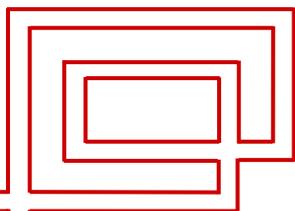


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

HABEMUS PRÆSIDEM

—

NOUVEAU MANDAT

AFPEP-SNPP

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

BIPP 81

HABEMUS PRÆSIDEM – NOUVEAU MANDAT

Responsable de la Publication

Béatrice Guinaudeau

Rédacteur en chef

Jérémie Sinzelle

Rédacteur adjoint

Thierry Toussaint

Comité de lecture

Jérémie Sinzelle – Thierry Toussaint – Elie Winter – Anna Konrad – Sophie Stein – Béatrice Guinaudeau – Rania Gard

Secrétariat de la Rédaction

01 43 46 25 55 info@afpep-snpp.org

21 rue du Terrage 75010 Paris

SOMMAIRE BIPP 81

ACTUALITÉS SYNDICALES	4
EDITORIAL : Par Béatrice GUINAUDEAU, Présidente	4
Le mot du rédacteur. Par Jérémie SINZELLE	5
Orientations pour le mandat du bureau de l'AFPEP-SNPP. Par Béatrice GUINAUDEAU	6
Élection du nouveau Bureau 2022-2023 & Conseil d'Administration de l'AFPEP-SNPP. Par Thierry TOUSSAINT	8
Un référent de géronto-psychiatrie de libre pratique à l'AFPEP. Par Frédéric AUMJAUD	8
Augmentation des honoraires au 1 avril 2022 (avenant 9). Par Elie WINTER	9
AVENIR SPÉ : Évolution. Par Claude GERNEZ	10
Et la Santé Mentale des jeunes, Monsieur le candidat ? Par les présidents des organisations de professionnels et de familles	11
Réforme de l'irresponsabilité pénale. Communiqué de presse du 29 avril 2022	13
Activité de l'ODPC-PP, avril 2022. Par Sophie STEIN	16
Tutoriel de Suppression de la fiche avis « Google My Business ». Par Jérémie SINZELLE	18
CLINIQUES : JOURNÉE DE PRINTEMPS 2022 À REIMS	19
Les crises passent, les adolescents restent. Par Thierry DELCOURT	19
Épistémé. Un soins-études sur mesure. Par Patrice CHARBIT	26
Le Point Écoute Jeunes de Reims : expérience d'une psychiatre bénévole. Par Annie DOUCE	29
Les passerelles et médiations éducatives à l'adolescence. Par Sébastien DELVAL	32
Le genre dans le cabinet du psychiatre. Par Anna KONRAD	36
DE LA THEORIE A LA PRATIQUE	41
L'impunité. Par Patrice CHARBIT	41
Quelques mots sur l'intérêt d'une enquête sociologique auprès des patients. Par Anna KONRAD	43
Secret professionnel (2). Partage de secret ou partage d'informations ? Par Sophie STEIN	45
Médecin conseil aux victimes. Entretien entre Sophie STEIN et Jacques BARBIER	47
Mémoire de psychiatres. Présentation Michel JURUS. À ceux qui m'ont fait psychiatre... Par Jean-Jacques BONAMOUR	51
DÉSIRS DE LIVRES	54
Camille Louis « La conspiration des enfants », PUF, 2021. Recension par Sophie STEIN	54
Grégory Dufaud, « Une histoire de la psychiatrie soviétique », Éditions de l'EHESS, 2021. Recension par Jérémie SINZELLE	55
Caroline Eliacheff, Céline Masson, « La Fabrique de l'enfant-transgenre » Comment protéger les mineurs d'un scandale sanitaire ? Éditions de l'Observatoire, 2022. Recension par Françoise DUPLEX	56
Nota Bene législation. Par Elie WINTER	58
Rapport sur les assurances : actualisation des conditions et des questionnaires. Par Michel JURUS	59
RENCONTRES	59
ALFAPSY 5èmes Rencontres Cité Psy à Bruxelles. Par Michel JURUS	59
Retrouvez ensuite l'AFPEP-SNPP au Congrès Français de Psychiatrie (CFP) à Lille !	59
Éloge du soin : Journées Nationales de la Psychiatrie Privée CAEN 2022	60
Argument. Par le Comité scientifique et d'organisation	61
Programme des Journées Nationales de la Psychiatrie Privée CAEN 2022	62
APPEL À COTISATION 2022	63

ACTUALITÉS SYNDICALES

EDITORIAL : Par Béatrice GUINAUDEAU, Présidente

Ce premier éditorial en tant que nouvelle présidente me permet d'exprimer mes remerciements aux membres de l'AFPEP-SNPP, non pas tant de m'avoir élue à ce poste de présidente, mais de réunir les conditions de travail qui m'ont donné envie de m'y présenter.

Pluralité de pensée, conflictualité, transmission d'une éthique du soin en toute indépendance des entreprises pharmaceutiques, assurantielles ou informatiques, font partie des fondamentaux de ce syndicat.

La force de cette association repose sur ses adhérents. Leur cotisation, leur implication en Assemblée Générale permettent cette indépendance, qu'ils en soient ici remerciés.

Il est rare que dans d'autres espaces similaires s'exerce réellement une gouvernance démocratique.

L'Éloge du soin, quel beau programme pour nos journées nationales des 30/09 et 01/10/22.

Avoir la responsabilité d'accompagner un patient dans sa souffrance psychique, dans l'intimité de sa pensée est un métier passionnant et exigeant. Une formation, tout au long de notre vie professionnelle, est nécessaire dans ce métier au croisement de différents savoirs, médical bien sûr, social, philosophique et même politique tant la conception du soin en psychiatrie et santé mentale est soumise aux impératifs socio-politiques.

L'actualité socio-politique est aux neurosciences, non pas comme sciences au sens noble du terme avec des preuves solides, reproductibles, mais par approximations. Que dit une activité cérébrale dans une zone donnée sur l'activité réelle de la pensée ? Rien de plus que des suppositions par glissements progressifs de raisonnement. Nous attendons beaucoup plus de la Science.

On nous présente donc un cerveau-machine. Rien de mieux pour mettre au point des logiciels de rééducation, conversationnels dans la dépression, et autres inventions financièrement fructueuses pour leurs revendeurs à défaut de l'être pour les patients.

Gageons que le soin psychique demande de l'humain, seul capable de créer du soin adapté à chaque patient et qu'un humain riche de ses formations multiples ne gère pas l'autre comme une machine.

La santé, si ce n'est les déserts médicaux, a été le grand impensé de cette dernière campagne présidentielle. Elle est toujours présentée comme un coût et non pas comme une richesse pour une nation. On calcule toujours ce qu'elle coûte en point de PIB, mais jamais ce que rapporte en point du même PIB une population en bonne santé qui peut s'éduquer, se former et participer à la vie démocratique pour peu que ses conditions de vie le permettent.

Cette *syndémie*¹ due au Covid-19 a mis en évidence l'inégalité, la fragilité psychique de certaines populations face au virus. Chaque psychiatre a su d'emblée, dès le premier confinement, que les enfants, les jeunes, les personnes âgées en seraient affectés par ses effets. Les humains ne peuvent se contenter de face à face avec des écrans dans des lieux clos. Si nous voulions une preuve pour les sceptiques de l'importance des interactions

¹ Merrill SINGER, « Introduction to Syndemics : A Systems Approach to Public and Community Health », Jossey-Bass, San Francisco, 2009

Laura HART & Richard HORTON, « Syndemics : committing to a healthier future », *The Lancet*, vol. 389, n° 10072, 4 mars 2017, p. 874 - doi : 10.1016/S0140-6736(17)30599-8

Richard HORTON, « Offline : COVID-19 is not a pandemic », *The Lancet*, vol. 396, n° 10255, 26 septembre 2020, p. 874 - doi : 10.1016/S0140-6736(20)32000-6

sociales, elle est faite. Et passé le premier confinement, l'expérience a montré que même chez les psychotiques ce ne fut pas une période facile.

En tant que psychiatres nous savons le travail de soin que nous accomplissons. Et la notion de prévention nous est familière, tant le soin avec un membre d'une famille a des influences sur tout le devenir de celle-ci. Notre temps est un temps long.

Mais nous sommes si peu nombreux. Peu d'étudiants en médecine choisissent notre spécialité, plus par préjugés. Les études montrent qu'un étudiant qui fait un stage en psychiatrie dans un service où il est bien accompagné, choisira plus fréquemment cette spécialité. Dans l'esprit général des étudiants, le soin en psychiatrie se limite à être distributeur de médicaments, de rééducations, voire de contention.

Il faut être au cœur du soin pour mesurer la richesse du travail, dans toutes ces dimensions interdisciplinaires. Comme le patient, notre travail s'étaye sur tout un travail avec la société. D'où un autre temps long, celui de la coopération avec d'autres professionnels, les familles, celles des enfants, celles des personnes âgées.

Notre acte psychiatrique a été revalorisé au 1er avril grâce à l'avenant 9. Notre engagement à AvenirSpé a été fructueux mais nous souhaitons que ce temps de consultation avec les familles soit mieux valorisé, en périnatalité, avec les personnes âgées, que la visite au domicile de ces populations vulnérables ou handicapées soit enfin revalorisée.

Le travail pour les prochaines discussions conventionnelles qui auront lieu en 2023 est déjà en cours à l'AFPEP-SNPP. Nous vous tiendrons au courant de l'avancée de nos revendications.

Les chantiers sont là : la formation, celle des étudiants, la nôtre tout au long de notre vie professionnelle, nos conditions de travail, nos liens avec les différents métiers, psychologues, généralistes, infirmières IPA, psychologues, notre place dans les nouvelles organisations de soins telles les CPTS ou les équipes de soins spécialisés (ESS) et tant d'autres.

Avec tous les membres du Conseil d'Administration ce sera un honneur pour nous de représenter notre profession dans toutes ces évolutions à venir.

Béatrice GUINAUDEAU
Présidente de l'AFPEP-SNPP

Le mot du rédacteur. Par Jérémie SINZELLE

Ce numéro est l'occasion de préparer l'assemblée générale de l'AFPEP-SNPP de Paris le 25 juin 2022, et porte un titre évoquant la période électorale, sa traditionnelle émotion lors de l'accomplissement du chemin parcouru par le précédent et, porté par un collectif, les promesses du chemin à parcourir par son successeur tout en rappelant son aspect plus factuel, le tout en conservant au maximum notre ligne apolitique et syndicale (NB : *præses*, *idis* est un mot à la fois masculin et féminin). Le clin d'œil à un certain bal à l'Elysée sera facilement reconnu par les connaisseurs, non pas des idéations suicidaires, mais de Hara-Kiri. L'avancée des années fait de plus en plus ressentir les effets de la démographie médicale. Tous les psychiatres privés, en libéral, en clinique, en médico-social, à temps partiel, jeunes diplômés, retraités sont les bienvenus à l'AFPEP-SNPP, seule organisation indépendante qui peut leur offrir un forum d'échanges et de formation au contact des collègues d'origines et de pratiques les plus diverses. L'action de l'AFPEP-SNPP est relayée au niveau national et des instances par AvenirSpé-LeBloc.

Orientations pour le mandat du bureau de l'AFPEP-SNPP.

Par Béatrice GUINAUDEAU

Dans ce moment de renouvellement de bureau, exercice démocratique auquel l'AFPEP-SNPP est attachée, je présente au CA ma candidature au poste de présidente de cette association.

Je tiens à remercier toutes les équipes qui se sont succédées depuis mon arrivée en 2011 au CA. Chacune avec une signature différente a contribué à me former.

L'AFPEP, Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé, est souvent la porte d'entrée pour les psychiatres nouveaux arrivants, grâce aux Journées Nationales. Dans ses statuts elle :

1. recherche et définit les meilleures conditions d'exercice de la psychiatrie privée,
2. assure la liaison, information et la formation continue de ses membres,
3. établit des rapports entre la psychiatrie privée et les différentes structures soignantes et enseignantes.

Le SNPP, Syndicat National des Psychiatres Privés, formé historiquement dans un deuxième temps, représente et défend les intérêts professionnels et moraux de l'ensemble des psychiatres d'exercice privé auprès des pouvoirs publics et des organisations professionnelles.

Il y a un consensus très solide au sein de notre association sur la conception des soins, dont nous pensons qu'ils doivent être personnalisés pour chaque patient, du cousu-main en somme.

Les tensions auxquelles j'ai pu assister au décours de ces années sont, à mon avis, dues à l'agencement entre les différentes conceptions du soin et leurs articulations au politique. Certains collègues ont des difficultés avec notre participation aux URPS, aux rencontres avec les ARS par cette entremise. Pourtant ceci fait partie de nos missions telles que définies par nos statuts, comme les rencontres au ministère de la Santé, à l'Assemblée Nationale et notre participation à un syndicat représentatif AvenirSpé qui porte notre voix lors des discussions conventionnelles.

Au Conseil d'Administration nous sommes tous bénévoles et dans ce contexte il est très important que notre cadre de travail puisse régulièrement faire l'objet d'un accord entre nous. Consensus qui s'élabore par une activité déontique telle que l'évoque Christophe Dejours. Il est nécessaire qu'il y ait une coopération entre nous, chacun apportant son domaine de compétence. Pouvoir dire ce que l'on pense dans ce travail collectif est un prérequis, dans le respect de chacun, pour aboutir à « Ce qu'il y a de meilleur en nous » pour reprendre le titre de l'ouvrage de Christophe Dejours.

Pour ce qui est de nos référentiels, certains d'entre nous se réclament de la psychanalyse, d'autres d'écoles de pensée différentes, mais pour tous, être psychiatre relève d'un contrat conventionnel avec la Sécurité Sociale. Et par l'intervention de celle-ci, d'un contrat avec les assurés sociaux qui sont les bénéficiaires de nos soins mais en sont donc aussi les « payeurs ».

La pression est très forte actuellement pour que nous adoptions une organisation « populationnelle » de notre travail, au sens de la gestion d'un flux de demandes visant avant tout à éviter les stases de malades non soignés qui chagrinent nos gouvernants.

La qualité des soins, attendue à juste titre par chacun, ne peut être atteinte par la soumission à cet impératif en tant qu'objectif premier, et pourtant le contrat moral que nous avons avec la

population ne nous permet pas de nous dérober devant l'importance majeure des questions soulevées.

En effet la baisse démographique dans notre spécialité va être sévère, pour l'Île-de-France par exemple, un tiers des psychiatres ont maintenant plus de 65 ans et partiront à la retraite dans les 10 ans à venir. Pour d'autres régions c'est déjà le cas. Il est donc mathématiquement impossible que chaque demande de soin adressée à un psychiatre soit honorée. La question de nos relations avec nos confrères, avec d'autres professions, comme celle récente des IPA (Infirmiers en Pratique Avancée), va donc se poser avec une acuité croissante.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

Je fais le pari que pour transmettre notre savoir-faire nous devons nous impliquer plus dans une coopération avec d'autres professionnels, et il serait souhaitable que ce temps soit reconnu et indemnisé.

Le médecin était, jusqu'à présent dans notre système, un producteur de soins dûment normés par les recommandations de bonnes pratiques. Mais ce rôle, centré sur l'action curative, doit désormais être complété, et ceci doit être entériné officiellement.

La dimension de prévention de notre métier bien que très réelle n'est pas reconnue à sa juste valeur. Tant dans son aspect direct par notre travail avec les familles, que dans son expression indirecte, par la transmission de notre expérience.

Il n'a pas été difficile pour les psychiatres de prévoir les troubles qui découleraient de l'épreuve du COVID-19. Vont s'y ajouter maintenant encore plus ceux des crises migratoires les plus récentes et celles à venir.

Par ailleurs, nous n'échapperons pas à la crise climatique. L'illusion qu'une décarbonation suffirait pour la contenir n'aura qu'un temps. Toutes les techniques proposées jusqu'à maintenant n'empêcheront pas un effondrement de la biosphère.

L'angoisse, des conflits sociaux voire guerriers, sont à prévoir. Notre spécialité sera très sollicitée. Dès lors, la question se pose à nous de la mise en place et de la mise en action de notre organisation de métier pour accompagner au mieux la population dans le vécu de ces bouleversements.

Notre ancrage dans les territoires avec leurs spécificités matérielles de vie me paraît très approprié pour répondre à ces nécessités futures. Notre corps y est engagé.

Dans ce contexte, quelles devraient être nos relations avec l'État, la santé publique, la médecine publique ? Et que vont-elles devenir ?

Les ordres du jour des CA sont toujours très chargés, je propose que nous prenions en plus parfois un temps de séminaire pour travailler plus en profondeur ces différents points. Notre présence corporelle, réelle, y sera bienvenue, les écrans ne favorisant guère les échanges de qualité.

Restitution en sera faite ultérieurement à l'Assemblée Générale.

Nous faisons un métier passionnant, riche d'expériences humaines, il faut le faire savoir.

L'augmentation du numerus clausus ne suffira pas à elle seule pour susciter le désir d'être psychiatre. Il va être important, dûment formés, que nous ouvrons nos cabinets aux étudiants en médecine, que nous participions activement aux communautés de soins. Ce sont les axes du mandat que je vous propose.

Élection du nouveau Bureau 2022-2023 & Conseil d'Administration de l'AFPEP-SNPP. Par Thierry TOUSSAINT

Présidente :

Guinaudeau Béatrice, Bordeaux

Vice-Présidents :

Brunschwig Olivier, Paris

Sinzelle Jérémie, Paris

Secrétaire Général :

Toussaint Thierry, Paris

Secrétaire Général adjoint :

Winter Elie, Paris

Trésorière :

Durnerin Caroline, Caen

Trésorière adjointe :

Gully Christine, Strasbourg

Présidents d'honneur :

Charbit Patrice, Montpellier

Gernez Claude, Enghien les Bains

Jurus Michel, Lyon

Membres du Conseil d'Administration :

Aumjaud Frédéric, Angers

Barbier Jacques, Paris

Baudoin Hélène, Nice

Bodin Anne-Lise, Angers

Bonamour du Tartre Jean-Jacques, Paris

Dagault Marie, Caen

Delcourt Thierry, Reims

Duplex Françoise, Paris

Hénon Karine, Pau

Konrad Anna, Paris

Metten Adeline, Reims

Ritter Anne-Sophie, Strasbourg

Rocher Agnès, Lille

Rollet Odile, Lyon

Stein Sophie, Paris

Tana Loïc, Reims

Un référent de géro-psycho-geriatrie de libre pratique à l'AFPEP. Par Frédéric AUMJAUD

La psychiatrie de la personne âgée est reconnue depuis 2017. La formation des nouveaux spécialistes en psychiatrie et addictologie a accordé un cursus qui prend en compte le vieillissement de la population par la nécessité de l'apprentissage spécifique des prises en soins de cette tranche d'âge. Le décret concernant la validation des acquis est sorti récemment, ce qui permettra à ceux précédemment installés d'obtenir et d'afficher cette qualification.

L'exercice de la psychiatrie de la personne âgée en cabinet de ville doit avoir plus de place dans cette reconnaissance. Le rythme de consultations de personnes âgées de plus de 70 ans est croissant et un certain nombre de praticiens de ville sont déjà orientés pour les accueillir.

Pour une meilleure cohérence de cette évolution de prise en soins, il apparaît indispensable que paraisse avec influence cette organisation de soins qui ne peut se passer d'un travail avec un carnet d'adresses. Il en va de l'accompagnement dont les modalités varient suivant chacun des consultants, au partage d'informations qui peut aller jusqu'au signalement. Cette nécessité de reconnaissance d'une pratique spécifique peut avoir des effets juridiques, administratifs et notamment auprès de la CPAM quant à l'amélioration de la nomenclature.

Frédéric Aumjaud, au sein de l'AFPEP-SNPP se propose de recueillir les noms et coordonnées des confrères concernés afin que des échanges puissent promouvoir la psychiatrie de la personne âgée exercée en cabinet de ville.

Contact : doc.faumjaud@wanadoo.fr

Augmentation des honoraires au 1 avril 2022 (avenant 9). Par Elie WINTER

A partir du 1er avril 2022 :

Acte habituel : le CNPSY (=TC) passe à 42,5 euros (au lieu de 39€) donc :

En Secteur 1 (ou S2 pour les actes sans dépassements) :

CNPSY+MCS+MPC = 50,20€

En OPTAM :

CNPSY+MCS+MPC = 50,20€ + dépassement maîtrisé

<http://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/maitrise-depassements>

En secteur 2 :

CNPSY = 42,50 € + dépassement avec tact et mesure

NB : Calculer votre nouveau tarif en maintenant votre pourcentage de dépassement :

*nouveau tarif = ancien tarif * 42,50/39*

Pour rappel, l'OPTAM est une "option" qui permet une sorte de secteur intermédiaire entre secteur 1 et 2, ouvert aux praticiens de secteurs 2 (ou de secteurs 1 qui auraient eu les titres pour demander le secteur 2 mais avaient fait le choix irréversible du secteur 1). L'OPTAM permet de coter les MPC et MCS (donc meilleur remboursement des patients que en secteur 2) et une prise en charge d'une partie des cotisations sociales sous conditions de "maîtrise des dépassements d'honoraires" (voir ci-dessous) :

<http://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/maitrise-depassements>

Pédopsychiatrie Cotation "MP" : majoration pour la consultation des enfants de moins de 16 ans : 3 euros, uniquement pour consultations à tarif opposable, quel que soit le secteur :

CNPSY + MPC + MCS + MP = 53,20€

Semi-urgence : consultation à la demande du médecin traitant ou du SAS dans les 2 jours ouvrables suivants (tous secteurs) portée à :

2 CNPSY = 85€

Avis ponctuel de consultant : inchangé. Il peut être coté sans MPC ni MCS, à la place du CNPSY, pour un patient adressé par son médecin traitant, que le praticien n'a pas vu depuis au moins 4 mois, et qu'il s'engage à ne voir que 2 fois maximum dans les 4 prochains mois (ces consultations étant alors cotées avec le CNPSY habituel). Un retour vers le généraliste doit être fait.

APY = 62,50 €

http://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam_deux-sevres_avis-ponctuel-consultant_octobre-2017.pdf

Concernant l'outre-mer :

CNPSY (=TC) passe de 46,80 à 51 € donc 2 CNPSY = 102 €

Cette avancée est due au SNPP et à AvenirSpé-LeBloc : adhérez pour nous permettre de toujours plus vous représenter ! L'avenant 9 n'était qu'un début de rattrapage, les psychiatres libéraux restent parmi les spécialistes les moins rémunérés, la pédopsychiatrie et la psychiatrie du sujet âgé gardent des tarifications désincitatives... et les négociations conventionnelles pour refondre le système commencent. Plus que jamais, votre soutien est essentiel pour nous permettre de travailler et d'agir.

Règlement de votre cotisation 2022 en ligne par carte bancaire, cliquez ici :

<http://www.helloasso.com/associations/afpep/adhesions/appel-de-cotisation-snpp-2022>

AVENIR SPÉ : Évolution. Par Claude GERNEZ

L'évolution du syndicat « horizontal » continue avec la même dynamique efficace sous l'impulsion de son Président Patrick Gasser. C'est une expérience difficile mais riche d'enseignements de mettre en place de nouvelles structures, et de travailler avec de jeunes collègues motivé(e)s. Malgré des agendas bien remplis, chaque représentant tient sa place et présente les revendications et, surtout, les propositions propres à sa spécialité au plus près de la pratique quotidienne.

Les rencontres avec les représentants institutionnels permettent de discuter l'avenir de la profession et sa difficile régulation en ces temps de pénurie médicale et de réponse des institutionnels selon lesquels les innovations sont bienvenues mais doivent s'effectuer à coût constant (à enveloppe fermée).

Les pouvoirs publics se trouvent très préoccupés de l'accès aux soins pour toutes les catégories de population, et comptent beaucoup sur les visio-consultations et la « e-médecine » pour résoudre les difficultés, mais la question de la qualité et celle de l'éthique ne sont pas toujours au premier plan.

Un travail particulièrement lourd s'effectue autour de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), au fondement des discussions avec les différentes branches du ministère, et de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance-Maladie). Il suffit de consulter les actes pour l'ensemble des spécialités pour comprendre la complexité de cette question. Pourtant, les discussions concernant les avenants ont pour base la codification des actes, et surtout, ce qui sera la grande affaire de l'année 2023 : la nouvelle convention. Il sera difficile d'obtenir à cette occasion une revalorisation du CNPsy compte tenu de l'augmentation de l'an dernier mais cette revalorisation demeure notre objectif ; nous soutiendrons aussi les propositions concernant les consultations complexes de pédopsychiatrie et de gérontopsychiatrie. Michel Jurus s'est appliqué à présenter le travail du SNPP à AvenirSpé en vue des négociations à venir, où nous serons présents. En effet, l'implication du SNPP et sa reconnaissance au sein de l'équipe AvenirSpé se renforcent au fil du travail commun.

