Defaut**

**CONFÉRENCE/DÉBAT - Jeudi 25 avril 2019 - 21h00 au centre Artaud**

**Christophe CHAPEROT** - Psychiatre, Psychanalyste

**CONFÉRENCE/DÉBAT - Samedi 25 mai 2019 - 14h00 au centre Artaud**

**Philippe REFABERT** - Psychiatre et Psychanalyste

**Comme si de rien - Témoignage et psychanalyse - Campagne Première**

**CONFÉRENCE/DÉBAT - Jeudi 27 juin 2019 - 21h00 au centre Artaud**

**Françoise DAVOINE** - Psychanalyste

LA CRIÉE - Centre de Jour A. Artaud – 40 rue Talleyrand – 51100 REIMS

Tél. : 03.26.40.01.23 [g04.extra@epsm-marne.fr](mailto:g04.extra@epsm-marne.fr) Blog la CRIÉE : <http://lacriee51.blogspot.fr/>

Page Facebook : <https://m.facebook.com/La-Criee-Collectif-de-Recherche-sur-l-Institutionnel-et-l-Ethique-470202906670002/reviews>

\* \* \*

## **La création artistique et ses enjeux existentiels**

**Cycle de conférences 2018 - 2019 par Thierry Delcourt**

### ● **Deuxième conférence :**

Mardi 27 novembre 2018 de 18h30 à 20h

#### **Créer dans un nid douillet ou au bord de l'abîme**

L'acte de création est rarement un long fleuve tranquille, nous le verrons avec quelques artistes et à travers leurs œuvres :

Comment Francis Bacon réussit à contenir et à maîtriser son histoire et sa vie chaotiques en les mettant en scène dans sa peinture violente et souffrante ?

Comment Alberto Giacometti, funambule au bord de la chute, cherche sa vie durant à représenter l'énigme d'une perception qui ne cesse de lui échapper ?

Comment Vaslav Nijinski, exceptionnel danseur et chorégraphe des Ballets Russes, sombre dans la folie après avoir subi des traumatismes irréparables ?

Comment Antonin Artaud oscille toute sa vie entre une création débordante et des accès de folie, jusqu'au délire, puis retrouve une autre forme de création ?

Comment Vincent Van Gogh, pour atteindre le sommet de son art, se met en danger dans sa recherche créative jusqu'à basculer dans la folie et le suicide ?

Comment Camille Claudel s'épuise dans sa création passionnée jusqu'à basculer dans le gouffre de la folie, et finit internée sans plus jamais créer ?

### ● **Troisième conférence :**

Mardi 5 mars 2019 de 18h30 à 20h

#### **Créer pour donner forme à sa vie et la réinventer**

Quand le chaos ouvre sur une nouvelle possibilité de vivre grâce à la création :

Le parcours d'autres artistes, d'Aurélien Nemours à Velickovic, de Nedjar à Aloïse, et bien d'autres êtres en souffrance, prouve que la création artistique peut avoir un énorme pouvoir salvateur ?

Comment Zoran Music a survécu aux camps d'extermination grâce au dessin, et comment la résurgence du traumatisme enfoui lui impose de représenter l'humanité des agonisants sans visages, grâce à la peinture ?

Comment Niki de Saint-Phalle, grâce à l'expression artistique, parvient à se soigner d'une dépression liée au traumatisme de l'inceste, puis devient artiste ?

Comment Gérard Garouste, aux prises avec une histoire qui rend fou, parvient par sa recherche créative, à construire son être malgré ses crises délirantes ?

Comment Salvador Dali sublime sa folie sans y tomber, grâce à l'extravagance de son imaginaire, et à la fantaisie du monde chimérique qu'il met en scène ?

### ● Quatrième conférence :

Mardi 21 mai 2019 de 18h30 à 20h

#### **Corps en mouvement et performances artistiques**

D'où ça part ? D'où naît le geste ? Du corps sensible qui pousse au dehors et imprime sa marque. C'est un double mouvement d'incorporation de la matière du monde et d'extraction d'une matière de soi.

Qu'il s'agisse d'arts vivants (ils le sont tous par définition) ou de performances artistiques, le corps y sculpte l'espace et le temps. C'est un rythme charnel, une vibration liée au sensible, à l'émoi, en phase ou en lutte avec le monde.

C'est un lien entre la chair et le verbe : le corps y devient palimpseste.

Le ventre aussi pense. Les tripes et le cœur passent par le geste. Entre lâcher prise et maîtrise, transe et attention, c'est l'alliage du corps pulsant et pensant.

Créer ne peut se penser sans le corps, qu'on le mette en scène ou non, que l'on soit dans la représentation ou dans une recherche de la forme abstraite.

Il faut donc envisager l'intrication perceptive et gestuelle entre Espace, Corps et Rythme dans la genèse de l'acte de création.