Les contacts avec d'autres syndicats se poursuivent, par exemple des rencontres avec MGF se tiennent régulièrement ce qui permet d'envisager des convergences tant dans les négociations de la future convention que dans l'organisation de l'offre de soin. En effet, les médecins généralistes innovent en soins primaires autour de la mise en place des CPTS (communauté professionnelle des territoires de santé), ce qui a pour but de coordonner les différentes catégories d'intervenants sur une localisation donnée.

Le but d'une concertation serait d'articuler ces structures de soins primaires avec les ESS (Équipes de Soins Spécialisé, apparues dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), ces dernières visant à coordonner les soins entre spécialistes, et surtout les rendez-vous urgents pris chez un spécialiste libéral. La mise en place de ces structures, en articulation avec les ARS n'est pas simple, demande un important travail de formalisation et beaucoup d'énergie pour parvenir à les rendre efficaces au quotidien et dans la durée. Et pourtant, la cohérence voudrait que ces deux formations communiquent entre elles dans la prise en charge des patients, surtout les plus démunis.

Pour conclure, comme dans d'autres domaines de notre activité, il serait tellement plus efficace que nous soyons plus nombreux à nous impliquer !

Et la Santé Mentale des jeunes, Monsieur le candidat ? Par les présidents des organisations de professionnels et de familles

Question à Emmanuel Macron, candidat au second tour de l'élection présidentielle 2022.

Monsieur le Candidat,

Jusqu'où engagerez-vous une véritable politique de l'enfance, planifiant de façon globale l'ensemble des mesures absolument nécessaires à la santé mentale et aux soins psychiques des jeunes ? C'est la question de tous les représentants de la pédopsychiatrie comme celle de nombreux représentants des familles. Vous avez de nombreux projets pour la France. Or, s'il est un sujet que vous avez tout juste effleuré, c'est bien celui de la santé mentale et des soins psychiques des jeunes. La pédopsychiatrie est négligée depuis bien trop longtemps. La France ne peut plus accepter :

- d'assister, impuissante, à l'augmentation des besoins de prévention et de soins, à l'augmentation du nombre des enfants et adolescents présentant des pathologies psychiques et développementales graves sans pouvoir les soigner tous de la même façon,
- de proposer la plupart du temps des soins en mode dégradé, c'est-à-dire des soins insuffisants en quantité ou en diversité,
- de faire attendre ces enfants jusqu'à 18 mois pour obtenir une première consultation en pédopsychiatrie,
- de faire attendre jusqu'à 5 ans les enfants les plus troublés et souvent très handicapés une place dans un établissement spécialisé,
- de voir les moyens en santé mentale réduits en amont de la pédopsychiatrie, comme dans les écoles,
- de ne pas pouvoir former les professionnels normalement et donc diversifier suffisamment les pratiques,
- de constater quotidiennement l'épuisement des équipes soignantes, portant sur leurs épaules des responsabilités bien au-delà de leurs attributions,
- de voir ces professionnels du soin psychique quitter leurs fonctions faute d'être entendus.

La pandémie et aujourd'hui la guerre aux portes de la France sont venues aggraver la situation, déjà sous l'influence de facteurs externes aujourd'hui sérieusement étudiés comme les polluants, l'exposition excessive aux écrans, l'éco-anxiété, etc... Alors oui, vous avez commencé à vous préoccuper de cette situation tout en valorisant le modèle français du secteur en psychiatrie. Vous vous en êtes occupés de différentes façons, par des renforcements de plusieurs dizaines de millions d'euros. Cela va dans le bon sens mais ce ne sont que quelques mètres parcourus alors qu'il s'agit de courir un marathon. Vous avez ainsi commencé à vous attaquer à l'immensité du problème mais seulement par petites touches. Non, les seules mesures déjà en place ou projetées ne seront pas du tout suffisantes. La spirale négative continuera de tirer vers le bas ce que l'on peut proposer aux Français.

La France soigne seulement la moitié de ses enfants et adolescents souffrant sur le plan psychique. Un million sont soignés, pour deux millions de jeunes en souffrance. Ces soins actuellement en place coûtent 1,5 milliard à la France. Doubler ces moyens serait un minimum. Cela paraît un budget très important mais à côté du coût total de la santé mentale sur toute la vie (109 milliards d'euros en 2017), ce doublement de moyens est à considérer comme un investissement social sûr et solide d'autant qu'il est démontré que la majorité des troubles psychiques et mentaux débutent avant 15 ans, donc dans l'enfance. Cependant, il

faudra en faire plus. Il s'agira de refonder de façon sérieuse et réfléchi le système de soin en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et d'actions en santé mentale. Une refondation qui sera appuyée sur ce que le modèle français du secteur a donné de mieux, en partant d'impératifs historiques et toujours actuels : ceux de la proximité, de l'accessibilité et de la continuité en termes de prévention et de soins directs et indirects. Cette refondation est à penser raisonnablement sur une temporalité au minimum décennale, et non dans une logique à court terme. Il s'agit de travailler sérieusement à l'avenir des jeunes, adultes de demain.

Monsieur Emmanuel Macron, serez-vous le président qui engagera l'acte II de la politique de secteur et de réseau en santé mentale et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?
 Nous vous remercions sincèrement de votre réponse.

Le 19 avril 2022



Réforme de l'irresponsabilité pénale. Communiqué de presse du 29 avril 2022

Nous découvrons avec stupeur et consternation le décret N°2022-657 d'application de la loi publiée fin janvier, réformant le régime de l'irresponsabilité pénale en cas de consommation de produits psychoactifs. Dans son préambule ce décret introduit une petite phrase lourde de conséquences, précisant que l'article 706-120 du CPP s'applique « lorsque le trouble mental ne résulte pas d'une intoxication volontaire de la personne constitutive de ces nouvelles infractions, mais qu'il résulte, par exemple, de l'arrêt par celle-ci d'un traitement médical ». Contrairement au projet initial, il a été rajouté une deuxième circonstance pouvant conduire à la responsabilité du patient à savoir l'arrêt de son traitement médical.

Nous déplorons qu'un décret si lourd de conséquence pour les patients n'ait pas été concerté en amont avec les professionnels, les usagers et leurs familles. L'introduction dans ce décret d'application de la notion d'arrêt du traitement médical qui n'existe pas dans le Code de Procédure Pénale représente une régression et n'est pas admissible d'autant que le Conseil d'Etat dans son avis sur la loi rendu en juillet 2021 spécifiait sur cette question : « l'arrêt du traitement psychoactif ne pourra pas davantage être incriminé ».

Pourtant l'exécutif a choisi de pénaliser l'arrêt du traitement et établit de fait un lien de causalité entre cet arrêt et le passage à l'acte. Ce point constitue d'une part un raisonnement simplificateur concernant la dynamique d'un passage à l'acte et d'autre part ne tient pas compte du fait que les patients n'ont pas toujours conscience de leurs troubles ce qui est une caractéristique de certaines maladies mentales. L'arrêt du traitement n'intervient pas alors suite à l'exercice de la libre volonté du patient. Garder cette disposition revient à accepter de punir les patients parce qu'ils sont malades.

Cet ajout constitue par ailleurs une atteinte grave aux droits du patient. Tout patient a le droit de choisir de suivre ou non un traitement médicamenteux. De nouveau les personnes souffrant de troubles psychiques sont stigmatisées et n'ont plus cette liberté élémentaire. Cela crée une contrainte démesurée pour les patients souffrant de troubles psychiques à moins que la prochaine étape soit de pénaliser l'arrêt par exemple des traitements anti-diabétiques ou anti-épileptiques...

Nous dénonçons avec la plus grande force cette dérive inquiétante contraire aux droits et libertés, et qui stigmatise une fois de plus les personnes vivant avec des troubles psychiques.

Laurent BEAUMONT
Président de l'Association Nationale des Responsables
Qualité en PSYchiatry (ANRQPSY)

Marie BUR, Marc FEDELE, Pascale GIRAVALLI
Co-Présidents de l'Association des Secteurs de
Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP)

Jean-François CIBIEN
Président d'Action Praticiens Hôpital (APH)

Marie-José CORTES
Présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
(SPH)

Sabine DEBULY
Présidente du Conseil National Professionnel de
Psychiatrie (CNPP)

Claude FINKELSTEIN
Présidente de la Fédération Nationale des Associations
d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)

Claude GERNEZ
Président de la Fédération Française de la Psychiatrie
(FFP, Fédépsychiatrie)

Delphine GLACHANT
Présidente de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)

Thierry GODEAU
Président de la Conférence nationale des Présidents de
Commissions Médicales d'Établissement de Centres
Hospitaliers (CMECH)

Bernard GRANGER
Président du Syndicat des Universitaires en Psychiatrie
(SUP)

Béatrice GUINAUDEAU
Présidente de l'Association Française des Psychiatres
d'Exercice Privé – Syndicat National des Psychiatres
Privés (AFPEP-SNPP)

Ilia HUMBERT
Présidente de l'Association Française Fédérative des
Etudiants en Psychiatrie (AFFEP)

Christophe LIBERT
Président de l'Association des Psychiatres de secteur
Infanto-juvénile (API)

Emmanuel LOEB
Président de Jeunes Médecins

Pascal MARIOTTI
Président de l'Association des Établissements du service
public de Santé Mentale (AdESM)

Gladys MONDIERE
Présidente de la Fédération Française des Psychologues
et de Psychologie (FFPP)

Nidal NABHAN ABOU et Mathieu LACAMBRE
Co-Présidents de la section psychiatrie légale de
l'Association Française de Psychiatrie Biologique et
Neuropsychopharmacologie (AFPBN)

Annick PERRIN-NIQUET
Présidente du Comité d'Etudes des Formations
Infirmières et des Pratiques en Psychiatrie (CEFI-Psy)

Marie-Noëlle PETIT
Présidente de l'Association Nationale des Psychiatres
Présidents et Vice-Présidents de Commissions Médicales
d'Établissement des Centres Hospitaliers (ANPCME)

Carole POUPON
Présidente de la Confédération des Praticiens des
Hôpitaux (CPH)

Marie-Jeanne RICHARD
Présidente de l'Union Nationale de Familles et Amis de
personnes malades et/ou handicapés psychiques
(UNAFAM)

Christophe SCHMITT
Président de la Conférence nationale des Présidents de
Commissions Médicales d'Établissement de Centres
Hospitaliers Spécialisés (CME-Psy)

Déborah SEBBANE
Présidente de l'Association des Jeunes Psychiatres et
des Jeunes Addictologues (AJPJA)

Norbert SKURNIK
Président de l'Intersyndicale de la Défense de la
Psychiatrie Publique (IDEPP)

Olivier TELLIER
Président de l'Association française des Unités pour
Malades Difficiles (AFUMD)

Michel TRIANTAFYLLOU
Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public
(SPEP)

Pierre VIDALHET
Président du Collège National des Universitaires de
Psychiatrie (CNUP)



Activité de l'ODPC-PP, avril 2022. Par Sophie STEIN

Avec la levée des restrictions liées à la crise sanitaire, les sessions de formations organisées par l'ODPC-PP (Organisme de Développement Professionnel Continu de Psychiatrie Privée) ont pu reprendre « en présentiel », nous permettant ainsi de nous retrouver et d'échanger de vive voix à l'occasion de la Journée de Printemps à Reims, avec deux sessions DPC proposées la veille :

- « **Conduites extrêmes à l'adolescence : dispositifs et modalités d'une prévention des risques et des premiers soins** » et
- « **Partage d'informations, secret professionnel, signalement : évolution du cadre légal et questions éthiques** ».

Ces deux sessions ont été re-programmées, la première à Évian dans le cadre des 10èmes rencontres Francopsies organisées par Alfapsy, la seconde la veille de la journée de l'association Isadora à la clinique Saint Martin de Vignogoul.

Au moment de la rédaction de cet article, trois autres sessions sont programmées à Paris :

- « **Initiation à la psychosomatique relationnelle** »
avec Hélène Baudoin (11/06/2022)
- « **Patients en souffrance au travail** »
avec Olivier Brunschwig et Philippe Archain (18/06/2022)
- « **Santé mentale et migration : spécificités de la clinique avec les migrants, demandeurs d'asile, réfugiés** »
avec Françoise Labes (15/10/2022)

Pour plus de précisions sur chacune de ces formations ou pour vous inscrire, vous pouvez vous reporter aux newsletters qui les ont annoncées ou vous rendre sur le site de l'ODPC-PP ou de l'ANDPC (n° organisme 3973).

Comme annoncé dans le BIPP n°80 de décembre 2021, les orientations prioritaires (OP), définies de façon triennale pour les formations entrant dans le cadre du DPC, sont en cours de renouvellement. Une première réunion sur la campagne de renouvellement des OP pour 2023-2025 a eu lieu fin janvier, organisée par l'ANDPC et la DGOS. Les CNP sont sollicités pour participer à l'élaboration de ces OP et sont invités à concevoir des OP de spécialités, complémentaires des OP nationales, dont une première liste, qui concerne l'ensemble des professions médicales et paramédicales, était déjà établie au moment de cette réunion.

Pour la période 2020-2022, quatre grandes orientations avaient été définies, de la mise en place d'une politique de promotion de la santé incluant la prévention à l'amélioration de la coordination et de la continuité des parcours en passant par un renforcement de la réflexion éthique et de la place des usagers.

Parmi les quarante cinq fiches de cadrage élaborées par la DGOS pour 2020-2022 et concernant toutes les professions de santé, plusieurs portaient sur les troubles psychiques et les pathologies psychiatriques, deux fiches portaient sur les « TSA-TND » chez l'adulte et chez l'enfant, une fiche portait sur les pratiques addictives. Six fiches de cadrage spécifiques, définies par le CNPP venaient les compléter. Toutes les orientations prioritaires spécifiques à la psychiatrie ont été utilisées et ont donné lieu à 181 actions proposées par 50 organismes en 2020 et à 252 actions proposées par 55 organismes en 2021. Parmi ces organismes, deux sont affiliés à la spécialité : le CNQSP et l'ODPC-PP. Les actions de DPC qui ont mobilisé le plus d'inscriptions portaient sur les pratiques addictives, les troubles anxieux et dépressifs, les pathologies et risques psychiatriques liés à l'environnement, le repérage et la prise en charge des pathologies psychiatriques chez les professionnels de santé. Grâce au travail mené avec ténacité par Olivier Brunschwig et les membres de l'ODPC-PP, les formations que

nous souhaitons proposer ont pu être intégrées dans ces orientations prioritaires et leur format être validé par l'ANDPC. Ce sont ainsi trois nouvelles sessions de DPC qui ont pu être proposées par l'ODPC-PP en 2020 et 2021, malgré la crise sanitaire que nous avons traversée et le choix de poursuivre les formations en présence plutôt qu'à distance.

Pour la période 2023-2025, au moment de la rédaction de cet article, un premier document de travail avec quinze fiches de cadrage concernant toutes les professions nous a été communiqué. Parmi ces quinze fiches, aucune ne porte sur les troubles psychiques ou les pathologies psychiatriques. S'agissant d'un document de travail encore inachevé, il n'est pas temps d'en tirer des conclusions. La présentation des fiches de cadrage a été modifiée et l'accent est porté sur les objectifs de transformation des pratiques, avec des précisions sur les attendus pédagogiques : le format de l'action de formation (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles), son contenu (cas pratiques, jeux de rôles autour de situations complexes, groupes d'échanges entre pairs, outils et ce qui en est exclu) généralement les apports purement théoriques, spécifiques à une situation ou ce qui serait de l'apprentissage exclusif d'une technique.

Les fiches de cadrage spécifiques aux spécialités ont fini d'être élaborées fin avril par les différents CNP, en interaction avec les différentes associations scientifiques, sociétés savantes et syndicats qui les composent et y sont représentés. La FSM s'est mise à la disposition des CNP pour les aider à identifier des OP et à élaborer des programmes de DPC. L'AFPEP, en tant que membre de la Fédération Française de Psychiatrie, membre du CNPP, a bien sûr été sollicitée par le CNPP pour participer à la réflexion et nous avons pu faire des propositions portant sur des sujets importants comme la prise en charge de la souffrance au travail et des addictions et la place des psychothérapies dans le traitement des troubles psychiques et des pathologies psychiatriques.

L'enjeu est de taille et dépasse largement celui de la pérennité de l'ODPC-PP. Il s'agit de faire vivre et valoir, encore et toujours, la vision de la psychiatrie, du soin psychique et des échanges entre collègues qui sont les nôtres. Il s'agit aussi de défendre, avec l'AFPEP-SNPP et au sein d'Avenir Spé, les ODPC de spécialités. Afin de continuer à entretenir et perfectionner nos compétences et de transmettre nos expériences multiples, tout en préservant notre indépendance du marketing parfois agressif d'organismes spécialistes de la formation dont le nombre s'est accru à la faveur des confinements et restrictions sanitaires, avec la multiplication des propositions de formation en e-learning et « en distanciel ».

D'ores et déjà, de nouvelles propositions de formation sont à l'étude ou en cours d'élaboration au sein de l'ODPC-PP. Nous espérons pouvoir mettre en place, dans les années à venir, d'autres formes de DPC, par exemple des groupes de réflexion et d'analyse clinique. Avez-vous des idées de session DPC à nous proposer ? Toutes vos propositions sont les bienvenues. Au plaisir de vous retrouver à l'occasion de l'une ou l'autre session de DPC.

Les membres de l'équipe renouvelée de l'ODPC-PP : J. Barbier, O. Brunschwig, T. Delcourt, R. Gard, C. Gully, M. Jurus, S. Stein

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

CNP : Conseil National Professionnel

CNPP : Conseil National Professionnel de Psychiatrie

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

FSM : Fédération des Spécialités Médicales, qui réunit les CNP de toutes les spécialités médicales

GRAC : Groupes de Réflexion et d'Analyse Clinique

Tutoriel de Suppression de la fiche avis « Google My Business ». Par Jérémie SINZELLE

Suite à de nombreuses discussions à ce sujet sur les réseaux sociaux, par l'expérience et le recul que l'on peut avoir désormais sur les différentes possibilités de choix d'être visible ou non sur Internet, de manière volontaire ou non, il nous a semblé utile d'informer les collègues psychiatres privés du fait que l'immense majorité d'entre nous, sans que nous l'ayions bien sûr sollicité, sommes référencés par Google dans ses différentes filiales, notamment en recherche web, cartographie (Google Maps) et notation par les internautes sur les commerces (Google My Business). La plupart d'entre nous sommes associés à des avis plus ou moins bien adaptés à la réalité de notre pratique, quand ils ne sont pas diffamatoires. Nous pourrions en théorie répondre aux reproches qui y sont formulés, mais la jurisprudence ne nous est pas favorable (malgré notre statut de profession réglementée).

Pourtant, le Conseil National de l'Ordre des Médecins interdit cette notation à l'initiative des grandes entreprises des Internets. Tout d'abord les articles du **Code de Déontologie intégrés au Code de Santé Publique** sur la confidentialité (**article 4** : secret médical, **article 73** : documents médicaux, secret de la patientèle), mais aussi plusieurs autres : **article 5** sur l'indépendance professionnelle, **article 7** sur l'attitude non-déontologique et discriminatoire (en cas de réaction en lien avec une pathologie) qui verrait un médecin traîner un patient devant la justice, **article 19** sur l'interdiction de la publicité et l'exercice non commercial, **article 20** sur le fait que le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom et de sa qualité, **article 24** sur les actes en nature (en échange d'un avis public favorable par exemple) et avantages injustifiés, **article 31** sur le fait que les médecins qui tentent de bonne foi de répondre à ces avis risquent (au-delà de la rupture du secret professionnel) de déconsidérer toute la profession, **article 47** le droit de retrait en cas de désaccord avec le patient et **articles 60-61** le droit de se récuser en cas de divergence avec un confrère (qui pourrait être publiquement contesté par le patient), **article 91** sur les contrats d'association et les conventions entre médecins et entreprises qui doivent être transmises à l'Ordre des médecins (notamment théoriquement aussi pour ces formes de notation sur internet).

On peut se demander si on respecte en encore la déontologie médicale si on y est encore... Par ailleurs, en termes d'image, nous avons tout à perdre d'une telle marchandisation et d'une mise à disposition de notre réputation à une vindicte populaire gratuite et anonyme.

Tutoriel d'une collègue du groupe Facebook « le Divan des Médecins »

Puisque les avis Google ulcèrent partie d'entre nous et nous rendent tributaire de la malveillance des patients mécontents pour des motifs souvent plus qu'injustifiés, voici la marche à suivre.

1/ il faut, si ce n'est déjà fait, revendiquer d'être le propriétaire de cet établissement Google envoie un code d'activation par courrier postal sous 5 à 10 jours ouvrés.

2/ Aller sur l'application Google My Business et rentrer ce code on peut donc aller gérer son établissement.

3/ je déconseille de marquer établissement définitivement fermé c'est ce que j'ai fait pour mon précédent cabinet (ce qui est vrai puisque j'ai déplaqué) mais ma fiche est restée sur Google avec écrit en rouge définitivement et il paraît même que les gens peuvent continuer à mettre des avis.

4/ donc aller sur Google Maps entrer son nom cliquer dessus. Aller sur suggérer une modification. Aller sur l'item fermer ou supprimer. À ce moment-là, un menu déroulant va apparaître. Mettre LIEU FERMÉ AU PUBLIC.

Magie la fiche est supprimée dans les 24h (moi c'était effectif dans l'heure).

CLINIQUES : JOURNÉE DE PRINTEMPS 2022 À REIMS

Les crises passent, les adolescents restent. Par Thierry DELCOURT

Je ne peux m'empêcher de commencer par un hommage à Samuel Paty, professeur assassiné le 16 octobre 2020 pour avoir enseigné la liberté d'expression. Il y aura toujours des antipathies à son égard et à celui de tout républicain qui refuse l'emprise des religions et le terrorisme sous toutes ses formes, mais Samuel Paty engrange tant de sympathie d'être devenu le symbole du martyr de la République. Et comment ont réagi les adolescents dont on dit qu'ils n'ont pas d'empathie et qu'ils sont autocentrés sur leur plaisir sans pensée ni effort ? Ils ont répondu présent, pas tous mais beaucoup, avec pathos, à juste titre. Sont-ils pour autant engagés dans la défense de la liberté d'expression et de la République laïque ? Rien n'est moins certain.

Alors, paraît-il, les adolescents vont mal ? On leur pose la question, et ils disent qu'ils vont mal. Ça nous étonne ? Non car tous les Français disent qu'ils vont mal, alors pourquoi pas eux ? Relativisons, ils ne sont ni migrants ni ukrainiens. Et puis c'est quoi « les adolescents » ? Surtout pas une catégorie homogène car il y a une grande disparité de classe sociale, de culture, d'histoire personnelle et de ses événements, de filiations et d'affiliations, avec en plus le biais, dans notre approche épidémiologique, des troubles psychiques des adolescents que nous recevons. Donc, attention aux projections erronées ! Mais tout de même, ça va mal. Le taux de suicide augmente, particulièrement chez les préadolescents, et sous forme de passage à l'acte imprévisible, brutal et radical. Et pourquoi ?

La crise, oui mais laquelle ? Certes, depuis 2001, une succession de crises et de tragédies bouleverse les repères sociétaux et culturels : actes terroristes et atmosphère sécuritaire, Covid, confinement et distanciation sociale qui réduisent la construction à travers le groupe, péril écologique, immigration, expulsion de migrants, guerre qui se rapproche de l'Europe jusque-là un peu tranquille. Il y a de quoi être dérouté et anxieux. Mais c'est comme ça, presque depuis que le monde est monde, tout au moins de ce qu'on en sait : il faut que ça tue, que ça écrase, que ça fasse souffrir. Les enfants et adolescents ne sont pas en reste : quelle avidité ils ont à faire gicler le sang sur leurs jeux vidéo, à maltraiter, à cyber-harcéler un bouc émissaire, à se lancer des défis pseudo-héroïques. S'il y a des conquérants, il y a forcément des victimes, s'il y a violence, c'est aussi que la haine est aussi forte qu'elle est masquée jusqu'à exploser où et quand on ne s'y attend pas et généralement en se trompant de cible.

L'adolescence, une notion historiquement récente et occidentalocentrée. On a beaucoup disserté sur le sujet : sociologues, ethnologues, historiens, planète des psys... Si on la définit comme tranche d'âge, aucun intérêt. Si on la définit comme un processus d'appropriation créative et d'affiliation sociale et politique, certains ne la font jamais, d'autres la font tardivement, d'autres précocement sans avoir pu connaître les joies de l'enfance, pour cause d'histoire chao-traumatique et d'obligation de faire face et de se construire envers et contre tout. Alors, crise, oui, mais pas âge bête ni rébellion gratuite selon la vision péjorative de l'adolescence venant d'adultes qui ne l'ont pas faite ou qui se sont empressés de l'oublier. Bien que délicate et parfois conflictuelle, la crise sera créative à condition de la respecter.

Crise de construction d'identité, d'appropriation, de remise en question de ce qui a nourri l'ado dans l'enfance. « Qui je deviens ? Qui t'es toi, pour me dire qui je suis ? Qu'est-ce que t'as à me regarder comme ça ? » Ces questions douloureuses et fréquentes montrent que tout cela est très déroutant : le regard des autres, ce que je dois être à leurs yeux pour

ne pas être rejeté, pour espérer être aimé, voire admiré. En faire des tonnes jusqu'à s'égarer, se maltraiter et tenter de devenir autre. « Je suis bi, dans ma classe, on est tous bi », « je suis trans, non binaire », « je me suis converti ». Jusqu'où peut aller la tentative de s'identifier à soi-même dans un personnage fictif à travers le miroir de l'autre ? Jusqu'à empêcher sa propre altérité, l'élaboration de son identité singulière, la construction de son imaginaire, la capacitation créative à se projeter dans l'existence ? Comme si de la proposition sartrienne « ce que je fais de ce qu'on a fait de moi » ne restait que la servitude « ce qu'on a fait de moi » dans l'illusion d'un choix libre.

Crise existentielle, croisée des chemins, besoin de croire mais à quoi, à qui ? Besoin de construire des repères par une voie initiatique et un acte pseudo-initiatique. Pourquoi de nombreux adolescents ne se projettent pas ? Ils tiennent à l'ici et maintenant entre peur, nostalgie ou juste vivre l'instant, *no future*, « rien à foutre, j'ai pas demandé à vivre ». Il leur faut fuir pour ne pas souffrir ou fuir par crainte de se perdre, de perdre le privilège de l'enfance et d'avoir à affronter une vie pourrie. J'ai même rencontré des ados paresseux, *cool-cocon*, charentaises dans la chambre toute équipée, TV, PC, ne pas déranger. Eh non, ils ne dépriment pas, ils veulent juste qu'on leur foute la paix, ne veulent plus aller à l'école. Ce n'est pas une phobie scolaire, ils n'ont juste pas envie. Les pauvres, ils restent seuls ? Eh non, ils jouent en réseau avec leurs copains. Ils se parlent, font leur *battles*, c'est « genre cool ». Le travail ? « T'inquiète, je gère ! ». Ce n'est pas nouveau, mais cela prend une autre forme avec l'emprise du numérique et la communication virtuelle.

Crise de réalité, on peut le dire comme ça. L'adolescence en virtuel, ça ne marche pas, c'est l'illusion qui reste illusion, c'est-à-dire un ersatz qui creuse le fossé entre ce qui doit et ce qui pourrait avoir lieu dans la réalité avec ce qui se joue sans prendre de risque par écran interposé et immersion virtuelle.

Crise d'autorité, oui mais certainement pas comme le pensent les nostalgiques du père, bouleversés de ne plus retrouver leurs repères théoriques sécurisants. Désolé, la donne a changé : modèles familiaux évolutifs, tutellisation de la famille par l'administration étatique et les médias, valorisation des droits de l'enfant, lutte contre les pratiques violentes patriarcales. Oui, le père mue, l'ado mue, la mère mue mais elle sue encore. Faut pas croire, là ça n'a pas vraiment changé, elle fait tout. Sans compter que les parents ont la fâcheuse tendance à confondre la toute-puissance infantile de leurs enfants attardés et la révolte d'appropriation de l'adolescence. Cette dysharmonie d'impréparation à la frustration structurante et de défaillance dans l'élaboration expérientielle est source de tension, de malentendu, de souffrance, de violence, de court-circuit d'une jouissance que l'on retrouve dans les addictions aux drogues, aux écrans, au sexe virtuel, aux jeux vidéo violents qui parfois se concrétisent dans la fausse vraie vie, le réel, mais là, *no reset* du passage à l'acte qui marque de son empreinte sans retour.

Crise de croyance, de sens, d'espoir dans un monde qui tourne plutôt assez mal au niveau politique et écologique. Cette perspective chaotique, voire apocalyptique, est aussi responsable de la difficulté à se projeter dans un futur obscurci, bouché même lorsqu'on tente d'être aussi performant que le voudrait la société concurrentielle et sa violence sociétale débridée. « Ah il leur faudrait une bonne guerre ! ». Vous ne trouvez pas que vous avez déjà bien assez dévasté le monde et leur futur ? Pas étonnant que la voie soit grande ouverte pour un endoctrinement venant de ceux qui promettent un futur enchanté : l'emprise de Daesh, des lobbys trans, les croyances religieuses, sectaires et autres irrationalités qui se targuent d'offrir à bon compte un idéal projectif, une opportunité de croire et d'espérer.

Crise de caste, de fracture sociale, de *star & buzz* qui exacerbe la violence ou inhibe les initiatives sur le mode apathique, accablé, désabusé des incasables face aux incassables, des prolos face aux nantis, des pros face aux intellos, des imposteurs face aux légitimes, des handicapés face aux normopathes.

Il suffit d'un rien pour que la vie de l'adolescent bascule, imprévisible, avec un risque suicidaire ou son équivalent à toujours prendre en compte. La rupture sentimentale, l'humiliation, la mise au ban du groupe, l'expérience identitaire et/ou sexuelle malheureuse, la mauvaise rencontre... et voilà qu'on en vient à attaquer son corps, à se faire mal jusqu'à en mourir. Alors, comment prévenir, comment bien accompagner, comment mieux soigner ?

Et qui fait quoi : parents, milieu scolaire, amis, psychiatres, psychologues, éducateurs, forces de sécurité, protection judiciaire, c'est à chacun de tenir sa place, sa fonction et son rôle sans confusion et dans le respect de l'adolescent afin de comprendre, de cadrer, de soigner plutôt que de stigmatiser un comportement déviant. C'est ce qui permet d'anticiper une phase critique de passage à l'acte, de limiter sa brutalité, son imprévisibilité et un peu plus tard, de permettre une prévention des rechutes et récidives. Le dispositif d'accueil des intervenants et la qualité de leur rencontre avec l'adolescent et ses parents si nécessaires, sont essentiels. L'inventivité, la curiosité, une qualité d'écoute sans compromis, sans a priori ni jugement, c'est la recette pour susciter la confiance de l'adolescent mais elle est difficile à appliquer. Or, bien souvent, il n'y a pas de deuxième chance de rencontre. Attention aux interférences et à la coordination entre acteurs de soin, de prévention et avec les parents. Attention à ne pas indûment partager le secret et l'intime de l'adolescent bien que le risque de passage à l'acte oblige parfois à mettre les parents dans la boucle le plus délicatement possible. Les maladresses se soldent par un échec. Quelques exemples pour comprendre tous ces enjeux.

Onan, le sexe virtuel d'un hikikomori entouré de ses avatars

Un adolescent de 14 ans, replié sur le mode hikikomori dans sa chambre après une rupture familiale. Sa mère le laisse tranquille, elle pense qu'il ne faut pas le déranger, qu'il est juste sur ses jeux vidéo en réseau. Il est en décrochage scolaire (la tarte à la crème de la *phobie scolaire*) par besoin de repli et aussi par paresse, par refus face à un symptôme anxieux (ce qui est de plus en plus souvent allégué). Il inverse son rythme nyctéméral avec addiction numérique et virtuelle la nuit. Il accepte de consulter car je propose à la mère, venue seule, de créer un inconfort dans son repli. Oui, je suis un gêneur, donc la première rencontre est délicate et plutôt musclée. Je le détends sur le mode de l'humour et m'excuse de l'avoir dérangé. Il finit par me faire confiance et reconnaît qu'il est souvent branché sur des scènes pornographiques extrêmes qui le choquent : nain en scénario d'inceste, zoophilie, scatologie, sadisme allant jusqu'à la mort simulée ou réelle, tout ça aisément disponible sur le darknet. Il est fasciné, onaniste et ses compétences informatiques lui permettent l'immersion virtuelle concrète. Il ne s'agit pas de 2.0 ni 3.0 mais 4.0 avec immersion active dans un espace porno virtuel sur le mode du jeu vidéo. Durant la psychothérapie, je constate un écrasement de ses fantasmes par inondation du contenu virtuel porno-traumatique. Pourquoi traumatique ? Parce que la puissance de ces fantasmes préfabriqués, algorithmiques, formatés, agit en saturant son imaginaire, en écrasant, en pervertissant les représentations préexistantes. Il devient sa propre plate-forme darknet. Cela rend de plus en plus difficile son contact avec la réalité et avec les autres, jusqu'au repli total. Ce cercle infernal aggrave l'addiction vers toujours plus d'extrême. Il n'est pas prêt à y renoncer mais peu à peu, je réussis à le guider vers sa créativité mise en acte sur un autre registre, grâce à sa compétence informatique.

Lolita satanique, sexorap et michetonnage

Je reçois une lolita hypermaquillée, à peine quatorze ans, habit qui associe satanique et érotique, rouge et noir, désir gothique, clous et dentelles, accentué par un langage vulgaire. Elle a déjà plongé comme objet sexuel dans les bas-fonds du quartier. Provocante, fan de rap extrême, de mort, de sexe, elle habite une zone où la tension sociale est forte. Cette Lolita s'est forgé un personnage *buzzy* qui la dépasse. Les parents séparés sont en conflit. La mère est dépassée par les exigences de sa fille qui l'est aussi par ce défi autodestructeur. Je la reçois avant une IVG juste après une tentative de suicide heureusement sans gravité. Effondrée, elle reste provocante et arrogante. Je saisis qu'elle n'utilise pas que les réseaux sociaux mais là encore un canal *darknet* sur lequel un tuteur véreux la manipule pour poster des *clips hard*. Elle s'est gravement mise en danger et l'IVG lui permet d'appeler enfin à l'aide pour tenter de trouver une protection que ses parents n'avaient pas réussi à lui apporter.

Les garçons ne sont pas des anges et les filles, pas des oies blanches.

La phase de latence prépubère qui nous a été enseignée (déssexualisation, intériorisation, refoulement et sublimation) relève-t-elle de l'illusion de pys moralistes ou sa disparition est-elle le fruit de l'évolution des mœurs actuelles ? Certes, on n'est plus au XIXe

siècle de la Vienne freudienne figée, ni au milieu du XXe siècle judéo-chrétien pudibond, la révolution des mœurs est passée par là, mais on n'est pas à l'abri de retours d'obscurantismes religieux aliénants. Aujourd'hui, on ne retrouve que rarement cette phase de latence si tant est qu'elle existe chez les enfants et adolescents. Toutefois, les parents aiment se bercer d'illusion sur leur chérubin. Ils pensent et affirment qu'ils lui font confiance, ce qui est très confortable. L'enfant dispose dans sa chambre de la télévision, l'ordinateur, le smartphone, les écrans. Le contrôle parental, s'il existe, n'est pas à la hauteur des compétences de leur petit geek très futé. Les parents veulent se persuader qu'il n'en abuse pas et qu'il s'endort raisonnablement. Or, quand ils sont à l'aise dans la relation de soin, les enfants et adolescents avouent assez fièrement qu'ils font comme bon leur semble. Ils en parlent quand ils en souffrent après avoir visionné des clips (violence sexuelle, zoophilie, pornographie extrême, exécution...) qui les ont choqués et ont provoqués un besoin addictif à la fois scopique et masturbatoire.

Je reçois une fille, douze ans, voix fluette, visage angélique, comme dissociée par une puberté précoce qu'elle subit dans son corps maladroit. Cela la dérange d'autant plus qu'elle ne cesse de se nourrir en catimini de séquences de télé-réalité du style *Les anges, les Marseillais, la villa des cœurs brisés, les princes et princesses de l'amour...* seule dans sa chambre après en avoir vu de nombreux épisodes, petite, avec sa sœur et sa mère. Ces mises en scène conçues pour le pouvoir érotique addictif qu'elles exercent, ont pour effet de l'exciter et de la travailler en solitaire. Ses parents ne comprennent pas qu'elle soit devenue si nerveuse et qu'elle se révolte alors qu'« elle a tout ce qu'elle veut ». Ils la laissent sortir seule excepté le soir, ce qui ne l'empêche pas de se confronter à des situations de mise en danger. Très angoissée, elle a besoin d'exprimer ses expériences sexuelles éprouvantes mais il est hors de question de le révéler à ses parents. Pourtant elle devient la proie d'un cyberharcèlement de la part de prétendus copains. Ils usent d'elle comme d'un objet sexuel et la tiennent sous leur emprise. Les parents veulent croire à son adolescence précoce. Il s'agit de leur part d'un abandon sans échange, et d'un vide éducatif. Cette petite fille a basculé dans un voyeurisme encouragé par celui de sa mère et de sa grande sœur, puis ses expériences choquantes alimentées par la toute-puissance fantasmagorique de télé-réalités et de réseaux sociaux débridés et non surveillés. Triste bilan, elle a dû quitter son collège et fermer ses réseaux sociaux. Victime accusée de perversion, elle est en soin pour ses angoisses et des signes dissociatifs.

La soirée pyjama-masturbation entre garçons

J'ai soigné un garçon à l'âge de huit ans pour des pensées parasites d'actes sexuels avec sa mère et la mise en place d'un processus compulsif invalidant. Sa vie était totalement ritualisée par les obsessions et les rituels défensifs. Une psychothérapie lui a permis d'aller mieux avant sa puberté, en intégrant la possibilité d'envisager la sexualité. Je le revois à 14 ans suite à une tentative de suicide. Il a été invité chez des potes pour une soirée. Ceux-ci ont visionné des clips pornos et une soirée masturbation de groupe fut improvisée. Si pour ces adolescents, le cybersexe semblait décomplexé, pour lui absolument pas. Il s'effondre en rentrant chez lui et la machine obsessionnelle se remet en branle avec une réactivation d'images incestueuses et d'hallucinations effrayantes. Il se tape et se mutile à nouveau jusqu'à tenter de se suicider avec un couteau. La soirée a remis en scène des fantasmes archaïques sur un mode traumatique intolérable.

On ne balance pas son pote, on l'imite

Je reçois un jeune adolescent suite à une tentative de suicide. Il est scolarisé dans un établissement scolaire privé qui fonctionne sur un système d'équipe d'élèves, initiative pavée de bonnes intentions. Les tuteurs ont pour mission de soutenir les nouveaux arrivés. L'établissement a fait le choix éducatif de ne pas mettre son nez dans l'autogestion des équipes, laissant un blanc-seing aux « bonnes âmes » des plus grands, à leur générosité et leur solidarité. Le jeune refuse dans un premier temps de parler du motif de sa tentative de suicide. Je m'étais occupé auparavant de 2 cas suicidaires liés au *blue whale challenge*. Le bruit s'est répandu comme une traînée de poudre qu'il en était victime lui aussi. Après

plusieurs séances, il avoue comme une faute, insistant sur le fait qu'il n'est pas une balance, ce qu'il a subi durant deux ans, au sein de son équipe. Il raconte les humiliations sexuelles de la part des tuteurs pervers. Ceux-ci lui ont signifié que c'était à son tour de le faire subir aux plus jeunes. Il ne pouvait le supporter. Depuis le début, il était terrorisé par les menaces des grands et se soumettait à leur omerta. Impossible pour lui d'en parler même à ses parents jusqu'à sa tentative de suicide qui fut aussi un appel à l'aide. Il avait d'autant plus honte qu'il se sentait coupable, et surtout il ne voulait pas devenir à son tour un bourreau, avec l'angoisse d'activer ce fantasme par rancœur face à ce qu'il avait subi, telle une répétition morbide pratiquée de génération en génération d'élèves, passant de victimes à bourreaux dans ces équipes. Mon intervention dans ce collège dans le cadre d'une action de prévention plus globale, a obligé une direction jusque-là aveugle, à revoir sa copie. Quant aux parents, ils sont tombés de haut et n'ont rien vu venir jusqu'à la tentative de suicide. La psychothérapie a permis de mesurer la gravité du choc qui a ravagé ce jeune dans son identité, sa sexualité et ses repères moraux.

Dégenrisation : acte subversif ou mode ?

C'est très gênant quand une adolescente de dix-huit ans vient demander un certificat pour réaliser une hystérectomie. Elle en a décidé ainsi et le chirurgien n'agira pas sans avis psychiatrique. Pour elle, il n'est pas question de vivre une grossesse mais sans exclure qu'elle adopte un jour, un enfant. Si elle demande un certificat, c'est qu'elle y est contrainte par son médecin et le chirurgien qui s'entourent de précautions éthiques légitimes. Que lui répondre ? Même si je passe auprès d'elle pour un vieux réac, j'insiste sur le fait qu'elle a un corps et un inconscient et qu'il faut bien qu'elle en tienne compte dans ses prises de position. Elle répond « je m'en fous d'avoir un inconscient. Je veux cette hystérectomie, d'ailleurs, ils le font sans problème au Canada ». Prendre une décision à l'emporte-pièce risquerait de la mettre en porte-à-faux et de produire, à terme, un trouble grave qu'elle ne peut pas anticiper. Après m'avoir répondu qu'elle n'avait rien à faire de ma façon de voir les choses et qu'elle ne voulait pas y réfléchir, elle a accepté un second rendez-vous mais elle n'est pas revenue, ayant, je le crains, réussi à trouver entre temps un médecin à l'étranger et complaisant qui accèdera à sa demande.

Se faire naître trans

Ce phénomène transgenre-transidentitaire s'accroît. Depuis quelques années, je reçois de plus en plus d'adolescent(e)s qui consultent avec une demande de changement d'identité de genre. En général, ils se sont documentés grâce aux médias, aux forums Internet, et ne viennent que pour valider ce qu'ils ont déjà acté : c'est-à-dire un changement de genre en conformité avec ce qu'ils pensent être leur vécu intérieur. Ils sont persuadés que c'est la solution, la seule qu'ils ont trouvée ou que les forums leur ont dictée pour résoudre un embarrassant problème adolescent, celui d'une identité flottante en formation et d'une sexualité en confrontation avec les autres et leur propre altérité. Certes, ils expriment une souffrance mais n'acceptent pas d'autre explication à leur mal-être qu'une « erreur d'aiguillage » en niant l'existence de leur dualité inconsciente. Ils me signifient leurs droits (qu'ils connaissent grâce au lobbying d'associations très actives et prosélytes), et sont prêts à nous mettre en contact avec les associations qui les ont guidés et renforcés dans leur détermination. Ils disent leur conviction profonde de ne pas être du sexe de leur apparence mais surtout, ils vivent mal les obstacles et les contraintes pour accéder à une demande qu'ils estiment légitime. En fait, ils ont raison, ou plutôt, ils s'engouffrent dans la raison de la loi qui légifère sans prendre le temps de la sage réflexion et d'une approche démagogique autour de la notion de dysphorie de genre et de son pendant sociétal de transidentité. Posons la question : cette souffrance est-elle liée à une assignation de genre inadéquate, ou la dysphorie de genre est-elle la réponse à une souffrance identitaire ? *Trans* ou *dys*, il faut choisir. Le psy consulté est enjoint à se conformer aux préconisations réglementaires et à l'injonction du demandeur. Comment alors tenter un travail psychique autour de cette exigence, de cette conviction et de sa revendication. La conviction est, pour l'impétrant(e), indiscutable. L'analyser relève à ses yeux et à ceux de la loi, de la thérapie de conversion, la

légitimité sociale de la transidentité étant officiellement liée à sa dépathologisation par une société en pleine mutation culturelle et bioéthique.

Nous sommes donc, psychiatres et médecins, pieds et poings liés dans un paradoxe entre l'obligation qui nous est faite de recevoir ces jeunes dans le cadre de la validation de leur demande, et l'interdiction légale de les considérer en tant que patients qui présentent un symptôme susceptible d'être analysé et soigné, au risque de les stigmatiser et de tomber sous le coup de la loi. C'est d'autant plus préoccupant qu'il s'agit d'adolescents en pleine mue identitaire. Au risque de décevoir, il est prudent et nécessaire de tempérer ces demandes malgré la pression exercée, y compris parfois celle de parents qui ne refusent rien à leur adolescent en crise. Le caractère définitif d'un changement de genre, surtout s'il s'accompagne d'interventions chirurgicales, peut conduire à des souffrances plus grandes, dont des passages à l'acte d'automutilation et de suicide.

E., âgée de 16 ans, demande à me consulter seule. Elle entre tête baissée et visage fermé. Petit gabarit, ni fille, ni garçon, sa présentation androgyne unisexe donne l'impression qu'elle amorce sa puberté. Elle me tend une lettre et répond par un hochement de tête quand je lui demande si elle veut que je la lise ; ce que je fais lentement, en silence, en la regardant entre chaque phrase : « Tout d'abord, je ne veux pas que vous m'appeliez E., mais A.. Mes parents ont accepté ce principe ; ils n'ont pas le choix, car sinon je ne leur réponds plus. J'ai toujours senti que j'étais un garçon. Moi non plus, je n'ai pas le choix, pourtant je dois vous rencontrer car c'est la condition pour entreprendre les démarches de changement d'identité. Je n'ai pas envie de parler de moi. Je veux juste que vous me fassiez ce certificat ». Je lui signifie que ça ne peut pas se dérouler tout à fait comme elle le souhaite, tout en lui précisant que je suis prêt à parler avec elle. Elle est renfrognée et agacée par mes propos. Elle dit, agressive « je savais que ça se passerait comme ça ; je n'ai pas de problème, je veux juste être ce que je suis ». La séance se termine sur ces propos agacés. Elle accepte un second rendez-vous car je ne lui ai pas encore délivré le certificat, sésame de sa demande impérieuse. Je la revois la semaine suivante. Elle me regarde, et je peux observer ses traits fins et son regard noir insondable. Lorsque je l'invite à parler d'elle, elle répond « ça se discute pas, c'est comme ça ». Je lui demande quand cette évidence lui est apparue. Elle répond que ça a toujours été, qu'elle ne jouait qu'avec les garçons, fuyait les filles qui font sans cesse des histoires, qu'elle a toujours refusé les vêtements féminins qu'imposait sa mère, surtout les robes. D'ailleurs, elle ne supporte pas sa mère et quand elle a quelque chose à demander, c'est vers son père qu'elle se tourne. Elle en profite pour demander s'il peut venir à la prochaine consultation que je lui propose. Une semaine après, le père l'accompagne et conforte la demande de sa fille, qu'il appelle A. avec un certain malaise. Il voudrait que je ne la contrarie pas car, dit-il, « c'est difficile pour tout le monde ; elle est très nerveuse en ce moment ». Il me raconte qu'elle a toujours bricolé avec lui, qu'ils jouent au foot ensemble depuis qu'elle est toute petite. Il ne veut pas que sa fille soit malheureuse donc je ne peux qu'accéder à sa demande même s'il avoue que cela lui paraît compliqué. Je le confirme en expliquant à tous deux que, non seulement cette démarche est compliquée, mais qu'elle a un caractère définitif, car si j'ai bien compris, E./A. ne peut penser sa transformation autrement que totale et chirurgicale. Il faut, leur dis-je, prendre le temps de la réflexion et accepter un accompagnement psychothérapeutique. Je veux juste ralentir le processus, même s'ils précisent qu'ils ont rendez-vous dans une clinique où un médecin spécialiste de ces questions leur a été conseillé sur un forum. Je sens que la délivrance du certificat priverait l'adolescente d'un réel travail sur son mal-être, son histoire, son identité et son devenir. Je rédige donc une lettre destinée au médecin qu'elle va rencontrer en lui indiquant ma perplexité et la prudence de rigueur compte tenu de ce que je perçois de sa personnalité.