**Maison de la Vie Associative - 1, rue Eugène Wiet – Reims (Entrée libre)**

<http://www.thierry-delcourt.fr/2018/06/la-folie-de-l-artiste.html>

<http://www.thierry-delcourt.fr/2018/08/la-creation-artistique-et-ses-enjeux-existentiels.html>

\* \* \*

## **« Zé Tè Dessine » - Colloque International**

**Vendredi 1<sup>er</sup> et samedi 2 février 2019 Montpellier**

#### **Objectifs**

- Proposer un espace d'échange et de réflexion sur le dessin
- Acquérir les outils de compréhension des dessins d'enfants
- Utiliser le dessin comme médiation thérapeutique
- Favoriser la créativité par cette médiation artistique

#### **Contact**

Mail : [contact@champsocial.com](mailto:contact@champsocial.com) / Téléphone : 04 66 29 10 04

#### **Informations complémentaires**

Site internet du colloque : <http://champsocialformations.com/dessine-moi-une-enigme/>

#### **Lieu**

Salle Rabelais, 27-29 Boulevard Sarrail, 34000 Montpellier

**[www.champsocialformations.com/dessine-moi-une-enigme/](http://www.champsocialformations.com/dessine-moi-une-enigme/) Montpellier 2019.**

# ISADORA 2019 – 18<sup>èmes</sup> JOURNÉES

vendredi 7 juin 2019 - samedi 8 juin 2019

Centre psychothérapique Saint-Martin de Vignogoul - 34570 PIGNAN

## « Construire le soin : Babel et label »

En psychiatrie, soigner correspond certainement plus à un parcours singulier intégrant au mieux les diverses facettes d'une situation clinique qu'à un processus labélisé prêt à l'emploi.

Ainsi construire un soin repose sur la responsabilité du soignant et ne peut être du seul ressort d'une ingénierie certifiée ; sa cohérence associe un lieu, une équipe et un projet de soin.

Prendre cela en compte complique sans doute le mécanisme d'évaluation mais lui permet aussi d'être plus plausible. Faire rimer Babel et label se révèle de facto un défi contemporain. Peut-il y avoir une langue universelle quand il s'agit d'offrir contenant à l'affect, intégrer de multiples interventions, porter le désarticulé, donner substance aux soins, maintenir un cadre, enfin tout ce qui concourt à construire le soin ? Existe-t-il une langue unique autre qu'idéologique, celle qui garantirait le mot à la chose, pour évoquer un tel foisonnement ?

A défaut d'atteindre « la porte du ciel », celle de Dieu, (traduction littérale de Bab – El), les enfants des rescapés du déluge biblique se retrouvèrent confus face à la diversité des langues mais, abandonnant la tour à sa ruine et renonçant à « se faire un nom » (sic), peuplèrent la surface de la terre. La diversité des langues, le détachement de tout mythe exclusif, a ainsi autorisé leur déploiement.

Construire le soin ? Est-ce imaginer une tour sans faille qui contiendrait tout le peuple des soignants et atteindrait la divinité grâce à un label universel ? Ne s'agit-il pas plutôt de laisser toute sa place à une architecture relative, d'une langue à l'autre, en quête de sens, se lançant à l'aventure et à la rencontre du monde ? A défaut de paradis, raconter la terre...

### ODPC – PP

#### SESSIONS DE FORMATION 2019

#### Éthique et Psychiatrie

- ◆ Les pratiques de prescription en psychiatrie
- ◆ Souffrances au Travail
- ◆ Initiation à la psychosomatique relationnelle
- ◆ Souffrance au travail des médecins spécialiste libéraux

Contact ODPCPP :

[info@odpcpp.fr](mailto:info@odpcpp.fr) ou 0143462555

### Médecin Psychiatre H/F Hautes Pyrénées

Indépendante et privée, notre Clinique Psychiatrique investit et développe ses capacités d'accueil, avec pour ambition d'être identifiée comme pôle d'excellence.



Nous vous proposons de rejoindre notre équipe de trois psychiatres, où vous bénéficierez rapidement d'un niveau d'activité libérale significatif. Cabinet de consultation, hospitalisation à temps plein et temps partiel : les conditions d'exercice faciliteront votre réussite, avec un véritable projet de vie au pied des Pyrénées, dans ce Sud-Ouest chaleureux où il fait bon vivre et soigner.