Un mois après, je reçois une lettre de ce médecin qui précise qu'elle peut entrer dans un protocole de changement de sexe mais à condition qu'elle poursuive sa psychothérapie, car lui-même a perçu la complexité de la situation. En tout état de cause, il ne pourrait agir chirurgicalement qu'après un délai de trois ou quatre ans. Satisfait, j'attends un appel d'E.. Les mois passent, puis je reçois un appel téléphonique du père, vindicatif, qui demande un « vrai certificat » car sa fille va consulter à l'étranger où là, dit-il, « on s'occupera mieux d'elle

sans l'ennuyer avec une procédure si longue et des questions ridicules ». Je lui rappelle la nécessité d'être prudent compte tenu des risques psychiques, et de ne pas s'engouffrer dans l'urgence que lui impose sa fille. Deux ans après, j'apprends par le médecin traitant qu'E. est devenue A. en se faisant opérer à l'étranger, mais qu'elle déprime sévèrement. Il prescrit antidépresseurs et anxiolytiques. Elle refuse de consulter un psy et reproche son mal-être à la profession. L'année suivante, A. est hospitalisé. Le pronostic vital est engagé. Il est lié à son anorexie sévère. Les parents me rencontrent avec un sentiment de culpabilité. Elle/il est hospitalisée trois mois et accepte une psychothérapie. Cette situation pathétique prouve le bien-fondé du parcours de soin dont le protocole exigeant, tout en respectant la demande, s'entoure de précautions et de spécialistes compétents pour parvenir à une évolution plus harmonieuse, quitte à différer ou à renoncer au changement de sexe et à la réassignation identitaire.

Lorsqu'on reprend l'histoire de ces jeunes, la voie transgenre est plutôt récente et ne correspond pas à un malaise ancien et profond lié à l'assignation identitaire, comme c'est le cas pour E. et dans des situations assez rares et que nous prenons en compte. Aujourd'hui, il s'agit plus souvent d'influence des réseaux sociaux, d'emprise de groupe, de mode tyrannique, de vouloir du prince lié à une volonté de puissance narcissique : « Je me fais naître », « je suis ce que je dis » version christique « et ce que je suis, je le décide ». Il s'agit de se faire naître, croyant se faire être, en déniait le poids de l'origine, de la réalité et de l'histoire. Il est plus facile de s'arc-bouter à un « je suis trans » qu'à un « je tente de devenir ce que je suis de ce qu'on m'a fait » version sartrienne avec sa dimension précaire, sa source d'incertitude, de mal-être et de souffrance. Sauf que « je suis trans » est une source d'égarement dans la construction d'une identité singulière. Ce qui se court-circuite à l'adolescence devient plus tard une entrave à l'existence.

Épistémé. Un soins-études sur mesure. Par Patrice CHARBIT

Épistémé est le nom du « Soins-études » à l'œuvre au sein de la clinique Saint Martin de Vignogoul.

Donner une consonance grecque à l'abord de la connaissance, de la culture, des diplômes, des projets, des horizons, de l'éducatif, un abord donc par de jeunes psychotiques ou étiquetés « état limite grave », renforçait, à notre sens, l'ambition mais aussi l'aspect processuel de l'entreprise. Il s'agissait de donner corps à un labour profond et patient. Le mot Épistémé nous a semblé adéquat et s'est imposé dès son usage.

L'idée de cette structure est née au sein de l'AFPEP-SNPP au décours d'une discussion entre Claude Gernez et moi-même voici quelques années. J'étais devant la nécessité de monter de nouveaux projets au sein de la clinique. Nous avions déjà un hôpital de jour, un CATTTP venait de nous être supprimé par l'ARS locale ainsi que les appartements communautaires. Au regard de l'adversité, l'ambiance n'était pourtant pas à l'expansion.

Cette clinique s'occupe principalement de jeunes adultes de 18 à 35 ans. Nous connaissons tous les ravages opérés sur la scolarité par la survenue d'une schizophrénie ou les péripiétés de fin d'adolescence d'un état limite grave. Donner un horizon à des jeunes, ne pas les identifier à leur pathologie, ne plus dramatiser les diagnostics, essayer de sortir les études du domaine des conflits familiaux, investir avec eux une perspective, donnait d'autant plus de poids aux soins, mais sans le dire trop ouvertement pour préserver les exigences premières de notre époque en termes de formation. Elles semblent devancer les exigences de soins dans l'esprit des tutelles, ce qui est pour le moins contre-intuitif mais probablement source d'indicateurs plus palpables. Le moins que l'on puisse dire est que cette occurrence tapait dans le mille des préoccupations de pas mal de nos patients. C'est ce qu'on appelle un projet intégratif. Tout le monde en avait pour son compte. Son succès a été immédiat.

Nous avons pu obtenir des financements de la part de l'ARS de la région Occitanie. Oui vous avez bien entendu, l'ARS nous a prêté main forte sur ce projet. J'avais rencontré des cadres de l'ARS au décours de péripiétés assez difficiles et douloureuses pour la clinique et les associations qui y sont liées. Cultiver les liens s'est montré efficace. Cela correspondait aux nécessités de tout le monde et il a été aisé de convaincre le PDG d'OC Santé, le groupe auquel appartient la clinique, Max Ponceillé, que je remercie une fois de plus de son appui, de l'opportunité du projet.

Comme vous le constatez un tel projet, de sa conceptualisation à sa réalisation et son fonctionnement pérenne, nécessite du temps et pas mal de bonnes volontés : c'est typiquement un travail de patience voire d'entêtement, de collaborations et de réseaux. Les liens et les convictions sont à la base d'une telle construction.

Pour intégrer le projet Épistémé, il est nécessaire que le patient ait un projet. Et nous avons en tête de les soutenir tous, ce qui a simplifié grandement les choses. Puisqu'il était impossible d'organiser toutes les formations sur place, elles allaient donc se faire à distance, et à partir de là tout était ouvert.

Les choses se déroulent comme suit.

Le patient obtient l'accord de son équipe soignante et fait une lettre de motivation. Il fait cette demande en moyenne après 3 ou 4 mois de traitement en hospitalisation complète, une fois l'épisode aigu stabilisé ou quand il bénéficie d'une plus grande disponibilité. Il peut également le faire à partir de l'hôpital de jour, ou de l'ambulatorio. Avoir un projet est la condition de l'intégration. Nous avons tous les cas de figure possibles et imaginables, même si la majorité des demandes tournent autour de l'obtention du DAEU (Diplôme d'Accès aux Études Universitaires), un équivalent du baccalauréat. Co-existent ainsi des parcours universitaires avec quelques master 2 et thèses, mais aussi en cours de licence, des parcours manuels, d'espace verts, d'ingénieurs, des parcours d'infirmiers, de préparation au Bac, j'en

passe et des meilleurs, mais aussi le code de la route, écrire un livre, ou chercher un projet... Nous organisons avec le patient l'ossature du projet, les cours sont à distance s'il y a lieu, nous cadrans le travail personnel, l'emploi du temps et le soutien au quotidien.

Vous l'aurez deviné, toutes les occasions sont bonnes. Ce n'est pas parce qu'un patient n'a pas identifié sa demande qu'il faille le sortir du circuit. Elle pourra se construire chemin faisant, ce qui s'est révélé également vrai pour ceux qui avaient un projet intenable et qui ont finalement abouti à un autre. Nous cultivons donc l'élan au détriment de la performance. Trop souvent définir un objectif précis ou trop satisfaisant active la pulsion de mort du patient qui dès lors se fait fort de pulvériser son projet comme il l'a d'ailleurs si souvent fait jusque-là. La performance vient de surcroît comme disait l'autre, elle n'est pas un objectif en soi.

Comment fonctionne Épistémé ?

L'équipe qui permet ce déploiement s'est étoffée au fil du temps. Une psychologue, un professeur, un psychiatre l'ont tout d'abord constituée. Puis des infirmiers sont venus assurer des fonctions de tutorat en différentes matières (français, mathématiques, histoire, anglais, informatique) enfin des salariés de la clinique se sont vus attribuer des fonctions de garant de stage (comptabilité, cuisine, secrétariats, jardinier). Toute l'institution s'en est mêlée. Le « professeur » s'occupe de méthodologie, de soutiens entre autres scolaires et d'apprentissage.

La semaine se décline sur 3, parfois 4 demi-journées de présence effective. Le lundi et le vendredi sont obligatoires pour tous, à savoir une petite vingtaine de personnes. Deux demi-groupes d'une dizaine de participants donc, choisissent entre le mardi ou le jeudi.

Cet emploi du temps permet le travail en « grand groupe », en demi-groupe, ainsi qu'en individuel. Le psychiatre intervient avec la psychologue dans l'animation du « groupe thérapeutique » le lundi. Ce travail de groupe inaugure la semaine en quelque sorte, c'est la marque de fabrique de la clinique Saint Martin de Vignogoul, il est suivi d'une séquence de régulation. Le reste de l'activité de la semaine est coordonné par la psychologue, qui rencontre également chaque psychiatre de St Martin une demi-heure pour le point hebdomadaire concernant chaque patient.

Ce projet concerne les patients hospitalisés à temps complet ainsi que les patients inscrits à notre hôpital de jour. Cela facilite d'ailleurs le passage de l'un à l'autre et donne plus de sens encore à continuer le suivi et la démarche. Il y a Épistémé du matin pour l'hôpital de jour et Épistémé de l'après-midi pour l'hospitalisation complète. Cela représente au maximum une quarantaine de patients.

Un des atouts d'Épistémé est de ne pas ignorer qu'un objectif est moins fait pour être accompli que d'être porteur. L'objectif nous aide à mieux porter le patient dans le projet thérapeutique et il s'agit, plutôt deux fois qu'une, d'accompagner souvent une désillusion sans que cela soit vécu comme une catastrophe. Accepter le jardinage alors que l'on se voyait neurochirurgien ne se fait pas en un jour. Le travail de « désidérialisation », d'atténuation de la persécution par une ambition trop étouffante, est un grand soulagement. A l'inverse il y a tous ceux qui reprennent confiance et s'autorisent des projets proportionnés à leurs possibilités ou à leurs capacités récupérées.

Il y a donc tous les niveaux possibles. Cela fait que le seul prof présent ne peut s'occuper que de méthodologie, d'accompagnement et non d'enseigner les matières en question. Les cours d'anglais et d'informatique, sont pour tous, comme le veut l'époque. En revanche, chaque participant doit s'allier à un de ses camarades pour faire cours aux autres. Eh oui, il est évident que celui qui apprend le plus est souvent celui qui prépare le cours plutôt que celui qui s'endort au fond de la classe près du radiateur. Préparer le cours à deux permet de poser des questions à son camarade, souvent celles qu'il pourrait ne pas oser poser à son professeur. Ils doivent en binôme expliquer aussi en quoi consiste leurs études et leurs choix, et préparer un exposé. L'exposé a lieu tous les vendredis. Seuls les participants au groupe y assistent et le psychiatre n'y est pas présent.

Ce projet doit à notre sens se caractériser par sa fluidité, son adaptabilité, sa capacité à encaisser la psychose et l'extraordinaire tendance à la répétition et la destructivité de celle-ci. Le cadre est fait pour être accueillant, gourmand, bienveillant, entourant, garanti même si le participant est décevant. Il se déroule sur des engagements de 5 mois renouvelables quasiment autant de fois que nécessaire. Le patient aborde parfois ses soins par Épistémé. C'est parce qu'il y a ce type de prise en charge que quelques-uns nous accordent leur confiance et consentent aux soins.

Au-delà des résultats, des désillusions, des changements de cap, de mise en attente ou des réussites, le patient a pu expérimenter la prise de parole en public, l'insertion dans un groupe, la collaboration avec ses pairs ou des soignants, la sensation d'un travail, mettre à l'abri son rapport à l'écrit, à la culture, voire ses projets.

Notre Épistémé est en évolution constante du fait des différents personnels, patients, péripéties virales ou pas, mais a su trouver son socle. Nous lui souhaitons longue vie.

Le Point Écoute Jeunes de Reims : expérience d'une psychiatre bénévole. Par Annie DOUCE

Le Point Écoute Jeunes de Reims, c'est bien.

Les Points Écoute Jeunes se sont développés en France suite à la circulaire du 12 mars 2002 du Rapport du Haut Comité de Santé Publique publié en 2002. Ce rapport a fait état en France d'un niveau élevé des indicateurs de souffrance psychique chez les jeunes et leur famille. Sur le territoire français, il existe aujourd'hui plus de 340 PEJ ou PAEJ (Point d'Accueil et d'Écoute Jeunes). Selon la Direction Générale de la Cohésion sociale, les PAEJ ont pour vocation de :

1. Prévenir les situations à risques afin d'éviter les décrochages et les ruptures chez les adolescents et les jeunes adultes.
2. Rétablir le dialogue avec leur environnement social, familial, scolaire, périscolaire, professionnel et administratif.
3. Rétablir les liens de confiance avec cet environnement.
4. Favoriser l'autonomie des jeunes et leur capacité d'initiative et d'action.
5. Permettre aux adolescents et adultes jeunes et leur entourage d'exprimer leurs questions, leur mal-être, d'en comprendre le sens et de formuler des questions et des demandes.
6. Favoriser pour tous les adolescents et jeunes adultes accueillis, l'accès aux Droits Communs en les accompagnant auprès des organismes dédiés.
7. Construire et animer un réseau partenarial (professionnels et acteurs) efficace et de proximité garant de l'atteinte des objectifs.

Les PEJ constituent une réponse pour prévenir les ruptures de parcours.

Un état des lieux en 2005-2007 met en évidence en Champagne-Ardenne des faits indicateurs du mal-être des jeunes :

1. Un tiers des Champardennais entre 12 et 15 ans présentent des troubles de l'humeur et de l'anxiété.
2. 16% une tristesse et une souffrance importante.
3. 6% présentent des pensées suicidaires.
4. Le taux brut de mortalité pour les 20-24 ans est supérieur en Champagne-Ardenne comparativement au taux français.
5. L'usage de l'alcool et du tabac est de 18% pour l'alcool contre 13,6% en France. 31% des garçons et 27,9% des filles fument du tabac.

Le PEJ de Reims est le fruit d'un groupe de travail dans le cadre du Contrat Local de la Souffrance Psychique qui a regroupé plus d'une vingtaine d'organismes de 2011 à 2014. La ville de Reims ouvre en février 2014 le PEJ de Reims avec le concours de nombreux partenaires qui assurent en partie le financement (EPSDM de la Marne, Service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent du CHU, Centre d'accueil et de soins aux toxicomanes, Association Addictions France). Le territoire de son action recouvre la ville de Reims, les jeunes rémois et les jeunes travaillant à Reims ou fréquentant un établissement scolaire ou universitaire rémois. Les jeunes du Grand Reims, non financeur, en sont normalement exclus.

Le PEJ de Reims est donc un lieu d'accueil et d'écoute pour les jeunes de 11 à 25 ans, leurs parents, les professionnels et les institutions. Il propose un accueil et une écoute confidentielle, immédiate, voire même anonyme. L'accueil se fait avec ou sans rendez-vous, quatre après-midis par semaine. Les entretiens peuvent être uniquement téléphoniques ou en présentiel. Les jeunes, même mineurs, peuvent venir à l'insu de leurs parents, c'est dans les textes. Nous n'avons pas rencontré jusqu'à présent de difficultés juridiques à ce sujet.

L'anonymat est exceptionnel, l'écoute se limite alors à un entretien ou est levée au deuxième. Les entretiens peuvent être individuels ou familiaux.

Le travail ne doit pas être un travail de psychothérapie ou médical. Il se veut non spécifique bien que l'équipe de Reims soit essentiellement psy : deux psychologues, un infirmier psychiatrique, thérapeute familial, un psychiatre, une assistante sociale et une éducatrice spécialisée en addictologie. Les psy sont présentés comme des « écoutants », ce qui facilite sans doute les prises de contact. Ils ont pour mission d'accueillir et d'écouter les jeunes et leur famille et d'orienter. Quatre à cinq entretiens doivent être suffisants pour aménager une situation. Mais nous nous autorisons à recevoir plus longuement les jeunes.

Le PEJ de Reims est un lieu-relais pour les professionnels qui travaillent auprès des jeunes et facilite le travail en réseaux notamment dans le cadre des Rencontres Echanges Partenariat (REP) organisées par le PEJ trois fois par an. Cela marche particulièrement bien même si cela a été freiné par la covid. C'est très apprécié. Nous avons par exemple, reçu le Centre de planification des naissances, la Maison de la Famille, la Brigade de gendarmerie de prévention de la délinquance, l'ARETAF (Association Régionale d'Etudes, de Thérapies, d'Aides à la Famille et d'Actions de Formation), qui est affiliée à des fédérations nationales, la FENAMEF (Fédération Nationale de la Médiation Familiale), et l'APMF (Association pour la Médiation Familiale).

Des réunions de rencontres ont lieu avec les différents acteurs, sur leur lieu de travail ou au PEJ. Elles sont particulièrement intéressantes, par exemple : le CMPP, le CMP van Gogh, la Passerelle de Châlons, l'infirmière de Sciences Po, la responsable des infirmières scolaires à l'inspection académique. Elles se sont poursuivies pendant le confinement. Une fois par mois, a lieu une réunion de « reprise » des cas cliniques et des activités avec deux Psychiatres des Hôpitaux. Par la variété des situations que nous rencontrons, le maillage partenarial est un atout indispensable dans l'accompagnement des jeunes.

Si aujourd'hui, nous sommes connus par le bouche à oreille, nous sommes visibles sur Internet (sites de la Ville et du PEJ), par des courriers réguliers adressés aux établissements scolaires, aux professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens), par des articles dans le journal local et le Petit Hebdo du vendredi, gratuit, ou le journal municipal. Deux campagnes d'affichage par an nous sont offertes par la Ville sur les panneaux d'affichage. Les affiches, créées par la ville, sont particulièrement jolies. Un des points forts de notre pratique est le délai de prise en charge : l'attente pour être reçu est au maximum de 7 jours.

Deux comités techniques ont lieu chaque année, réunissant les responsables de la Ville de Reims (adjointe au Maire, chef de projet, etc.), de l'ARS, de la Pédopsychiatrie, de l'EPSDM, de l'ANPAA, du CAST, de la CAF, de la Mutualité française. Un rapport d'activité est émis chaque année.

Si nous sommes satisfaits de l'écoute et de l'accompagnement des jeunes par les entretiens individuels et satisfaits du maillage avec les partenaires, des missions faisant partie du cahier des charges des PEJ ne sont pas remplies. Nous manquons cruellement de moyens, car nous n'avons qu'une antenne principale, dite permanence d'accueil, rue Eugène Wiet, à côté de la Maison de la Vie Associative. Nous n'avons jamais disposé d'antennes territoriales dans les quartiers prioritaires, les établissements scolaires, etc. Nous n'avons pas d'équipe mobile, ni d'itinérance par un bus. Nous ne disposons que d'un Equivalent Temps Plein et demi au lieu de trois minimum dans les textes. De plus, les postes sont précaires car toujours en CDD depuis 8 ans, ce qui ne fidélise pas le personnel.

Nous déplorons l'absence d'un secrétariat dédié, ce qui absorbe beaucoup du temps des écoutants qui doivent assurer eux-mêmes une permanence téléphonique, 4 après-midis

par semaine. Le projet « d'aller vers » décrit dans la Charte des PEJ est inexistant, nous n'allons pas vers les populations invisibles, celles qui ne consultent pas. J'en ai fait la remarque lors de mon premier Conseil technique en 2017. Rien n'a changé depuis.

Les adolescents et les jeunes adultes des quartiers prioritaires représentent 16% de la fréquentation du PEJ alors qu'ils sont plus nombreux dans ces quartiers que dans le reste de la ville. Les interventions de prévention dans les collèges sont très limitées. Un projet élaboré vers une maison de quartier voici quelques années a été retoqué par la Ville de Reims et n'a pas vu le jour. Nous n'animons pas de groupes de paroles. Le « Petit Café » en était une expression mais n'a vécu que quelques années.

Une démarche vers la structure « Appel à la loi » de la Ville de Reims pour les décrocheurs scolaires n'a pas été suivie d'effets. Certains PEJ s'appuient ou sont jumelés avec des Maisons d'adolescents. Ce n'est pas le cas à Reims, mais une réflexion a débuté sur ce sujet. En 8 ans, 1250 jeunes ont fréquenté le PEJ, dont 189 l'an dernier. Que doit-on penser de ces chiffres ?

Depuis 5 ans, j'apprécie toujours les rencontres avec les jeunes et leurs familles, les rencontres avec les partenaires et les échanges avec les collègues.

J'ai découvert une clinique liée à Internet. Il existe un cyber-harcèlement et en particulier une nouvelle sexualité des jeunes sur les réseaux sociaux qui va grandissante depuis le confinement. Les jeunes disposent d'un téléphone portable à leur entrée en 6ème. Ils se portent sur les sites pornographiques et essaient de reproduire ce qu'ils y voient. La clinique est toujours la même. Des jeunes filles de classe de 5ème ou de 4ème sont adressées par le Direction de leur collège, car leur photo dénudée tourne sur Internet. Un petit ami, copain de classe ou un ami qu'elles n'ont jamais vu, avec lequel elles s'entretiennent sur Internet, leur demande une photo dénudée. Elles fournissent cette photo par crainte de ne plus être aimées. Lors d'une rupture, le garçon envoie la photo sur Internet, sur un site, Story, où la photo tourne pendant 10 heures, puis est effacée, le temps de la capter et de la transmettre à d'autres sites. Le lendemain, dans la cour, les garçons se montrent la photo avec des commentaires obscènes. L'information arrive aux adultes de l'établissement qui préviennent les parents. Si ceux-ci sont tourmentés, les jeunes filles sont étonnamment insensibles à ce qui se passe comme si tout cela était dans le virtuel et sans conséquences dans la réalité. Face à ce *revenge porn*, les parents suivent les conseils des établissements et se dirigent vers la police pour porter plainte, et vers le PEJ. Souvent, la police n'enregistre pas la plainte, en disant que cela est sans effet. Parfois le jeune est convoqué à la gendarmerie et fait l'objet d'une « remise aux parents ». La police n'est pas en état d'effacer les photos mais des Associations, comme par exemple e-Enfance, s'en chargent avec succès.

Tout un travail de prévention, de mise en garde, est mis en place.

Cette clinique m'a bien intéressée. Bref, le PEJ de Reims, c'est bien.

Les passerelles et médiations éducatives à l'adolescence.

Par Sébastien DELVAL

Je suis éducateur spécialisé depuis une vingtaine d'années et à peu près autant formateur en travail social. Je suis installé en libéral depuis près de 8 ans et je reçois en cabinet les familles avec enfants et adolescents qui rencontrent des difficultés éducatives et relationnelles.

Le métier d'éducateur spécialisé est connu mais certainement mal connu puisque la question qui nous est d'emblée posée c'est « tu es spécialisé en quoi ? ». La réponse est simple puisque nous sommes spécialisés en éducation, c'est-à-dire que nous accompagnons les personnes vulnérables, souvent en souffrance, à trouver quelle place ils souhaitent et peuvent prendre dans cette société. Et pour les ados cela reste une question quasi intemporelle. Pour ma part, je ne fais pas d'activités avec les adolescents et je n'adhère pas à l'expression de « techniques éducatives » qui feraient des éducateurs spécialisés des rééducateurs ou encore des ortho-éducateurs. Il me semble que c'est délaissé de plus en plus la clinique éducative, certainement parce que celle-ci est inconfortable et incertaine. Je préfère donc le terme de médiations éducatives qui me semble-t-il dit quelque chose de la posture éducative.

Je vous propose dans un premier temps de définir ce que sont les médiations éducatives et dans un second temps de vous présenter mon travail de passerelle et de médiation auprès des adolescents et de leurs parents pour vous partager ce qui me semble être des risques actuels de l'adolescence.

Les médiations éducatives sont généralement définies comme des supports à la relation. Joseph Rouzel les définit « *comme un espace où s'opère la relation d'aide* ». Relation d'aide qui consiste avant tout, pour nous autres éducateurs, à prendre soin et non pas à soigner. Effectivement la relation éducative n'est pas la relation thérapeutique, même si elle peut participer aux effets thérapeutiques et en cela être complémentaire. À l'Institut Régional du Travail Social de Champagne-Ardenne où j'interviens, les médiations éducatives dont Catherine Fourdrignier, art-thérapeute et formatrice, a la responsabilité sont pensées à la fois comme ce qui permet la rencontre et ce qui constitue l'action du projet éducatif. Ces médiations peuvent être artistiques, culturelles, sportives, littéraires, numériques, et j'en passe. Elles visent à permettre l'expression de difficultés, d'émotions, de questionnements souvent mal élaborés sur lesquels l'éducateur va s'appuyer pour construire une relation de confiance, qui par de nombreux aspects peut être comparée à une forme de tutorat pour ces adolescents.

L'éducateur spécialisé, contrairement à de nombreux adultes, parents, enseignants, et même intervenants professionnels de l'adolescence, se doit d'abord de ne pas avoir oublié ni même trop refouler sa propre adolescence. Il y a souvent peu de hasard dans le choix d'un métier de la relation d'aide. Cela veut dire que l'éducateur spécialisé est en mesure de faire preuve d'empathie, d'éprouver ce par quoi les adolescents sont traversés sans se laisser lui-même submerger par leurs émotions. D'ailleurs aujourd'hui nombre d'ados se disent empathes, un terme qu'ils m'ont appris. Comme s'ils étaient malades de trop s'occuper des autres et peut-être pas assez d'eux-mêmes.

Alors la médiation éducative que je privilégie, c'est pour cela que je reçois les ados et leurs familles en cabinet dans le cadre d'entretiens que l'on pourrait qualifier de psycho-éducatifs, n'est pas une médiation qui s'appuierait sur une activité manuelle par exemple, puisqu'il s'agit d'une médiation par le langage. Je peux utiliser d'autres médiations comme le théâtre forum (par exemple avec une compagnie de théâtre nous menons des actions de prévention du harcèlement scolaire et du cyberharcèlement) mais ce n'est pas ce dont je vous parlerai ici. Médiation par le langage veut dire que je parle longuement avec les ados et souvent pour les ados. Dans le cadre des premières consultations, je peux parler 30 à 45 minutes sans que l'adolescent n'ait besoin de décrocher un mot, malgré bien souvent

l'insistance de ses parents. A la première consultation je rencontre toujours ses parents seuls, ainsi ils peuvent vider leur sac pendant 1 heure, hors sa présence surtout qu'ils ne sont pas toujours très tendres à l'égard de ce que leur fait leur ado : c'est le fameux « Qu'est-ce qu'il nous a encore fait ? » Et puis, suivant la situation, je propose aux parents de les revoir de nouveau seuls ou pas (parfois les parents reprennent du service sans que j'ai besoin de rencontrer leur ado ce qui souvent les étonne eux-mêmes, c'est du soutien à la parentalité relativement classique). Rencontrer parfois plusieurs fois les parents sans leur adolescent cela lui permet de se rendre compte qu'il y a du changement chez ses parents et attise sa curiosité au point que bien souvent il fait la demande lui-même pour venir en consultation. J'explique le moment venu à l'ado ce que j'ai compris de leur relation familiale, de ce qui fait nœud, du fait qu'ils ne comprennent pas et surtout du fait qu'il ou elle ne comprend pas bien ce qui lui arrive. Alors à première vue, dit comme ça, on pourrait penser que l'éducateur se la raconte et que c'est un peu présomptueux ! En fait il s'agit de raconter à l'ado ce que lui-même n'arrive pas à penser et donc à comprendre pour pouvoir définir des pistes d'amélioration, des objectifs à atteindre.

Par exemple cette jeune fille de 14 ans, traversée par des questions d'orientation sexuelle et récemment hospitalisée suite à une tentative de suicide, lorsque je lui dis : « je parle beaucoup, j'espère que cela ne te prend pas trop la tête » elle me répondra : « non, non, lorsque vous parlez, vous réfléchissez pour moi et ça me fait du bien car mes émotions m'empêchent de penser en ce moment ».

Pourquoi ce choix de médiation par le langage ? Parce qu'en fait, la clinique éducative m'a permis de comprendre qu'il y aurait comme une condition adolescente, notamment pour ceux d'entre eux qui souffrent. En effet, si on prend véritablement la peine d'écouter les ados, alors qu'est-ce qu'ils nous disent ? C'est très simple. La première chose c'est « tu comprends jamais rien ! », la seconde c'est « ça sert à rien ! » et la troisième, alors c'est au choix, soit « tu me saoules ! » ou « ça prend la tête ! ».

A cet instant l'ado et ses parents, et plus généralement les adultes en situation d'éducation (notamment au collège) sont au bord d'une rupture de communication mais aussi de rupture de lien. Il n'est pas rare que l'équipe pédagogique du collège ne le supporte plus et se soit liguée contre lui, au point où bien souvent ils ont atteint un point de non-retour. Il me semble que c'est un risque majeur, très sous-estimé et peu pris en compte au motif qu'il ou elle fait sa crise d'ado et que cela va passer. Parce qu'au lieu de maintenir le lien et prouver à l'ado que l'on fait face, que l'on tient, on va multiplier les rejets, les abandons, les démissions. Alors que la clinique éducative me permet d'envisager qu'il ne s'agit pas d'une crise d'adolescence mais plutôt d'une crise des parents d'adolescents. Celle qu'auparavant on appelait la crise de la quarantaine et qu'au vu du recul de l'âge où on a le premier enfant, elle a tendance plutôt à survenir vers la cinquantaine.

L'adolescent a besoin que l'on comprenne ce que lui-même subit sans comprendre, il a besoin de débuts de réponses à des questions que souvent il n'est même pas en mesure de se poser, de formuler. Et les punitions qui lui intiment l'ordre de se soumettre ne l'aident pas à respecter les règles et ne font qu'accentuer son ressentiment vis-à-vis des adultes.

L'éducateur peut se permettre de penser pour l'adolescent et de lui proposer un sens à ce qu'il ressent ou encore de préciser ses émotions, et c'est sur cette base que se noue la relation éducative. « Je crois que j'ai compris quelque chose pour toi, veux-tu que je te le partage ? »

Ainsi ce garçon de 15 ans que je rencontre pour la première fois, regarde sa mère, se retourne vers moi et me dit : « En 30 minutes, vous venez de me dire ce qu'aucun adulte n'avait réussi à m'expliquer ».

Bien évidemment, la passerelle est posée et l'important c'est que le sens de ce qu'il vit, il va le préciser ou le redéfinir lui-même au fur et à mesure parce qu'il va reprendre son développement en pouvant de nouveau penser, mais également en verbalisant ce qu'il a peur qu'il lui arrive par exemple. A ce stade, l'éducateur devra identifier ce qui relève d'un travail thérapeutique pour l'adolescent et ce qui relève d'un travail éducatif en lien direct avec sa famille car il ne s'agit pour l'éducateur de jouer au psy.

Immanquablement, cet état adolescent engendre toutes sortes de risques dont les différents intervenants ont parlé aujourd'hui : conduites à risques d'ordre sexuel ou addictives, entrée dans la délinquance, agitation extrême qui empêche notamment l'accès aux apprentissages scolaires, dépression voire décompensation psychique, exposition sur les réseaux sociaux et peut-être dans une proportion moindre, l'isolement et le repli sur soi. Ces risques sont actuels et modernes dans le sens où d'une part ils tendent à ne plus être genrés, garçons ou filles, et qu'ils sont très vite changeants. Les actions de prévention menées sont très souvent en retard d'une ou plusieurs années. On voit très bien cela dans le champ des toxiques avec l'apparition de la CE, la cigarette électronique. Alors que la population française découvrait à peine le CBD (cannabidiol) qui n'est pas euphorisant au sens où il ne « défonce » pas, certains adolescents fabriquaient déjà eux-mêmes un faux CBD liquide appelé « *buddha blue* » ou encore « PTC », pour pète ton crâne, constitué de cannabinoïde de synthèse équivalent à environ 80 % de THC, la molécule illégale du cannabis. Ce faux CBD étant incolore et inodore, ils peuvent le consommer n'importe et en présence de n'importe qui ! De nombreux jeunes, notamment ici à Reims, et parfois même des classes entières de lycéens se sont retrouvés aux urgences dans des états critiques.

Autre exemple, en 10 minutes il est possible en regardant un tuto sur Youtube, de débrider sa trottinette électrique, normalement limitée à 25 km/h, pour qu'elle atteigne les 70 km/h et bien plus parfois. Cette semaine à Bordeaux un jeune adulte a été arrêté en état d'ivresse sur sa trottinette dont la Police s'est rendu compte qu'elle pouvait rouler à 120km/h. Donc même la Police en perd son latin puisque aujourd'hui on peut acheter du « shit » ou de la « beuh » au supermarché, à la seule différence qu'ils contiennent moins de 2 % de THC. Il n'est pas étonnant que les adultes en situation éducative et notamment les parents soient complètement perdus.

Bien évidemment ces risques actuels sont à mettre en lien avec la question intemporelle de la transgression et ces transgressions ne se font pas « sans tambour ni trompette ». En tant qu'éducateur, j'y vois l'espoir d'une ressource importante chez l'adolescent que l'on peut tenter de mobiliser différemment pour changer cet état. Et c'est toute la difficulté ! Comment l'étayer pour qu'il lâche ce symptôme sans qu'il s'effondre complètement, le travail en lien avec la pédopsychiatrie est ici incontournable !

L'accompagnement éducatif des familles, par cette mise en mots, est aussi une passerelle vers le soin psychique car le cadre éducatif avec sa fonction contenante et sécurisante est un préalable à l'élaboration psychique des parents et des adolescents. Ce cadre éducatif est bien du ressort de l'éducation spécialisée.

Actuellement, en consultation je retrouve deux problématiques récurrentes pour les adolescents :

- l'incapacité pour les parents de tenir voire même de définir et poser un cadre éducatif, souvent conséquent à cette injonction sociale d'être de bons parents et surtout des parents bienveillants,
- une angoisse de subir le même sort que ses parents (maladie, mort), conséquente à des non-dits et secrets familiaux.

Pour la première, il s'agit souvent d'aider les parents à redéfinir un cadre avec des limites claires et sécurisantes. Tout en sachant que l'ado a besoin de transgresser un tant soit peu ces limites, d'une part pour se différencier de ses parents et d'autre part pour vérifier que le cadre tient. Effectivement, il n'y a rien de plus insécurisant de croire que l'on peut faire ce qu'on veut et que personne ne va nous arrêter ! C'est généralement exprimé maladroitement par les ados avec le fameux « Mais ça sert à rien tout ça ! » qui vient signifier aux adultes par exemple que les punitions, en tant que châtiments corporels et privations (notamment de téléphone portable, console, sorties, etc.) n'ont aucun effet si ce n'est de développer des stratégies d'évitement de la punition. Stratégies qui se manifestent majoritairement par les mensonges.

La première mesure que doivent prendre les parents c'est d'arrêter toutes les punitions en cours, puisqu'ils le disent d'ailleurs eux-mêmes : « on a tout essayé, on l'a puni de tout, ça ne change rien ! » Effectivement ce ne sont pas les punitions qui font le cadre mais ce sont les règles et les limites. C'est d'autant plus compliqué lorsque la fonction parentale est exercée

par une seule personne (et c'est souvent la mère qui s'y « colle »), ou encore lorsque les deux fonctions parentales sont déséquilibrées et que l'ado vient se cogner sur un pôle plutôt autoritariste, et à l'opposé sur un pôle plutôt laxiste. C'est souvent ce mouvement qui crée l'agitation du jeune. Je me souviens de ce jeune de 13 ans qui un jour de décembre est passé au cabinet en portant un sac en plastique dont il a sorti deux manettes et m'a dit : « comme vous me l'aviez proposé, je viens vous confier mes manettes de jeu car ma mère n'a pas réussi à le faire... » Il est repassé deux mois plus tard pour les récupérer en me disant : « C'est bon je sais que maintenant je vais pouvoir gérer ». C'est assez rare mais il a dû lui-même se responsabiliser pour devenir autonome, au sens étymologique du terme qui est du droit de se donner ses propres règles, puisque sa mère, elle-même en difficulté, ne pouvait lui garantir ce cadre éducatif.

Seconde problématique, et pour certains ados elle a été réactivée et amplifiée par la crise COVID, c'est une sorte de fatalité liée à la maladie ou la mort d'un parent, d'un proche qui n'ont pas été parlées. Ceux-ci présentent une certaine déprime, ils peuvent avoir une relation amoureuse, des relations amicales et de loisirs mais ne s'y projettent pas. En revanche ils sont capables, lors de grèves de bus, de venir à pied en consultation depuis l'autre bout de la ville en marchant pendant plus d'une heure. Ce n'est pas tant que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue mais encore une fois : « ça sert à rien ! » et ici en l'occurrence ça ne sert à rien de faire des projets. Par exemple ce jeune de 15 ans, d'aspect grand gaillard, intelligent mais pas intéressé par l'école (ce qui est plutôt cohérent puisque « ce que tu apprends à l'école ça te servira pour plus tard, avoir un bon métier, une bonne situation »), qui avait une petite amie depuis de nombreux mois, mais ne se projetait pas. Son père est décédé au tout début du collège et sa mère n'a jamais pu lui en dire vraiment quelque chose tellement elle a été anéantie elle-même. Le seul élément qu'il a pu glaner ici et là c'est que son père était malade.

Quand, pour les enfants et les adolescents, il manque des morceaux de l'histoire pour lui donner un sens global, ils inventent, imaginent ce qui leur manque. Souvent avec une connotation grave, dangereuse, voire catastrophique (puisque'on leur a caché, c'est que ça doit être grave). La médiation éducative par le langage a consisté, d'une part, à lui expliquer que sa situation n'était pas isolée. Que chaque ado éprouve la même crainte lorsqu'on ne lui a pas expliqué les choses et que très souvent sa crainte peut se formuler ainsi : « si c'est arrivé à mon père et que je suis son fils, c'est que cela va m'arriver aussi ». D'autre part, la médiation a consisté à accompagner sa mère qui ne savait pas ce qu'elle pouvait dire. Puis, en consultation, il a pu poser les questions qu'il souhaitait à sa mère, et celle-ci a pu lui répondre de manière sereine et paisible.

En 2018-2019, plusieurs ados que je recevais en consultation ont subitement perdu leur père ou leur mère suite à une crise cardiaque. Alors parfois on a l'impression que le sort s'acharne. Ce même ado en rentrant du lycée a trouvé son beau-père décédé dans un fauteuil du salon. Cet événement a fait traumatisme et la médiation éducative ici ne répondait plus à ses besoins. En revanche, il a de suite accepté de pouvoir poursuivre quelque chose de ce travail avec un psychologue. Il n'était plus question de : « ça ne sert à rien ! ».

Voici ce que je souhaitais partager avec vous de ma vision des risques actuels de l'adolescence et comment l'accompagnement éducatif des familles avec ses passerelles, ses médiations, peut pleinement participer à un mieux-être des adolescents et contribuer à sa manière aux prises en charge thérapeutiques, et notamment pédopsychiatriques.

Sébastien Delval, éducateur spécialisé en exercice libéral

Le genre dans le cabinet du psychiatre. Par Anna KONRAD

Intervention aux Journées de Printemps à Reims le 2 avril 2022

Après un aperçu de la teneur du concept de genre à travers *Trouble dans le genre* et *Défaire le genre* de Judith Butler, nous évoquerons des occasions de rencontres des psychiatres dans leur pratique « généraliste » avec le genre. Publié en 1990 aux États-Unis, *Trouble dans le genre* a été traduit seulement en 2005 en français. Rédigé à l'intention d'un public universitaire, l'ouvrage a connu un succès mondial. La richesse foisonnante du texte dans la construction critique du concept de genre sera hors de mon propos, je vais simplement évoquer, dans un but de conversation et de débat, ma lecture de la figure et du discours de Judith Butler, qualifiée récemment de « *plus grande philosophe contemporaine* » sur France Culture dans l'émission du matin. (1) Lors de sa réception du prix Adorno en 2012, Judith Butler a développé dans un petit texte intitulé *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?*, l'idée que la dignité d'une vie, quelque désaxée qu'elle puisse être aux yeux des autres qui ne peuvent s'y reconnaître, réside dans la capacité de pouvoir manquer à quelqu'un et d'être pleurée. (2) Fille de parents émigrés juifs allemands partis avant la catastrophe du vieux continent, Judith Butler a vécu une enfance dans plusieurs langues. A la réception du prix Adorno, elle identifie dans les vies qui ne réussissent pas à s'inscrire dans une case du genre binaire de l'hétérosexualité dominante ces vies que l'on ne pleure pas... affirmant que la démocratie « *doit comprendre [...] la rencontre des sans deuil dans l'espace public, afin qu'ils puissent faire apparaître leur existence et la requête de vies vivables, ou, plus simplement d'une vie avant la mort.* » Judith Butler s'oppose frontalement dans ce texte à Hannah Arendt, qui distingue la vie privée, protégée et cachée au sein du foyer où l'on peut se retirer, et la vie publique qui est le domaine de la parole, de la visibilité, du rayonnement public. Les vies privées ont pour Judith Butler une valeur politique dans la mesure où la Cité ne les reconnaît pas, ce sont les vies des esclaves, des migrants, celles des morts en Méditerranée, des sans-abris, des minorités sexuelles privées de soins...

Dans *Trouble dans le genre*, Judith Butler pose l'instabilité fondamentale de la catégorie « femme » dont elle démontre le caractère construit. Cela lui permet de critiquer un féminisme où l'identité préexiste à l'action politique, approche reconduisant pour elle la différence sur laquelle est fondée la domination. Dans *Défaire le genre*, paru en 2004, prenant en compte les critiques, elle rétablit dans une certaine mesure les catégories binaires pour l'usage : les rapports de pouvoir existants sont finalement un motif politique de ne pas éliminer les catégories H/F par une débinarisation trop affirmée. Ce sont les rapports sociaux de pouvoir employant ces catégories qui sont à travailler et à modifier.

Le modèle binaire dominant est selon Butler porteur d'un non-sens contre lequel chacun se défend en permanence : « *l'existence d'un sexe stable est présumé nécessaire à ce que les corps fassent corps et aient un sens, un sexe stable traduisible en un genre stable et qui soit défini comme une opposition hiérarchique par un service obligatoire : l'hétérosexualité* ». Elle donne une lecture de cette hétérosexualité comme une obligation à la performance continue pour y affirmer son existence et sa valeur, ce qui use avant tout ses défenseurs, les piliers du système chez qui elle voit volontiers une défense maniaque. L'instabilité de la catégorie éloigne logiquement Judith Butler d'une identité dans les lettres LGBTQI, et elle a pu se définir comme non binaire. Elle s'est fondamentalement opposée à l'essentialisme des identités et des orientations sexuelles, même si avec le temps elle a pu dire qu'elle reconnaissait ces démarches. (4) La communauté n'est pas le rassemblement des « mêmes », mais le lien dans la différence de chacun. Elle propose de passer d'un discours sur l'identité à un discours situant la problématique dans les pratiques de signification permettant de reformuler la capacité d'agir à partir de ces pratiques, la capacité d'agir (*agency*) étant un concept fondamental dans la culture américaine en rapport avec la réalisation de soi. Pour Butler, les identités dépendent de leur « *invocation continue et*

répétée » mais il doit être possible de créer des nouvelles fictions. Ces nouvelles fictions commencent dans *Trouble dans le genre* par celle du *drag* : la performance du drag qui fait la femme en mobilisant la catégorie pour en révéler le caractère construit. Butler confie dans *Défaire le genre* qu'étudiante elle passait ses journées à lire Hegel et ses soirées dans un bar où se produisaient ces performances drag qui lui faisaient penser qu'elles faisaient la femme mieux qu'elle ne saurait elle-même jamais le faire. C'est plus tard qu'il lui est venu que la féminité lui était fermée à jamais dès le départ. Ainsi, dans la capacité d'agir, il faut voir « *la possibilité d'une variation sur la répétition* » et l'ouverture de nouvelles possibilités en matière de genre qui contestent les codes rigides des binarités hiérarchiques. Déstabiliser radicalement les normes du genre qui soutiennent la répétition sert à mettre en question les rapports de pouvoir qui font perdurer l'oppression. La performance du drag est une sorte de « *politique du désespoir qui soutient l'exclusion apparemment inévitable des genres marginaux* » (5) et ouvre à ce prix des nouvelles possibilités...

Judith Butler conceptualise le genre comme performance liée à une perte originelle qui ne manque pas d'avoir une proximité structurelle avec la mélancolie, s'appuyant notamment sur sa lecture des auteurs psychanalytiques. En contrepoint, elle pose comme un droit la liberté d'avoir le genre que l'on souhaite. La non-fixité dans un genre, la fluidité, le changement de genre sont des droits fondés sur le fait que nous sommes toujours dépossédés d'une partie de notre autonomie par ce que nous ne sommes pas, et notre autonomie est ainsi défaite. C'est en passant par cette dépossession que nous pouvons participer à une large fabrique sociale de l'existence afin de nous créer. (6) Le monde social signe donc notre hétéronomie constitutive mais ce monde social doit changer pour que notre autonomie soit possible : « *ce changement ne peut venir que d'une recrudescence d'actes collectifs et diffus n'appartenant à aucun sujet précis mais qui seuls permettent que l'on agisse comme sujet* (7) ». Nous entendons dans cette phrase programmatique un appel à l'émancipation collective.

Après cette tentative d'introduction sur la figure de Judith Butler, faisons un saut jusqu'à la psychiatrie, à laquelle une large part est donnée dans les préoccupations de la philosophe.

Le trouble dans le genre dans la nosographie et dans les demandes cliniques

Je ne remonte pas vers le transsexualisme considéré comme une psychose ayant suscité dès l'origine la question de la possibilité d'un transsexualisme non psychotique. Je vais évoquer la présence du genre dans les classifications diagnostiques puisqu'elle implique la place d'où les psychiatres sont sollicités. Les changements de nom témoignent de constructions successives différentes. Le « *transsexualisme* » apparaît en 1977 dans la CIM-9 avec une distinction entre transsexualisme et « *trouble de l'identité sexuelle de l'enfance* », le transsexualisme étant défini comme le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé perdurant au moins deux ans et sans trouble mental. Même chose dans le DSM-III en 1980. Dans le DSM-IV publié en 1994, il n'y a plus de transsexualisme, le « *trouble de l'identité sexuelle (TIS)* » apparaît dans l'enfance ou bien à l'âge adulte, auquel s'ajoute un inventaire à la Prévert habituel aux classifications, les intersexués présentant une dysphorie de l'identité sexuelle, des travestissements transitoires dus au stress, et enfin des préoccupations persistantes pour la castration sans désir d'acquérir les caractéristiques de l'autre sexe.

Dans le DSM-5 paru en 2013, traduit en français en 2015, le terme consacré est « *dysphorie de genre* » (dans un premier temps nommé incongruence de genre) : incongruence marquée entre un genre exprimé/vécu et un genre assigné, durant au moins 6 mois. Les critères descriptifs sont introduits par le mot « *désir* », un désir pratiquement nu, sans aucun symptôme de malaise psychique nécessaire. Il peut y avoir le « *désir* » d'être débarrassé des caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires du genre assigné, ou

d'empêcher leur survenue, le « désir » d'obtenir les caractéristiques de l'autre genre, d'être de l'autre genre, d'être traitée comme de l'autre genre. La dépathologisation réclamée par les usagers est présente dans le choix des mots même s'il reste une psychiatrisation du fait de la présence du diagnostic dans le DSM. Il y a un critère B concernant la détresse associée à l'incongruence ou inadéquation mais l'incongruence peut exister sans le critère de détresse et dans ce cas le problème posé au sujet, c'est la société face à ce qu'il est. Remarquons cependant que pour le psychiatre Thierry Gallarda, la dysphorie qui conduit à une *Sex Reassignment Therapy* (SRT) n'est pas dissociable d'une souffrance, il interprète le diagnostic en termes de « *souffrance, malaise (d'intensités variables) qui naissent de l'éprouvé d'une divergence entre sexe biologique et genre* (8) ». Remarquons aussi que dans cette phrase, il suppose le genre comme une essence ou une identité. Les perspectives d'accompagnement notamment psychologiques viennent donc répondre à cette souffrance. L'accompagnement s'organise autour de la question de l'éligibilité au traitement hormonal et/ou au traitement chirurgical, toujours évaluée dans le cadre d'une *Réunion de Concertation Pluridisciplinaire* (RCP) trimestrielle qui réunit l'ensemble des acteurs médicaux, à savoir endocrinologues, chirurgiens et psychiatres ainsi que les psychologues qui ont reçu le patient. Les situations délirantes seraient rares et celles où un risque d'effondrement dépressif ou suicidaire est perceptible avant ou pendant la transition orientent vers un accompagnement psychologique ou psychiatrique. Une psychothérapie est toujours recommandée. La SRT peut comporter un traitement hormonal, chirurgical et un blocage de la puberté est possible.