Candidature et renseignement auprès de :

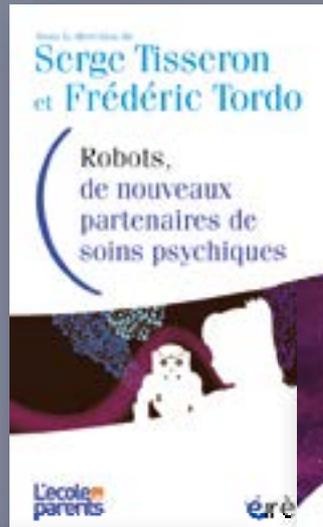
M<sup>me</sup> Gatineau, Directrice, Clinique Psychiatrique Lampre.  
Tél. : 05 62 37 59 36, mail : [direction@cliniquelambre.fr](mailto:direction@cliniquelambre.fr)

Sous la direction de  
**Serge Tisseron et  
Frédéric Tordo**

## ROBOTS, DE NOUVEAUX PARTENAIRES DE SOINS PSYCHIQUES

Cet ouvrage fait le point des recherches actuelles sur les robots au service des malades, et nous aide à nous poser dès aujourd'hui la question : quels robots voulons-nous pour demain ?

208 pages, 12 €



Sous la direction de **Emmanuel et François Hirsch**

## TRAITÉ DE BIOÉTHIQUE IV Les nouveaux territoires de la bioéthique

Intelligence artificielle, génomique, procréatique, neurosciences, « médecine personnalisée », nanotechnologies, robotique, big data, transhumanisme..., de nouveaux territoires s'ouvrent actuellement à la bioéthique. Les mutations et les ruptures précipitées que produisent les sciences et les techniques bouleversent nos repères, nos conceptions et nos représentations. Comment exercer aujourd'hui nos responsabilités éthiques et politiques ?

624 pages, 25 €

Sous la direction de **Emmanuel Hirsch :**

**Traité de bioéthique I**  
Fondements, principes, repères  
768 pages, 25 €

**Traité de bioéthique II**  
Soigner la personne, évolutions,  
innovations thérapeutiques  
706 pages, 25 €

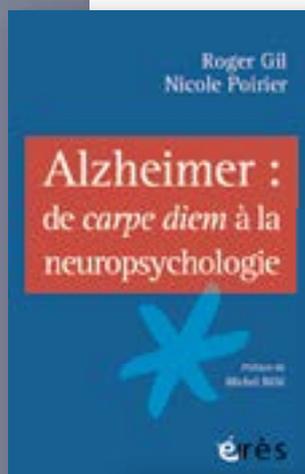
**Traité de bioéthique III**  
Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes  
680 pages, 25 €



**Roger Gil, Nicole Poirier**

## ALZHEIMER : DE CARPE DIEM À LA NEURO- PSYCHOLOGIE

Les soins et l'accompagnement des personnes qui vivent avec une maladie d'Alzheimer nécessitent la synergie d'une approche humaniste et d'une approche médicale neuropsychologique qui, trop souvent, se côtoient en



s'ignorant. Pourtant l'approche neuropsychologique permet de mieux comprendre le comportement et le ressenti des personnes malades et la souffrance des proches. Elle peut ainsi valider l'approche humaniste telle que celle de *carpe diem* pour contribuer à changer le regard sur la maladie, pour prêter attention non à ce que les personnes malades ont perdu mais à leurs capacités restantes, pour remplacer une relation de contrôle par une relation de confiance.

Préface de **Michel Billé**  
272 pages, 14 €



**Valérie Gasne**

## CLINIQUE DU SEUIL

Les contours d'une clinique du seuil s'intéressent aux cas de patient(e)s confrontés à des situations limites (échappement thérapeutique, douleurs extrêmes, fin de vie...). Ces cas complexes se situent à l'interface de la notion d'incurabilité en médecine et du surgissement de manifestations pulsionnelles, qui échappent à toute tentative de contrôle ou de maîtrise, malgré les soins ou les traitements entrepris,

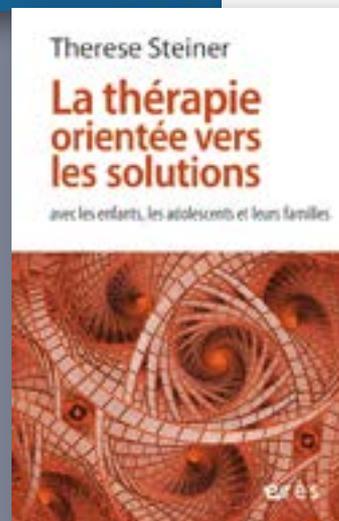
laissant les professionnels hospitaliers très démunis.  
176 pages, 15 €

**Therese Steiner**

## LA THÉRAPIE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS

avec les enfants, les adolescents et leurs familles

À partir de nombreux exemples tirés de séances de thérapie, l'auteur montre comment elle s'appuie sur l'expertise du patient



et donne des pistes concrètes pour le travail thérapeutique avec les enfants et les jeunes.

Préface de **Marie-Christine Cabié**  
272 pages, 25 €

## EN LIBRAIRIE

ou à défaut : Éditions érès  
33 avenue Marcel Dassault F-31500 Toulouse  
Tél. 05 61 75 15 76  
e-mail : [eres@editions-eres.com](mailto:eres@editions-eres.com)

Consultez notre catalogue sur [www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)