Le « *trouble de l'identité sexuelle (TIS)* » du DSM-IV offre l'occasion de mesurer la critique de Judith Butler à l'encontre du pouvoir psychiatrique. Dans *Défaire le genre*, publié en 2004, elle préconisait l'utilisation stratégique du diagnostic pour bénéficier de la prise en charge que les classes défavorisées et moyennes ne peuvent pas se payer (coût d'une transition aux États-Unis : environ 70 000 €). Elle critique le discours implicite du DSM qui suggère une connaissance possible de l'identité à partir du comportement. (9) Son argumentation se base toujours sur l'impossibilité de percevoir le sexe indépendamment de la matrice culturelle dans laquelle est plongée le sujet. Il est donc impossible de différencier le désir d'appartenir à l'autre sexe des bénéfices sociaux considérés comme dévolus à l'autre sexe, distinction que fait le DSM. Elle critique le béhaviorisme en remarquant que si les bénéfices sociaux présidaient aux décisions d'un sujet, les forces en faveur de la conformité prendraient le dessus. L'identification de genre n'est pas déductible du comportement et des attitudes visibles de quelqu'un, par exemple de l'intérêt d'un garçon pour une poupée Barbie comme dans un exemple du DSM-IV. Ce qui est au contraire remarquable dans les jeux changeants auxquels peut se livrer un garçon autour d'une telle poupée c'est plutôt qu'il ne soit pas fixé dans son rapport à celle-ci : est-ce qu'il s'y identifie, est-ce qu'il l'aime, est-ce qu'il l'utilise... ? Le garçon exerce ainsi une interrogation critique du genre en tant que tel.

Les critères d' « *inconfort persistant* » et de « *sentiment d'inadéquation* », les signes de « *désarroi* » et d' « *altération du fonctionnement social* » font l'impasse selon Butler sur la question de savoir si le problème ne provient pas des normes en matière de genre. Elle reproche au DSM d'ignorer que les normes sociales puissent induire le malaise de l'individu. Ce malaise peut bien découler du fait que le jeune transgenre désire vivre d'une façon qui déroge aux conventions sociales et elle déplore que la violence sociale, le risque de meurtre même auquel sont soumis ces personnes ne sont pas considérés comme facteur de son isolement éventuel. La conclusion de Butler est que « *le DSM représente les normes de genre et tente de les imposer* (10) ». Elle plaide pour que les personnes transgenres soient elles-mêmes les thérapeutes et diagnosticiens s'il faut faire un diagnostic et demande que « *les institutions légales et financières reconnaissent combien il est essentiel à notre bien-être et à notre épanouissement en tant qu'être corporel "d'avoir le genre que l'on souhaite"* (11) ».

A-t-elle été entendue ? L'idée développée par le psychiatre Thierry Gallarda, celle d'une « *variance dimensionnelle du genre* » s'incarnant dans la notion de dysphorie et « *répondant à de multiples causes possibles individuelles, environnementales et sociologiques* (12) » revient à identifier une essence du genre particulière à l'individu, loin de

la tentative déconstructiviste initiale de Butler. Cependant, la dysphorie de genre du DSM-5 peut littéralement consister dans le problème que la société rencontre face à un sujet qui défie ses codes usuels. La performance subversive peut s'incarner dans une déclaration sur papier libre et cette déclaration ferait obligation aux autres de s'y conformer, si nous nous reportons à la mise au point du défenseur des droits en juin 2020 (13) (*Décision-cadre 2020-136 du 18 juin 2020 relative au respect de l'identité de genre des personnes transgenres*). La libido impliquée dans le « *faire la femme* » des pionnières trans a fait aussi long feu. Le changement de sexe concerne la conduite sociale dans son aspect normatif. Dans la même décision-cadre, une attestation sur l'honneur circonstanciée et caractérisant un intérêt légitime devrait être suffisante pour le changement du prénom et de la mention de sexe sur l'état civil. (14) Le défenseur des droits appelle en outre à l'inclusion scolaire (ce qui a conduit à la circulaire du ministre Blanquer en septembre 2021 préconisant l'utilisation du prénom et du pronom choisi par l'élève dans les établissements scolaires) (15), il demande aux employeurs de créer un climat inclusif, à tous les établissements existants de modifier l'inscription des personnes transgenre, il demande aussi la prise en charge par la Sécurité Sociale du recueil et de la conservation des gamètes. L'histoire semble aller dans le sens « *d'avoir le genre qu'on souhaite* ». Mais remarquons avec Pierre Henri Castel que « *le genre n'est plus un opérateur de dénaturalisation et d'historicisation du sexe ; il devient plutôt lui-même quelque chose à historiciser et relativiser sociologiquement* (16) ». La question s'est déplacée. La valeur subversive du défi posé à travers la déconstruction du genre au système du pouvoir, tel qu'il est a trouvé une issue dans la victoire légale de la théorie du genre et l'histoire, ne se termine pas là. La question posée par Pierre-Henri Castel mérite de s'y arrêter : les effets sociaux d'une culture du « *genre qu'on souhaite* » s'orientent-ils du côté d'un « *individualisme ultra-libéral complètement psychologisant* », revêtu « *des oripeaux de la subversion révolutionnaire* » ?

Les psychiatres restent pour l'heure sur la route de la transition lorsqu'elle comporte une intervention médicale sur le corps. Chaque psychiatre peut rencontrer une demande en ce sens. Cette demande peut être d'écoute et de soutien, à condition de permettre l'engagement sur le chemin d'une transformation de sexe. Sur quoi se fonde le psychiatre de ville, j'en ai fait partie, pour donner une réponse, sa réponse, à une telle situation clinique ? Que peut-il faire de ses préférences, s'il en a, pour une société où le changement de sexe médicalisé pour tous ceux qui le souhaitent serait facile, ou au contraire pour une société qui s'opposerait à une telle facilité ? Est-il en mesure de prendre en compte l'aspect médical, psychologique, subjectif ? Va-t-il à travers la demande qui lui est adressée se positionner en tant que sujet de sa conviction, ou l'écouter et l'explorer avec celui ou celle qui la formule ? L'éthique, ici, est-elle médicale ? Dans ce cas, il conviendra de se conformer à la déontologie, et donc à l'état des connaissances qui représente le consensus social en cours. Si son écoute est psychanalytique, orientée par une éthique du sujet, comment peut-il répondre à une demande qui le place en tant que pouvoir médical ? Dans sa petite usine théorique, quelle conception se fait-il ou elle du genre, dans quelle relation au sexe, dans quelle relation à la condition de sujet ? Quelle est son idée de l'autonomie d'un jeune sujet, par exemple d'un adolescent et encore plus d'un enfant, dont la parole recueillie est une demande d'être de l'autre sexe ? Sur ce plan, la réponse médicale en faveur de transitions de genre précoces, largement médiatisée par le film *Petite fille* de Sébastien Lifshitz (2020), passe superbement au-dessus de l'immaturation psychique du jeune âge qu'une approche attentive aux processus de développement interdit d'ignorer. (17) Il est intéressant de noter que, dans le champ médical, le refus d'intervenir irréversiblement, donc de façon barbare, sur des enfants, implique désormais de passer par un appareil de références scientifiques justifiant l'abstention. (18)

RÉFÉRENCES

- ***Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion***, préface d'Éric Fassin, traduction de Cynthia Kraus, La Découverte, Paris, 2005. Ouvrage original : *Gender Trouble : Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, 1990.
- ***Défaire le genre***, traduction de Maxime Cervulle, Éditions Amsterdam, Paris, 2006 ; nouvelle édition augmentée, 2013. Ouvrage original : *Undoing Gender*, Routledge, 2004.

NOTES

- (1) <http://www.franceculture.fr/emissions/linvitee-des-matins/combats-en-tous-genres-judith-butler-est-linvitee-des-matins>
- (2) J. Butler, *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?*, Ed. Rivages, coll. Poche, 2020.
- (3) J. Butler, *Trouble dans le genre*, Ed. La découverte, coll. Poche, 2006. p.66, note 6.
- (4) <http://www.franceculture.fr/emissions/linvitee-des-matins/combats-en-tous-genres-judith-butler-est-linvitee-des-matins>
- (5) Ibid., p 273.
- (6) J. Butler, *Défaire le genre*, Ed. Amsterdam, 2016, p 143.
- (7) Idem.
- (8) <http://congresfrancaispsychiatrie.org/dernieres-actualites-sur-les-dysphories-de-genre/>
- (9) J. Butler, *Défaire le genre*, Ed. Amsterdam, 2016, p 134.
- (10) Idem. p 142.
- (11) Idem. p 143.
- (12) <http://congresfrancaispsychiatrie.org/dernieres-actualites-sur-les-dysphories-de-genre/>
- (13) <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2020/06/10-recommandations-pour-faire-valoir-les-droits-des-personnes-transgenres>
- (14) Idem.
- (15) <http://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>
- (16) Pierre Henri Castel, *Quelques questions à rouvrir à partir du problème « Trans »*, Le Carnet Psy, déc. 2021, n°248,
<http://carnetpsy.fr/quelques-questions-a-rouvrir-a-partir-du-probleme-trans>
- (17) Voir à ce sujet le site Observatoire de la petite sirène
<http://www.observatoirepetitesirene.org>
- (18) Voir également l'article D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al. One Size Does Not Fit All : In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* 50, 7–16 (2021).
<http://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

L'impunité. Par Patrice CHARBIT

Si le crime est issu du sentiment de culpabilité, s'il lui donne un prétexte et permet une tentative de se dérober de son ressenti envahissant et obscur, s'il lui succède, le sentiment d'impunité, pour sa part, accompagne et précède le crime.

L'objet de la culpabilité serait ainsi inconscient, en quête d'élaboration ou de résolution, tandis que l'impunité serait contemporaine du passage à l'acte, sans nécessité d'après-coup pour la cerner.

Pourquoi évoquer l'impunité ? Parce que son examen éclaire des conjonctures inquiétantes devenues quotidiennes et que le sentiment de culpabilité n'étouffe visiblement pas ses auteurs.

Radicalismes, violences, forfaitures, « libération » de la parole et des injures, désinformation, mensonges, acharnements et persécutions, harcèlement, attaques en meute, négationnismes, idéologies nauséabondes, religieux et sectes fanatisés, corruption, malversations, mépris de la citoyenneté, de la démocratie et du collectif, bien des éléments viennent nous signifier des mouvements massifs dans le cadre qui nous régit et l'apparition d'une brutalité obscène, se réclamant de la liberté d'expression, exigeant l'impunité voire déniait le crime.

L'impunité n'est pas systématique ou aussi fréquente que certains médias le prétendent, bien heureusement, mais que cela vient-il dire de « l'air du temps » ou des dérives en cours ?

Sans doute que, tous autant que nous sommes, nous n'habiterions plus le même monde.

Nos espaces respectifs seraient déterminés par des règles différentes voire incompatibles, le champ commun serait abandonné et la vergogne des uns serait l'impunité des autres.

Sur le plan métapsychologique, le passage d'une pensée collective à des idéaux communautaristes n'est pas sans conséquence. Le citoyen laisse ainsi place au « membre » et l'altérité est dévoyée dans le sens où l'autre devient notre identique et la différence se retrouve dénoncée comme « étrangère » voire chosifiée. Il n'a plus de statut issu de l'égalité mais de celui du miroir.

De nouveaux rapports de force se constituent, s'essayer à de nouvelles hiérarchies, pariant sur la prétendue « apathie pleutre des démocrates ». A quoi bon « mourir pour Dantzig » comme l'écrivirent ceux qui devinrent collabos et voulurent généraliser leur soumission à tout un pays, afin de moins la constater sans doute.

Beaucoup d'entre nous avancent que nous sommes au bout d'une logique, ce qui donnerait licence à ne plus respecter des règles essouffées et à revendiquer de facto une impunité en cas de manquement ou de transgression. C'est également ce qui survient quand la légitimité d'une autorité est dénoncée, parce que défaillante, corrompue ou déclarée comme telle. Le mode de représentation démodé ne devrait pas, selon la nouvelle morale, entraver le pulsionnel élevé à la dignité de « révolutionnaire ou de disruptif ».

Le temps est à faire de la place à des exigences « conceptuelles » et économiques instantanées. En gros, l'embarras suscité par des règles devenues encombrantes suffirait à les délégitimer et à autoriser le passage à l'acte voire la violence envers les plus affaiblis,

minoritaires ou « étrangers à la cause ». Nous passerions d'une logique valable pour tous à la défense d'intérêts particuliers ou claniques.

C'est l'environnement, les conditions du moment, qui font un crime possible, ainsi certains événements font croire qu'un crime restera impuni.

C'est évident en temps de guerre, de dictature ou de catastrophe, c'est tentant quand la justice est d'un autre monde et que Dieu choisit les siens, c'est forcé quand l'autre est une chose ou d'une « dignité inférieure », c'est souvent garanti quand c'est « en col blanc ». Le possible anonymat des auteurs est de surcroît un terrain non négligeable. La seule justice reconnue alors est celle de l'individu ou du clan et non celle du collectif. C'est la fin de l'universalité.

Cela peut être également le cas dans des moments de transition, de panique ou de chaos. Le système vacille et tout semble permis le temps de l'installation d'une nouvelle stabilité.

Or notre instabilité est permanente. Les économistes semblent avoir besoin que tout soit toujours sur l'établi et toute stabilité est suspectée de régression, de régression ou d'être rétive au progrès voire au marché, le crime absolu comme chacun sait. La question n'est plus celle de l'adaptation mais de l'immédiateté de la soumission.

Mais pour ce qui nous concerne, la psychiatrie, si dépendante de la sociologie du moment, est-elle détruite en toute impunité ?

Le moins que l'on puisse dire est que la charge est violente, destructrice, obstinée, systématique, que le soin est devenu une « production » régie au même titre que les autres.

Un rouleau compresseur s'est acharné sur la psychiatrie publique et un autre se renforce sous nos yeux contre la psychiatrie privée.

La volonté de transformer le système est furieuse. Le « soin psychiatrique libéral » doit, selon de stricts critères voire par décrets, s'appuyer sur la prévention, de nouveaux acteurs si possible non-médecins, une « démocratie sanitaire », des experts, des recommandations, des territoires, des plateformes, de nouvelles organisations spatiales et techniques, l'obligation de dénigrer les « anciens savoirs », une formation permanente calibrée selon les nécessités du marché, la croyance quasi religieuse dans le numérique et l'intelligence artificielle.

L'impunité n'est pas même évoquée devant tant d'évidences bureaucratiques ; le crime, s'il est parfois effleuré dans des discours, serait de salubrité publique et nous devrions nous extasier devant tant d'ingéniosité. Tout mécontentement ne serait qu'une forme de conservatisme.

Adieu le colloque singulier. Paix à son âme, sur le bûcher, avec Freud bien sûr.

En attendant le passage à la vitesse de croisière de cette vaste réforme, les idéologues culpabilisent les retardataires, probablement parlent-ils de nous, à qui ils s'approprient à faire porter la responsabilité d'un échec qui s'annonce, et pour cause... Va falloir des coupables.

Nous allons devoir recourir à des trésors d'inventivité pour continuer à soigner dans un tel contexte.

Quelques mots sur l'intérêt d'une enquête sociologique auprès des patients. Par Anna KONRAD

Situation du problème : nous partons d'un cadre, celui du SNPP, Syndicat National des Psychiatres Privés, dont les adhérents se consacrent surtout à une pratique quotidienne en se sentant généralement peu concernés par des protocoles de recherche. La science vient cependant nous chercher, en quelque sorte par l'implication grandissante de la politique dans notre pratique, la politique elle-même se voulant guidée par la science. Jusqu'à redéfinir les contours de nos métiers...

Ces nouveaux contours consisteraient à adopter un point de vue « populationnel » en assurant la transition de la pratique actuelle du psychiatre de ville vers la responsabilité d'un plus grand nombre de patients. Le changement s'orienterait vers une responsabilité de diagnostic-prescription-orientation à la place d'une responsabilité thérapeutique personnelle auprès de chacun d'eux en se rapprochant également de la situation de la psychiatrie dans d'autres pays européens. Se trouve visée la pratique psychothérapeutique du psychiatre libéral en France qui ne devrait plus être à terme qu'une partie mineure de son activité.

La psychiatrie libérale française s'ajusterait à un paradigme biomédical pour lequel les interventions agissent de l'extérieur sur quelque chose de cassé, d'altéré par rapport à un fonctionnement normal sans affecter le sujet. Ce paradigme adosse sa légitimité sur la médecine fondée sur les preuves qui renseigne sur les effets des traitements médicamenteux et des interventions physiques et psychothérapiques, en évaluant des symptômes et des registres fonctionnels prédéterminés. Dans cette optique (il s'agit de gain fonctionnel et non de changement subjectif), l'objectivité et la délégation des tâches semblent raisonnables et souhaitables.

Le bénéfice serait patent du point de vue d'une santé publique basée sur la quantification, qui compare l'efficacité calculée des actions à leur coût. Il serait alors cohérent et souhaitable que les psychiatres se tournent vers une logique « populationnelle » en augmentant considérablement le nombre de leurs patients, en proposant des orientations vers des pratiques et des méthodes psychothérapiques effectués par d'autres professionnels et dans un petit pourcentage des cas par eux-mêmes. L'approche « populationnelle » recherchée est rattachée à une conception biomédicale de la psychiatrie.

Sur le plan scientifique, l'abord biomédical est mis en question à l'intérieur et à l'extérieur de la psychiatrie académique, sans effet sur les politiques en cours. Les approches psychanalytiques, avec leur prise en compte de la dimension unique et singulière de la psyché et du temps propre à la subjectivité, sont « science-compatibles » mais écartées d'une politique du « problème-solution » (1). L'approche biomédicale, avec l'évaluation quantitative des projections de coût/bénéfice, quelque discutable qu'elle se révèle à l'examen, constitue un dogme technologique (2). Tout soin est rapporté à ce paradigme technologique et à ses possibilités théoriques de résultat quantifié.

Alors que dans le champ de la santé partout s'effondrent les structures assurant l'accès au soin et à la solidarité, le paradigme technologique sert d'agenda politique à des transformations majeures politiquement présentées comme des solutions. Le secteur psychiatrique est à l'agonie (3). Le texte de loi concernant les CMPP est en cours de réécriture. Si, comme cela est à craindre, leur socle de référence est dénié et leurs missions redéfinies sans prise en compte des professionnels sur le plan national après l'expérience régionale de la Nouvelle Aquitaine, les CMPP n'existeront plus (4) (5). Une même inspiration technologique devrait conduire à remanier les conditions d'exercice de la psychiatrie libérale.

Quel poids peut avoir le point de vue des professionnels face à de telles orientations ? La politique de ces dernières années ne nous a pas habitués à une large concertation avec les représentations professionnelles sur les décisions les concernant. Quelles sont les positions de chacun devant ces perspectives ? Nous allons vers une transformation de grande

ampleur de nos conditions d'exercice d'ici peut-être quelques années, alors qu'une majorité de psychiatres actuellement en activité s'approcheront de la retraite ou y seront déjà. Souhaitons-nous défendre la pratique d'une psychiatrie indissociable de la psychothérapie ? C'est défendre l'exercice d'un métier difficile, complexe, médical mais pas seulement, qui fait place à l'inconscient agissant dans nos affects, symptômes et conduites, un métier intégré dans une culture et construit au long d'une histoire dans un espace géographique donné.

Prendre part à la solidarité et assumer une dette à la collectivité est une chose. Adhérer à un paradigme technologique du soin en est une autre. Les psychiatres et leurs patients peuvent trouver une autre voie.

Les patients réels demandent une psychiatrie du lien sans se soucier d'être diagnostiqués ni traités au dernier cri d'une technicité dont ils questionnent les limites et les promesses. Le « psy » pour eux est celui qui les écoute et les entend. Le « mauvais psy » celui qui ne les a pas entendus. Souvent, ils souhaitent ne pas prendre des médicaments ou arrêter ceux-ci lorsqu'ils en sont devenus dépendants. Le citoyen usager de la psychiatrie de ville ignore encore largement quelles transformations sont en jeu le concernant. Ce sont Monsieur et Madame tout le monde, ainsi que leurs enfants et adolescents, avec toute la gamme des difficultés psychiques qui les conduisent dans les cabinets. Informer sur le réel en leur donnant la parole pourrait être l'objectif d'une enquête sociologique à mener avec l'appui de la SNPP et de ses adhérents.

Il pourrait s'agir d'une démarche descriptive de l'expérience de la consultation psychiatrique avec le concours d'un collectif de psychiatres. Elle représenterait un enjeu autre que celui des essais standardisant la population étudiée et les faits cliniques à observer car elle donnerait la parole aux usagers sur les effets qu'ils ont trouvés dans un traitement ou sur un chemin de plusieurs rencontres thérapeutiques. Un tel travail ne peut être mené que dans un cadre pluridisciplinaire en sciences humaines avec la collaboration de chercheurs non psychiatres.

Je vois deux directions :

- Enquête avec un grand nombre de psychiatres : ce qu'ils font, ce qu'ils pensent qui marche, quelle est leur perception de leur utilité...
- Alliance avec les patients. Inclure les patients dans un travail pour rendre visible la réalité de chaque processus thérapeutique. Donner la parole à ceux qui font concrètement leur chemin avec l'aide des interlocuteurs que nous sommes.

(1) G. Visentini, L'efficacité de la psychanalyse, un siècle de controverses, PUF, 2021.

(2) World Health Organization, Guidance on community mental health service, 2021

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf>

Voir notamment la critique des résultats de l'approche biomédicale tout au long du document et au chapitre Research, p. 215

(3) Benjamin Weill, 6 octobre 2021, Santé : « La psychiatrie de secteur, publique ou associative, disparaît en vérité », Le Monde (Tribune),

http://www.lemonde.fr/idees/article/2021/10/06/sante-la-psychiatrie-de-secteur-publique-ou-associative-disparait-en-verite_6097313_3232.html

(4) Pétition « NON À LA DESTRUCTION DES CMPP »

<http://chnq.it/hQpgbaXqjN>

(5) Pascale Fauveau, Traiter n'est pas soigner, quelques lignes pour dire ou redire des fondamentaux pour une psychiatrie acceptable, 9 août 2020, le Club de Médiapart,

<http://blogs.mediapart.fr/pascale-fauveau/blog/090820/traiter-nest-pas-soigner>

Secret professionnel (2). Partage de secret ou partage d'informations ? Par Sophie STEIN

L'expression « *secret partagé* » est assez répandue dans le champ médical, médico-social et social. On retrouve cette expression sur le site de la MACSF, sur celui du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et dans de nombreux articles. Mais qu'en est-il dans la loi ?

1. Les dérogations au secret prévues par la loi.

La loi définit certaines situations dans lesquelles le médecin peut être autorisé à déroger à l'obligation de secret professionnel qui est la sienne. Ces situations sont des exceptions à la loi, ou autorisation d'infraction. Elles sont définies dans l'article L226-14 du Code Pénal. Dans ce même article, il est précisé à qui le médecin peut révéler, dans chacune de ces situations, l'information à caractère secret qu'il détient. Selon le cas, il s'agira de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), du Procureur ou du Préfet. Il est précisé aussi si l'accord de la victime et son information sont requis ou non pour effectuer cette révélation.

L'article L1110-4 du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit deux situations qui s'ajoutent à celles énumérées dans l'article 226-14, dans lesquelles le médecin peut déroger au secret professionnel : en cas de diagnostic ou de pronostic grave et en cas de décès. Dans ces situations, le médecin peut délivrer une information à des personnes (famille, proche, personne de confiance dans la première situation, ayants droit dans la seconde situation), à moins que le patient ne s'y oppose ou ait exprimé une volonté contraire avant son décès.

2. L'échange ou le partage d'informations.

Ce même article, créé par la loi dite Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de soin, introduit en droit la notion d'échange ou partage d'informations entre professionnels du soin.

Cinq ans plus tard, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance introduit la possibilité pour les professionnels du soin d'échanger et de partager des informations avec des professionnels du secteur médico-social et social dans le domaine de la protection de l'enfance.

Cette possibilité d'échange et de partage d'information sera ensuite étendue aux domaines de la prévention, du suivi social et du suivi médico-social par des modifications successives de l'article L1110-4 du CSP.

Dans le domaine de la protection de l'enfance, les conditions du partage d'information sont définies par l'article L226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) ; il est possible, entre personnes soumises au secret professionnel, s'il a pour finalité « *d'évaluer une situation individuelle ou de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier* ». Ne doivent être partagées que les informations strictement nécessaires à la mission de protection de l'enfance. Les tuteurs légaux de l'enfant et celui-ci, en fonction de son âge et de sa maturité, doivent être préalablement informés.

3. L'évolution du cadre légal protège-t-elle des condamnations disciplinaires, pénales ou civiles le médecin qui signale, transmet une information préoccupante, partage ou échange des informations ?

En juin 2021, un article publié sur « *Le Média Social* » revient sur trois décisions de justice, un arrêt de la Cour de Cassation et deux arrêts procès par le Conseil d'État.

L'arrêt de la Cour de Cassation (pourvoi n°20-86.000) confirme le non-lieu prononcé par le juge d'instruction suite à la plainte de la mère d'un enfant à l'encontre de deux médecins pour violation du secret professionnel. Pour la Cour de Cassation comme pour le juge d'instruction, l'accusation de violation du secret professionnel ne peut être retenue à l'encontre

de ces médecins qui ont partagé des informations à l'occasion d'une réunion, dans la mesure où l'ensemble des conditions prévues dans l'article L226-2-2 du CASF étaient réunies.

Les deux arrêts prononcés par le Conseil d'État annulent des interdictions temporaires d'exercice prononcées par le CNOM à l'encontre de deux psychiatres qui avaient signalé à plusieurs reprises des suspicions de violences sexuelles exercées par leurs pères sur des enfants.

Dans le premier arrêt, le Conseil d'État considérant que les signalements adressés par le psychiatre au Juge des Enfants qui était déjà saisi de la situation ne constituaient pas, à eux seuls, un motif suffisant pour caractériser un manquement aux dispositions légales et justifier une sanction disciplinaire lève l'interdiction d'exercice d'un mois prononcée par le CNOM.

Dans le second arrêt, le Conseil d'État rappelle qu'un signalement transmis par le psychiatre au Procureur pour l'alerter « *sur des faits présumés de violence sexuelle au préjudice d'un enfant (...) et susceptibles d'être attribués à son père* » n'est pas un certificat médical. Et que si un certificat médical ne peut être rédigé que sur la base des éléments médicaux constatés par le médecin, il n'en est pas de même d'un signalement (ou d'une information préoccupante) qui a pour objet de transmettre aux autorités administratives ou judiciaires « *tous les éléments utiles qu'il (le médecin) a pu relever ou déceler dans la prise en charge de ce patient, notamment des constatations médicales, des propos ou le comportement de l'enfant et, le cas échéant, le discours de ses représentants légaux ou de la personne accompagnant l'enfant* ».

À propos de la décision de la Cour de Cassation, Virginie Fleury, rédactrice juridique pour « *Le Média Social* », écrit « *cette décision va dans le sens d'une sécurisation des échanges d'informations sur la situation individuelle d'un enfant entre professionnels concourant à la protection de l'enfance* » (1). Les actions engagées par les psychiatres et les décisions citées se rapportant à ses actions sont le reflet de l'intégration progressive des nouvelles dispositions encadrant la révélation, le partage et l'échange d'informations, particulièrement dans le domaine de la protection de l'enfance, sauf peut-être par le CNOM. Néanmoins, c'est au terme de procédures de plusieurs années que les psychiatres incriminés ont été acquittés ou ont vu leur condamnation disciplinaire à interdiction temporaire d'exercice annulée. Parler de « *sécurisation* » n'est donc peut-être pas le terme le plus adapté.

En conclusion, on retiendra que le « *secret partagé* » n'existe pas en droit. Comme l'écrit P. Verdier, « *un secret partagé n'est plus un secret* » (2). Même si ce qui nous est confié se trouvait être un « *secret de polichinelle* » (3), cela ne nous autoriserait pas pour autant à le partager. Le cadre légal évolue, la loi distingue d'une part les situations de dérogation à l'obligation de secret, d'autre part les situations de partage et d'échange d'informations. Dans chacune de ces situations, la possibilité d'agir du médecin s'en trouve encadrée. Il nous reste à nous demander à chaque fois et préalablement à la révélation ou au partage d'informations : à qui ou avec qui, comment, pourquoi et dans quel but ?

(1) Fleury V., Révélation de maltraitance sur enfant : pas de violation du secret professionnel, *Le Média Social*, 23/06/2021.

(2) Verdier P., Secret professionnel et partage des informations, *Journal du droit des jeunes*, 2007/9, n°269, 8-21

(3) Stein S., Secret professionnel (1). Du contenu du secret, un peu d'histoire, *BIPP* n°80, décembre 2021 (p58-59)

Médecin conseil aux victimes. Entretien entre Sophie STEIN et Jacques BARBIER

Sophie Stein – Cher Jacques, tout d’abord un grand merci d’avoir accepté cet entretien. J’ai découvert l’existence de l’activité de médecin conseil auprès des victimes, soit médecin de recours, à l’occasion d’une matinée sur l’expertise et ses risques psychiques, organisée par Danièle Brun et la Société Médecine et Psychanalyse à laquelle vous participiez. Comment avez-vous vous-même découvert puis débuté cette activité ?

Jacques Barbier – Disons que le hasard m’a amené à rencontrer des patients qui avaient vécu, et parfois subi, des expertises. Rencontrer un expert est toujours une épreuve. Ces patients que je rencontrais me faisaient part de leur expérience de l’expertise dont les suites avaient été plus ou moins satisfaisantes pour eux, parfois catastrophiques. J’ai donc été progressivement identifié comme médecin susceptible de rencontrer et d’accompagner des victimes, d’abord par des patients puis par un cabinet d’avocat.

Mais il y a toujours une antériorité. À la fin de mes études de médecine, je m’étais d’abord orienté vers la médecine légale que j’ai abandonnée au profit de la psychiatrie dont l’enseignement était intimement lié à la psychanalyse. Les courants structuralistes et systémiques y étaient aussi très présents. J’ai découvert que tout cela m’intéressait plus que la médecine légale. Je suis revenu à cette articulation de la médecine et de la loi en devenant expert auprès d’une Cour Pénale. Mais cet exercice m’a déçu, déçu plus exactement. Je trouvais ses conditions inconfortables, les expertises étaient mal utilisées, mal honorées, entraînant parfois les juges à faire l’économie de leur jugement. J’étais désillusionné quant au rôle de l’expert et même quant au professionnalisme des protagonistes, alors que les conséquences d’une expertise, comme celles d’un jugement, sont lourdes et pérennes. J’ai rapidement demandé à ne plus figurer sur la liste des experts.

S.S. – Ce qui m’amène à vous poser une deuxième question. Comment devient-on médecin conseil auprès des victimes ? Et comment trouve-t-on un médecin conseil auprès des victimes ? Celui-ci figure-t-il sur une liste ?

J.B. – L’activité de médecin conseil auprès des victimes est une activité assez récente. Elle ne correspond pas à une activité répertoriée ou à une formation. Il n’y a pas de liste de médecins conseil auprès des victimes comme il y a des listes d’experts agréés. Cette activité s’est développée progressivement, au fur et à mesure de la reconnaissance et de la possibilité de réparation accordée aux victimes qui évoluaient dans notre société. C’est progressivement aussi que cette démarche est devenue méthodique. Certains événements dramatiques récents comme les catastrophes collectives ou attentats tels que celui du Bataclan, de Nice, du Bardo, de Bruxelles... ont marqué cette évolution.

S.S. – Pouvez-vous maintenant nous parler de votre exercice de psychiatre-conseil auprès des victimes ?

J.B. – Le médecin conseil auprès des victimes est généralement contacté par le cabinet d’avocats qui accompagne la victime et relaye la demande d’assistance à expertise parmi les médecins de son réseau. Cette demande intervient avant l’expertise, lorsque la date de la consolidation a été envisagée. Je peux être sollicité pour accompagner des victimes d’attentat ou d’accidents collectifs. Il m’est aussi arrivé d’accompagner des victimes cérébrolésées à la suite d’un accident de la voie publique. Leurs séquelles peuvent être psycho-affectives conjointement aux atteintes motrices et cognitives.

Lorsque je suis sollicité, le dossier médical complet ainsi que les dépositions que possède le cabinet d’avocat m’est transmis. Après en avoir pris connaissance, je prends contact avec la victime que je vais rencontrer pour un ou deux entretiens.

Au cours de ces entretiens, j'informe la victime du cadre et des codes de l'expertise, je lui explique la fonction et la difficulté de la tâche de l'expert, l'importance de pouvoir fournir des réponses précises afin d'aider l'expert à remplir sa mission, le rôle que chacun (victime et expert) doit pouvoir tenir. Cette séquence a déjà été initiée par l'avocat(e), mais s'agissant d'une situation inédite, la re-présentation de la scène sur laquelle va se dérouler l'expertise aide à l'inscription mentale anticipante.

Je l'invite à préparer matériellement la rencontre avec l'expert par l'établissement d'une chronologie écrite, à noter les dates repères, les faits saillants pré et post-traumatiques, l'histoire des soins. Les victimes ont parfois du mal à revenir sur certains détails, sur la crudité de ce qu'elles ont vécu dans leur chair au travers de sensations corporelles et dans leurs émotions. L'expérience anticipatrice qui résulte de mes demandes de précisions de vocabulaire atténue la possible confusion résultant d'une charge émotionnelle inévitable. Ces éléments sont déterminants pour permettre à l'expert d'« objectiver », pour autant que ce soit possible, le traumatisme et le transformer en « dommage psychique évalué ». Les plaintes allusives de la victime risqueraient de ne pas être prises en compte par l'expert.

La veille de l'expertise, j'ai un bref échange téléphonique avec la victime au cours duquel je lui demande si elle a quelque chose à ajouter ou à me demander. C'est surtout une façon de signifier à la victime qu'elle n'est pas seule et de réintroduire dans le processus un peu de cette « humanité sociale de base », là où elle fait parfois défaut, associée à un sentiment éprouvé de solitude.

La victime, qui a besoin que le traumatisme qu'elle a subi et le préjudice qui en résulte soient reconnus, s'engage dans un long processus qui peut durer plusieurs années, alors même qu'il existe contradictoirement un désir de tourner la page et d'oublier. Le déroulement de l'expertise a valeur de ponctuation dans ce processus, soit pour écrire une page nouvelle soit pour clore le chapitre et continuer sa vie dans une version inédite. Le ou les entretiens préalables à l'expertise ont pour fonction de préparer cette ponctuation.

Au cours de cet accompagnement, hormis avec l'avocat qui m'a sollicité et transmis le dossier à la demande et avec l'accord de la victime, je n'ai aucun contact ni avec le médecin traitant ni avec l'expert, hormis le jour de l'expertise en présence du patient. Je n'interviens jamais sur les soins en cours, quelle que soit leur nature.

S.S. – Et le jour de l'expertise, pouvez-vous nous dire comment vous intervenez ?

J.B. – L'expert est prévenu de la présence du médecin de recours par le cabinet d'avocat qui accompagne la victime. Il faut savoir qu'en droit, seul un médecin peut assister à une expertise en tant que tiers. Dans la pratique, certains experts acceptent la présence (utile) de l'avocat et de la personne qui représente le Fonds de Garantie des Victimes (FGTI, Fonds de Garantie des Victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions). Une fois que les présentations sont faites, que le cadre est précisé, que l'expert a confirmé ma présence, je reste silencieux et attentif, à moins que l'expert ne se tourne vers moi ou ne m'interroge directement. À la fin de l'entretien d'expertise, l'expert demande généralement au médecin de recours s'il a quelque chose à préciser, à ajouter à ce qui a été retenu. Il m'arrive d'intervenir, avec l'accord de la victime, pour préciser un point qui serait resté obscur dans son histoire ou ajouter des détails qu'elle aurait pu me confier et n'aurait abordé que de façon allusive au cours de l'expertise. Mais cela reste exceptionnel.

La fonction de médecin de recours est essentiellement préventive, avant et pendant l'expertise. Il faut pouvoir imaginer que les conclusions d'une expertise peuvent être à charge. La présence du médecin conseil, tiers « sachant », engage l'expert à être plus attentif au déroulement dans les règles de l'art de sa mission, à s'en tenir à ce qu'il a pu entendre et constater, plus qu'à ce qu'il en a pensé ou projeté.

S.S. – Et ensuite, est-ce qu'il vous arrive de revoir la victime ?

J.B. – Non, ma mission est terminée. Bien sûr, quelques mots sont échangés sur le pas de la porte avant de se quitter, une sorte de commentaire entre la victime, l'avocat(e) et moi. Il est

exceptionnel que je sois à nouveau en contact avec la victime. Si les conclusions de l'expertise sont trop éloignées de son déroulement et si je suis sollicité pour le faire, je peux être amené à rédiger un « dire » qui sera transmis à l'avocat. Ce « dire » figurera parmi les autres pièces du dossier et sera pris en compte au moment de discuter des pourcentages de dommages subis ou à l'extrême de déclarer un incident rédhibitoire. Ce « dire » renforce et respecte le principe du contradictoire.

S.S. – Comment le médecin conseil est-il rémunéré ?

J.B. – L'intervention du médecin conseil aux victimes est prise en charge par le fonds de garantie des victimes (FGTI) ou par l'assurance de la victime. Le médecin conseil fournit un devis détaillé pour son intervention : frais d'étude du dossier, des examen(s) préalable(s) de la victime, de l'assistance physique à l'expertise auxquels peuvent s'ajouter les frais de transport, d'hébergement, temps passé en dehors du cabinet.

S.S. – Le médecin conseil aux victimes est l'un des acteurs du « principe du contradictoire », corollaire du principe constitutionnel du droit de la défense et de celui du procès équitable, dans les procédures civiles. Pourriez-vous nous expliquer ce principe ? (Articles 14 à 17 du Code de Procédure Civile, Titre Ier : dispositions liminaires, Chapitre Ier : principes directeurs du procès, Section VI : la contradiction)

J.B. – Le principe du contradictoire garantit à chaque partie le droit de prendre connaissance des arguments de fait, de droit et de preuve à partir desquels elle sera jugée. Les différents intervenants du procès doivent donc se montrer loyaux et diligents dans la communication de leurs pièces et conclusions.

La présence du médecin conseil renforce le principe du contradictoire quant à la connaissance des pièces, des procédures et sa connaissance du déroulement de l'expertise dont il peut témoigner parce qu'il sera présent, et éventuellement faire un commentaire, ensemble qui sera soumis aux débats au moment du « procès » ou des arbitrages.

SS. – Dans les formations proposées pour l'évaluation du préjudice corporel, le dommage psychique occupe une place restreinte, est-ce suffisant ? Sinon, quelle formation complémentaire serait nécessaire ?

J.B. – L'indemnisation des victimes et la création d'un barème ont fait suite à la nécessité de reconnaître et d'indemniser les victimes de guerre.

En ce qui concerne le dommage psychique, le contexte et la culture psychiatrique du début XX^e siècle font porter une suspicion de simulation dans un but utilitaire aux symptômes dits subjectifs ou psychologiques. Cette suspicion a utilisé le nom d'hystérie ou d'autres injures pour des soldats effarés durablement par ce qu'ils avaient vécu, soupçonnés de vouloir se soustraire à leur « devoir ».

Si les constatations anatomiques et les pertes de capacités physiques ou fonctionnelles se prêtent à des mesures, il n'en va pas de même pour les conséquences mentales et psychiques voire cognitives, induites par des situations traumatisantes. Les récents attentats ont permis une réelle élaboration dans ce domaine.

SS. – Y a-t-il eu des modifications récentes de la législation qui ont eu un impact sur l'exercice du médecin conseil aux victimes ?

J.B. – Un collectif d'avocats dit Groupe de Contact des Avocats de Victimes du Terrorisme a fait un remarquable travail qui a donné lieu à la publication en 2016 du Livre Blanc sur les préjudices subis lors des attentats. Le texte est accessible sur internet.

Autre évolution en accord avec le principe du contradictoire, l'expert doit maintenant adresser un pré-rapport qui permet aux parties de prendre connaissance des faits établis par l'expert,

et sans pré-rapport, les parties ne sont pas en mesure d'adresser leurs remarques et leurs arguments à l'expert avant sa rédaction finale de l'expertise.

Quant au barème d'indemnisation, deux modifications importantes ont été introduites :

1. La reconnaissance d'un préjudice d'angoisse de mort imminente. La Cour d'Appel de Douai l'a défini comme « *le préjudice résultant, pour la victime, de la douleur engendrée par la conscience du caractère inéluctable de sa mort prochaine* ». Il suppose un état de conscience de la victime, et pendant un temps suffisant pour envisager sa propre fin.
2. La reconnaissance d'un préjudice « *d'attente et d'inquiétude* » subi par les victimes ou bien par leurs proches, lesquels sont les victimes par ricochet.

SS. – *Y a-t-il une différence entre dommage psychique et préjudice moral ?*

J.B. – L'étymologie latine peut nous aider :

- *Præjudicium* : tort, préjudice, dommage, dérivé du verbe *præjudicare*, juger préalablement, porter préjudice, faire tort à quelqu'un.
- *Damnum* : détriment, dommage, tort, préjudice ; perte.

Le préjudice concerne ce qui devra être reconnu et indemnisé ; le dommage se réfère plus à l'appréciation subjective de la victime. C'est le contexte de leur usage qui fera apparaître les nuances sémantiques.

SS. – *Y a-t-il des barèmes pour évaluer le dommage psychique comme il en existe pour le dommage corporel ? Les barèmes concernent-ils aussi les troubles cognitifs ?*

J.B. – La Nomenclature Dintilhac 2021 permet à la victime d'un accident d'avoir une catégorisation de ses dommages. Cette nomenclature est issue d'un groupe de travail dont monsieur Jean-Pierre Dintilhac était le président. Fin 2006, elle devient une référence majeure dans la liquidation du préjudice corporel. Ce texte indique en préambule que des nuances et des évolutions sont susceptibles d'être apportées par l'étude à venir des cas d'espèce et se déclare évolutif.

Antérieurement le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en Droit Commun édité par le Concours Médical était la référence d'usage. Dans ce barème les dommages psychiques et cognitifs sont peu valorisés.

S.S. – *Voudriez-vous encore nous dire quelques mots pour conclure ?*

J.B. – L'expertise est un moment crucial. Il y a un avant et un après. L'assistance à l'expertise ne remplace ni ne se substitue aux prises en charges juridiques, sociales, familiales, médicales et/ou psychologiques ou psychothérapeutiques.

C'est la raison pour laquelle l'accompagnement de la victime par un médecin conseil devrait être systématique.

Paris, le 16 avril 2022.

Mémoire de psychiatres. Présentation Michel JURUS. À ceux qui m'ont fait psychiatre... Par Jean-Jacques BONAMOUR

Avec une élégance subtile, l'air de rien, comme un souffle printanier, Jean-Jacques Bonamour du Tartre nous peint le paysage d'une psychiatrie en bourgeon qui connaît aujourd'hui les désherbants de la Santé Mentale. Épargné, pour le moment, le psychiatre libéral reste encore aujourd'hui au plus près des patients confrontés à de terribles souffrances. Rendre hommage à ceux qui viennent nous –et se– rencontrer, c'est ce qui guide le sens du soin. Nous partageons la mémoire d'un clinicien et aussi de Capucine Rivière, trop tôt disparue, qui reste dans notre mémoire.

Vous aussi, cher psychiatre, n'hésitez pas à proposer votre texte de mémoire à l'Afpep-Snpp, ils feront partie de notre mémoire commune. Michel JURUS

Comment a-t-on pu en arriver là, à ce sentiment de catastrophe affligeant tant de praticiens aujourd'hui, encore plus à l'hôpital qu'en ville, d'ailleurs ?

Mais on l'a voulu : il y a quand même un tas de moyens de parvenir à un métier honorable, voire bien rétribué, socialement respectable et valorisé dans les médias, mais psychiatre, tout de même, il faut vraiment être un peu tordu ! Sans doute qu'il existait au moment du choix un plaisir non négligeable à se distinguer du lot : car dès le cursus d'études médicales, la psychiatrie était volontiers raillée par les étudiants eux-mêmes, et ses adeptes quelque peu ostracisés.

Me serais-je lancé dans cette aventure, si ma sœur aînée, psychologue, et son mari, psychiatre d'enfants, ne m'avaient pas mis sur la voie ? Sans doute pas : ce genre de choix se fait volontiers par identification, me semble-t-il, positive ou négative.

Et à l'époque de mes études, ce domaine pouvait avoir quelque chose d'intellectuellement séduisant également par la forte présence de la psychanalyse à bien des niveaux. On peut même aller jusqu'à dire que ce fut son âge d'or dans la sphère intellectuelle, médiatique, et sans doute socio-politique.

Quelques noms ont pour moi jalonné mon parcours : dans le genre insupportable, Pierre Debray-Ritzen (le père), mandarin de la pensée réactionnaire, qui ne déparerait pas aujourd'hui dans le paysage du genre fondamentaliste, Pierre Pichot, avec son immense culture et sa qualité d'enseignant, ainsi que ses jeunes assistants de l'époque, avant qu'ils ne finissent par se prendre pour des professeurs, Pierre Deniker et sa magnificence de maître d'un autre temps, façon colonel de l'armée des Indes, François Lorimy et son ami Gui Maruani, internes à l'époque dans ce service, qui m'ont énormément apporté lors de la préparation de l'internat en psychiatrie de l'époque, Henri Lôo, et son sens de la pédagogie fine et joyeuse... Dans cet univers d'apparence si classique de Sainte-Anne, j'ai le souvenir d'un foisonnement de pensées diverses formant un bouillon de culture qu'on aura sans doute peine à imaginer aujourd'hui, et je mesure la chance d'avoir pu approcher des gens passionnés par leur discipline et son enseignement, je pense à François Caroli, à Edouard Zarifian, Paulette Letarte ou Francis Pasche, qui les uns comme les autres n'étaient pas avares de leur temps pour assurer des présentations de malades, comme on disait à l'époque, ou débattre de certaines questions cliniques.

L'époque m'a paru belle, où sans doute dominait « l'amour des commencements », comme l'a décrit Jean-Bertrand Pontalis, et la lente mue de la pensée médicale ordinaire vers la conception du psychisme, de son extraordinaire complexité, des moyens de son exploration, de la consistance parfois effroyable de sa pathologie. Tout cela sur fond de conquête des responsabilités (la joie d'être reçu à l'internat de la région parisienne et d'exercer dans ce cadre), mais aussi sur celui d'une psychiatrie toute en bourgeons, se cherchant tout aussi bien des bases incontestables du côté médical que des modalités de mise en œuvre de la politique de secteur...

Oui, il y avait du bonheur à devenir psychiatre dans les années 1970, entre soit d'apprendre et désir d'expérimenter, de travailler à une utopie s'imaginant ramener non pas le fou à la raison, mais plutôt tenter de ne pas l'abandonner à un sort asilaire, celui qu'on pouvait encore percevoir à l'époque dans les services fermés de Ste Anne, avec des malades d'anthologie, ou dans les pavillons sordides des « chroniques » à Villejuif...

Quelques noms encore, celui de Patrice van Amerongen, dont j'ai été l'interne à St Germain en Laye, personnage haut en couleurs et contestable sur bien des plans, mais qui a sans doute renforcé sensiblement chez moi le désir d'apprendre de la clinique et de me former par tous moyens et par tous les temps, et à qui je dois une certaine reconnaissance mutuelle, et l'attribution de la responsabilité de l'hôpital de jour de ce secteur, que j'ai assumée durant presque quarante ans.

Expérience unique et précieuse que cet accès à ce poste, où alors il s'agissait de mettre à l'épreuve mes convictions et orientations, de la psychothérapie institutionnelle à la psychanalyse en passant par les thérapies familiales, toutes jeunes promues à la fin des années 70, en même temps que le prestige de « la déconstruction » allait croissant, avec la « désinstitutionnalisation ». Et le souvenir d'un extraordinaire travail en équipe.

Et sur ce chemin, j'ai eu la chance inestimable de rencontrer ma collègue et amie Capucine Rivière-Milner, qui connaissait un parcours assez proche dans un secteur parisien : lors de mon stage d'interne dans l'hôpital de jour qu'elle venait d'investir en tant que responsable, nous avons noué des échanges d'une grande richesse qui n'ont cessé de croître jusqu'à sa disparition récente, qui m'a profondément affecté. Nous avons en particulier beaucoup travaillé à nous préparer à une installation en libéral, et à penser ce que pouvait être la pratique d'un psychiatre de formation psychanalytique, convaincus de nous engager dans une voie dont la spécificité n'allait pas de soi, tant les psychiatres étaient volontiers rejetés du monde psychanalytique comme des esprits un peu primaires, tant les psychiatres-psychanalystes eux-mêmes répugnaient à cette position hybride, réfutant souvent toute pratique d'allure médicale, comme la prescription notamment.

Enfin, je voudrais rendre hommage à mes patients, « qui ont payé pour m'apprendre », disait Winnicott : il me semble probable que dans tout parcours de développement d'un psychiatre, un ou plusieurs patients ont eu un rôle décisif, en nous invitant à nous investir dans leur soin, en nous décillant les yeux devant nos aveuglements ou nos prétentions. J'ai une dette énorme envers une patiente rencontrée à l'hôpital de jour, qui s'était mise en opposition au système, dirait-on aujourd'hui, au péril de sa vie, d'ailleurs, et que j'ai entrepris stupidement de sauver de son infortune, en quelque sorte, tout plein de ma naïveté de jeune psychiatre. Après l'avoir quasiment extirpée de l'hospitalisation complète, je me suis occupée d'elle qui avait alors une réputation des plus sombres, et j'ai pris le risque de la sortir aussi de l'hôpital de jour dès que j'ai pu, pour la suivre à mon cabinet, dont on peut dire que je l'ai en grande partie ouvert pour elle. Rétrospectivement, quelle folie de ma part, mais elle ne me laisse aucun regret, car j'ai pu approcher dans cette aventure thérapeutique d'innombrables dimensions de cette folie, qui peut animer le patient ou le thérapeute ou les deux, avec quelques effets émergents non négligeables, pour elle d'avoir échappé à un destin funeste, pour moi d'avoir connu, au travers de ce que j'avais défendu il y a longtemps comme « l'amour

des monstres », les effets extraordinairement humanisants de certains transferts improbables... Paix à son âme, elle a quitté ce monde l'an passé.

Mais tout ceci n'est pas allé de soi : tenir une place de psychiatre-psychothérapeute ou analyste, c'est un travail de fond, un engagement qui nécessite de s'investir non seulement dans une réflexion personnelle sur sa propre pratique, mais aussi d'en confronter la teneur, tant dans des discussions amicales impromptues que dans le cadre de groupes de travail ou de supervision, ou encore via la participation à des manifestations scientifiques. Sans parler de l'apport précieux d'une psychanalyse personnelle.

Encore une fois, ma gratitude va à tous ces patients qui ont pris le risque toujours étonnant de venir confier à un praticien plus ou moins inconnu, des éléments parfois terribles de leur vie présente ou passée : il y a quelque chose d'unique dans la texture de la rencontre entre le patient et le psychiatre, dans le rapport de parole et de non-dit, ou plutôt de non-explicité qu'il inclut. Cet a priori de confiance du patient, avec bien des variations d'une personne à l'autre, bien sûr, adressé à la seule personne du psychiatre, dans l'intimité de ce lieu débarrassé des pressions de l'entourage ou des scories institutionnelles, oblige le praticien à la recherche de sa propre créativité et de son éthique personnelle dans le soin, quitte à traverser les affres diverses et variées du sentiment d'imposture, des jeux de séduction et autres trompe-l'œil (ou plutôt « trompe l'oreille »), quitte à perdre pied par moments (quel thérapeute a-t-il pu être épargné par ce terrible sentiment de ne plus trop savoir ce qui se passe dans un soin, à moins d'être particulièrement investi dans la maîtrise de la dynamique ?).

Autrement dit, le patient nous apprend à nous faire confiance à nous-même, au travers du développement de tout un tas d'activités de formation, de recherche, de parole, de liens de travail avec nos pairs, toutes choses que seule la possibilité de relation individuelle stable est apte à produire. Notre disponibilité à court terme et à long terme est sans doute un élément décisif dans notre position de psychiatre libéral, et les patients ne s'y trompent pas, car malgré tous les cris d'orfraie qu'on peut entendre sur le déclin, si ce n'est la mort de la psychanalyse, les patients nous confirment qu'ils l'ont bien intégrée dans leur patrimoine commun, et que c'est bien avant tout pour apprendre à parler qu'ils poussent la porte de notre cabinet, plein de ce courage inimaginable que de s'affronter à sa propre parole... Car tel est sans doute notre projet implicite commun, que de permettre à cette parole de se révéler, à son rythme et sa manière.

Tout ça pourrait se résumer en une formule qui se voudrait également un peu winnicottienne : tout comme un bébé, ça n'existe pas (hors la mère), un psychiatre, ça n'existe pas, hors ses patients !

Aujourd'hui, j'ai le sentiment d'avoir mal à ma psychiatrie, et ce depuis au moins deux décennies, depuis que l'utopie porteuse nécessaire au praticien de cette discipline, comme le disait bien Zagury, est tombée au champ d'honneur, asphyxiée par les projets réactionnaires de tout ordre, qui ne veulent plus en reconnaître la moindre spécificité ni la moindre utilité sociale. Mal aussi de constater à quel point nous ne sommes résolument pas entendus.

Mais je continue d'y croire, à la psychiatrie, et pas à la santé mentale, qui n'est devenue qu'une énième manière de dénier la folie humaine et nos besoins de parole : à cet égard, la pratique libérale est un espace unique, une sorte de lieu quasi sacré dédié à cette parole dans toute sa gravité, qui nous constitue et nous nourrit sur bien des plans, au point que je n'arrive pas vraiment à m'en séparer. 26 avril 2022

DÉSIRS DE LIVRES

Camille Louis « La conspiration des enfants », PUF, 2021. Recension par Sophie STEIN

Étrange et déconcertant que ce premier livre publié par Camille Louis, philosophe et dramaturge. Le lecteur qui s'y aventure est bousculé dans ses attentes. Ni essai, ni thèse, ni roman, ni poème épique, ni fable, *La conspiration des enfants* est aussi tout cela à la fois. Dans une chronologie à rebours, Camille Louis va à la rencontre d'Anna au Royaume-Uni, diagnostiquée comme souffrant de « *Trouble Envahissant du Développement* », d'Ashkan en Grèce et tout au long de son parcours de « *Mineur Non Accompagné* », de Julia en France, petite fille Rom déplacée avec sa famille et de quelques autres.

Au fil du récit, des liens se tissent et s'entrecroisent entre ces enfants et leurs déplacements successifs. Certains de ces déplacements leur sont imposés, comme l'hospitalisation d'Anna dans un centre de soins spécialisé pour enfants non conformes, les déplacements d'Ashkan, d'abord avec sa famille puis seul, de l'Afghanistan à l'île de Lesbos, en passant par Athènes et la *Zone d'Attente pour Personne en Instance* de Roissy, ceux de Julia d'un campement à Triel-Carières à Notre-Dame-des-Landes. D'autres déplacements, plus discrets, souterrains, cachés, imaginaires parfois, sont toux, tremblements, rêves, résistances à l'ordre préexistant et imposé.

D'autres fils, d'autres échos, évènements, figures et images sont convoqués et se trament d'un récit à l'autre parmi lesquels on retrouve les incendies, forêts, inondations, les occupations de place et les mouvements migratoires. La figure du saturnisme est la plus présente, associée à la contamination des sols, des logements et de l'air respiré par les enfants, leurs parents et par les ouvriers qui œuvrent à la réfection, à l'identique, de la toiture et de la flèche de Notre-Dame.

Luttant contre l'oubli et le silence avec les moyens de la littérature, Camille Louis construit, plus qu'elle ne leur donne, la parole silencieuse de ces enfants sans voix. Une parole qui dénonce, en creux mais avec insistance, les politiques migratoires et l'assignation aux non-lieux qu'elles provoquent, la destruction du vivant, les mises en scène médiatiques et dramatiques appelant à l'urgence de fausses solutions, le silence qui recouvre l'illégalité de certaines actions policières et le déni, par les autorités de santé, dont le saturnisme fait l'objet. C'est aussi une mémoire « *fabuleuse* » et « *fabulatoire* », faite d'histoires anciennes, de mythes et de lendemains possibles que Camille Louis prête à ces enfants, relégués hors de l'enfance qui, avec d'autres, seront le monde de demain.

Grégory Dufaud, « Une histoire de la psychiatrie soviétique », Éditions de l'EHESS, 2021. Recension par Jérémie SINZELLE

Si l'actualité est bien riche cette année, tant sur le plan national qu'international, un événement marquant permet peut-être de rapprocher les deux et offrir l'opportunité d'une meilleure connaissance de l'espace post-soviétique : la publication, par les éditions de l'EHESS, de l'ouvrage de Grégory Dufaud *Une histoire de la psychiatrie soviétique* (2).

Un alignement de circonstances a permis en effet qu'un jeune professeur d'histoire, spécialisé dans l'histoire russe et soviétique, s'intéresse à la psychiatrie et mette son érudition au service d'une meilleure compréhension de la psychiatrie, celle de la défunte URSS.

Spécialiste des Tatars de Crimée (1) et de la philosophie pragmatique de William James et de James Dewey, Grégory Dufaud explore l'archipel psychiatrique soviétique sans préjuger de clichés politiques ou de généralisations hâtives. A travers tout l'espace de l'URSS, il nous propose de rentrer dans la réflexion, très diversifiée, des psychiatres de l'époque tout en insistant sur les idéologies qui avaient pu représenter l'espoir d'une vie meilleure et moderne pour la société soviétique.

Grégory Dufaud propose également un éclaircissement sociologique sur les conceptions des psychiatres théoriciens, mais aussi les effets de la médicalisation de la folie dans une époque instable, dans un pays où la psychiatrie a pu représenter une source d'inspiration littéraire classique pour Pouchkine, Gogol, ou bien nos confrères médecins et écrivains Boulgakov et Tchékhouv.

L'échec relatif de la psychiatrie soviétique, par une exploitation de la psychiatrie légale dans la répression des opposants, contraste cependant avec certaines réussites originales : l'interdiction précoce de la psychochirurgie, et le développement des soins et de dispensaires ambulatoires, etc. Les effets de l'idéologisation de la psychiatrie dans les années 1930 sont étudiés en détail et permettent de s'interroger sur le primat de la clinique, le danger d'une « *profilisation* » promettant d'établir des « *diagnostics qualifiés* » qui risquent de « *convertir le dialogue entre le médecin et le patient en un monologue du médecin* (p259) ».

L'abord méthodologique du travail de Grégory Dufaud, d'après le pragmatisme anglo-saxon, autour de plusieurs notions clés dichotomiques, ouvre la possibilité d'une étude comparative de la psychiatrie entre divers environnements culturels, et offre des perspectives exceptionnelles pour de futures recherches.

Cet ouvrage dense, riche et passionnant lève enfin le voile sur les mystères de la psychiatrie soviétique, dans une époque où toute information sur cette région du monde est bienvenue, et éclaire notre actualité et nos interrogations quotidiennes.

(1) Grégory Dufaud. *Les Tatars de Crimée et la politique soviétique des nationalités*. Éditions Non Lieu, 2011.

(2) Grégory Dufaud. *Une histoire de la psychiatrie soviétique*. Éditions EHESS En temps & lieux, 2021.

Caroline Eliacheff, Céline Masson, « La Fabrique de l'enfant-transgenre » Comment protéger les mineurs d'un scandale sanitaire ? Éditions de l'Observatoire, 2022. Recension par Françoise DUPLEX

La « Dysphorie de genre » Une affaire de ressenti.

Ce court essai brillant, aux nombreuses références, médicales, juridiques, aux témoignages poignants, analyse, détaille, relève les contradictions de ceux qui défendent le Trans à tout prix. Au nom de la protection de l'enfance, la société induit un phénomène inverse qui consiste en une nouvelle violence envers des très jeunes. Et le danger accourt des réseaux sociaux, nouveaux moyens d'informations tronquées auprès desquels les jeunes se désaltèrent, buvant à cette source un nectar mensonger où ils pensent rejoindre l'Arcadie, le pays merveilleux où ils changeront de sexe, pour devenir un être nouvellement né, comme pour effacer leur mise au monde, celle qui appartenait à leurs parents. Croyant ainsi échapper à leur influence (qu'ils trouvent ailleurs) ils nourrissent l'illusion de se réapproprier leur existence, leur raison d'être au monde ; là se trouve toute la grande question adolescente. Les conséquences psychiques et physiques pour ces très jeunes s'avèreront complexes parfois sans retour possible, lorsqu'ils seront en mesure d'y réfléchir comme il se doit. De façon effrayante, ce mouvement rencontre l'assentiment complice d'une partie du corps médical, politique et juridique. Certains pays d'Europe du Nord et certains États des USA commencent à s'éloigner prudemment des programmes de transformation chez les mineurs. La France n'est pas pionnière dans cette démarche, hélas. Attend-on un procès, à l'instar de celui attenté en Angleterre par la jeune Keira Bell à ses médecins ? Keira est ce qu'on appelle une « détransitionneuse », elle/il regrette amèrement d'être entrée/é dans un protocole de transformation dès 16 ans. Un petit glossaire en fin de livre nous informe du nouveau vocabulaire en usage qui accompagne ce phénomène Trans, je cite : « ...*la nouvelle langue de bois progressiste ou novlangue.* » Ce nouveau langage, ces signifiants séduisent des jeunes hésitants, leur donnant l'illusion de l'appartenance à une communauté rassurante, celle des « Trans ». Il est largement utilisé par YouTube, TikTok, Snapchat, Twitter, Instagram. Ne reconnaît-on pas là le principe utilisé par « les manipulateurs », soit tenir un discours flattant l'idéal du moi ? Car oui, nous comprenons à la lecture de ce document qu'il y a un phénomène de manipulation des jeunes êtres, et gare à ceux (médecins, parents, autres) qui tenteraient d'amener une réflexion au sujet de ce qu'implique l'hormonothérapie et la chirurgie dévastatrice de conversion. Le Code Pénal a inscrit une nouvelle infraction en octobre 2021, qui consiste à condamner sévèrement toute personne qui tenterait de faire infléchir la décision d'une transformation.

Parmi les points importants, je cite :

- La Dysphorie de genre se traduit par un sentiment d'inadéquation entre le sexe de naissance et le « ressenti ». Le documentaire controversé de Sébastien Lifshitz *Petite Fille* diffusé en décembre 2020 sur la chaîne ARTE fait l'objet d'un chapitre. La consultation se déroule à Paris dans un des quatre centres de transidentité des mineurs au plus grand mépris du secret professionnel.
- L'impact des réseaux sociaux est majeur par le biais de jeunes influenceurs *Trans*, qui font part de leurs expériences, exhibent leur corps, tiennent un discours prosélyte irrésistible. Il amène à convaincre des jeunes adolescent-e-s en quête d'identité. Sont plébiscitées interventions chirurgicales, hormonothérapie. Les noms de médecins, chirurgiens voire avocats favorables se transmettent au moyen de la novlangue. Et sont pourfendus les parents, les « psys », vite qualifiés de transphobes dès lors qu'ils émettent des réserves prudentes et insistent pour que des délais de réflexions soient respectés avant d'entreprendre des traitements qui sont irréversibles.

- La France ne se positionne pas officiellement car le phénomène est relativement récent ; l'État, les CHU et centres spécialisés s'appuient sur les recommandations internationales de la WTPAH (*World Professional Association for Transgender Health* ou Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre) ; autrement dit une médecine trans-internationale qui dictent les conduites médicales et psychiatriques : la psychothérapie affirmative, l'autodiagnostic, la prescription de bloqueurs de puberté, l'hormonothérapie et la chirurgie.
- Une circulaire du ministre de l'Éducation nationale Jean Michel Blanquer, a été publiée le 30 septembre 2021 au journal officiel, afin de mieux accompagner les enfants transgenres. Ainsi on autorise les enfants à modifier leur prénom au profit d'un prénom du sexe opposé avec le consentement des parents si le jeune est mineur.

Parallèlement à la lecture de l'ouvrage de C Masson et C Eliacheff, de nombreuses données à propos du changement « d'identité » la dysphorie de genre sont consultables sur le site :

<http://www.observatoirepetitesirene.org>

Merci à Sylvie Zucca qui m'a permis de compléter cet article.

Bibliographie

- La fabrique de l'enfant-transgenre. Comment protéger les mineurs d'un scandale sanitaire ? Caroline Eliacheff et Céline Masson. Edition L'Observatoire-Humensis, 2022 Paris
- « L'observatoire de la petite sirène » : information et réflexion sur la prise en charge des enfants diagnostiqués « dysphorie de genre ».
<http://www.juristespourlenfance.com/2021/04/29/lobservatoire-de-la-petite-sirene-un-site-dinformation-et-de-reflexion-passionnant-et-incontournable-sur-la-prise-en-charge-actuelle-des-enfants-diagnostiques-dysphorie-de-ge/>
- Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme (130p). WPATH: The World Professional Association for Transgender Health, ou Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (Antérieurement association Harry Benjamin).
http://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf

Nota Bene législation. Par Elie WINTER

Attention, les psychiatres recevant des patients pour une dysphorie de genre et toute question autour de l'identité de genre doivent être particulièrement vigilants à la nouvelle loi du 31 janvier 2022 « interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. » ci-dessous.

Cette loi sanctionne sévèrement toute attitude niant l'identité de genre, et s'opposant à une démarche de transition de genre. Les psychiatres **peuvent « inviter à la prudence et à la réflexion » uniquement dans le plus grand respect du droit du patient.** Le praticien s'expose à une interdiction d'exercice (jusqu'à 10 ans !) s'il cherche à convaincre un patient de renoncer à son projet. Les lobbies militants étant particulièrement actifs, il est vraisemblable que des procès au pénal arrivent assez vite.

Cette loi visait initialement à condamner des dérives sectaires graves se présentant comme des « thérapies de conversion » incluant des électrochocs, des nausées induites par des médicaments devant des images homosexuelles, des exorcismes, des injections d'hormones, des « privations de sommeil pour affaiblir le démon »... Elle était donc nécessaire.

La loi du 31 janvier 2022 va cependant bien plus loin, et questionne sur le rôle du psychiatre qui doit être très à jour de ses connaissances théoriques et juridiques pour une pratique juste, respectueuse, et à vocation thérapeutique, laissant tout débat idéologique de côté sur ces questions hautement sensibles. Plus que jamais, le questionnement éthique est à la base de la pratique, et il n'est pas question de « mélanger les genres » thérapeutiques et idéologiques.

CHAPITRE 1er : CRÉATION D'UNE INFRACTION RELATIVE AUX PRATIQUES VISANT À MODIFIER L'ORIENTATION SEXUELLE OU L'IDENTITÉ DE GENRE

Article 1er

« Art. 225-4-13. – Les pratiques, les comportements ou les propos répétés **visant à modifier ou à réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, vraie ou supposée, d'une personne et ayant pour effet une altération de sa santé physique ou mentale sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.**

« Les faits mentionnés au premier alinéa sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'ils sont commis : « 1° Au préjudice d'un mineur ou lorsqu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté ; [...]

« **L'infraction prévue au premier alinéa n'est pas constituée lorsque les propos répétés invitent seulement à la prudence et à la réflexion, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe.**

« **Lorsque l'infraction est commise par une personne titulaire de l'autorité parentale sur le mineur, la juridiction de jugement se prononce sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité en application des articles 378 et 379-1 du code civil.** » [...]

CHAPITRE II : INTERDICTION DES PRATIQUES VISANT À MODIFIER L'ORIENTATION SEXUELLE OU L'IDENTITÉ DE GENRE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Article 3

« Art. L. 4163-11. – Le fait de **donner des consultations ou de prescrire des traitements en prétendant pouvoir modifier ou réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, vraie ou supposée, d'une personne est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.**

« **L'infraction prévue au premier alinéa n'est pas constituée lorsque le professionnel de santé invite seulement à la réflexion et à la prudence, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe. « Une interdiction d'exercer la profession de médecin peut également être prononcée, pour une durée ne pouvant excéder dix ans, à l'encontre des personnes physiques coupables de l'infraction prévue au même premier alinéa. »**

« Les faits mentionnés audit premier alinéa sont punis de **trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende** lorsqu'ils sont commis **au préjudice d'un mineur** ou d'une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique, à un état de grossesse ou à la précarité de sa situation économique ou sociale, est apparente ou connue de leur auteur. »

Rapport sur les assurances : actualisation des conditions et des questionnaires. Par Michel JURUS

Le rapport « Assurances : questionnaires de santé et certificats » du CNOM a été mis à jour à la suite de la publication au Journal officiel de la loi n° 2022-270 du 28 février 2022. Celle-ci vise un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur. Les principales dispositions de la loi sont les suivantes :

- droit de résiliation sans frais à tout moment de l'assurance emprunteur immobilier ;
- réduction à 5 ans du droit à l'oubli pour les personnes ayant eu un cancer ;
- suppression du questionnaire médical pour les prêts immobiliers inférieurs à 200 000 euros.

Ainsi, dans le rapport du CNOM, un paragraphe a été ajouté dans la partie dédiée aux questionnaires de santé en vue d'une souscription d'un contrat d'assurance. Des précisions sont également apportées pour le cas particulier des patients ayant déclaré un risque aggravé de santé couvert par la Convention AERAS.

RENCONTRES

ALFAPSY 5èmes Rencontres Cité Psy à Bruxelles. Par Michel JURUS

Les 21 et 22 octobre 2022, à l'initiative de nos collègues et adhérents belges, auront lieu les 5èmes rencontres Cité Psy de l'Alternative Fédérative des Associations de Psychiatrie (ALFAPSY), animées par les docteurs Judith Dereau et Paul Duroy, sur le thème : « Émigration et Transgénérationnel ».

Cette approche transculturelle de la psychiatrie a le mérite de rejoindre l'axe central de la réflexion menée au sein d'ALFAPSY depuis sa création, comme de fédérer le groupe des psychiatres belges qui y ont travaillé.

On peut dès lors espérer que, de cette initiative, se concrétise enfin la perspective de lancement d'une antenne belge d'ALFAPSY.

Contact : docteurmicheljurus@gmail.com

Retrouvez ensuite l'AFPEP-SNPP au Congrès Français de Psychiatrie (CFP) à Lille !

du 30 novembre au 3 décembre 2022

Lille Grand Palais



**Éloge du soin : Journées Nationales de la Psychiatrie Privée
CAEN 2022**

*30 Septembre 2022
1er Octobre 2022*

Comité scientifique et d'organisation :

Olivier Brunschwig, Patrice Charbit, Marie Dagault, Thierry Delcourt, Caroline Durnerin, Claude Gernez, Béatrice Guinaudeau, Michel Jurus, Thierry Toussaint



“Les Enfants de la Mer” de Jozef Israëls, 1872.

Argument. Par le Comité scientifique et d'organisation

Automne 2022, 2023, 2030, 2050...

Les psychiatres seront-ils encore fondés à prodiguer des soins ?

Cette question se pose avec une violente acuité au regard des modes territoriaux d'organisation qui nous sont suggérés, de la gestion des multiples délégations de tâches développées en parallèle, de la « normalisation » idéologique envahissant la pédopsychiatrie et bientôt la psychiatrie de l'adulte, de la sur-prescription médicamenteuse en « millefeuille » liée à l'inflation de symptômes à éradiquer et non à traduire. Et aussi en constatant la fuite des jeunes et moins jeunes collègues devant ces montagnes de rigidité, de la complicité, passive ou active, d'une partie de la profession qui ne réalise même pas qu'elle offre sans contrepartie à la neurologie des pans entiers de son champ d'exercice, aux démagogues de tous bords qui cherchent à nier la dimension médicale de l'élaboration du soin en psychiatrie.

La pensée même du soin en psychiatrie est menacée, assiégée.

Certes, nous pourrions souhaiter bonne chance aux différentes plateformes, prescriptions symptomatiques, dilution des responsabilités voire « ubérisation » des soins, si ces conceptions avaient la moindre chance d'aboutir. Mais il n'en est rien. Nous sommes persuadés à l'AFPEP-SNPP que ces méthodes n'inventent rien de bénéfique ou de durable. Nous refusons que la place dévolue au psychiatre ne soit plus que celle d'un expert ou d'un directeur stratégique des soins, privé de la relation avec l'intime de la psyché du malade. Bien sûr, devant l'échec annoncé, des esprits tendancieux accuseront les psychiatres de ne pas avoir voulu se former voire se convertir aux nouvelles prérogatives. Nous devrions donc nous préparer non seulement à l'échec de ces nouvelles dispositions mais également à la disparition du tissu de soins qui aura été détruit dans le même temps.

Nous lançons de facto une alerte. L'âge d'or de la psychiatrie, s'il a jamais existé, est derrière nous. Il n'y avait aucune raison qu'il soit pérenne sans personne pour le soutenir, voire qu'il ne traversât jamais de crise. C'est sans doute par « gros temps » que l'on peut jauger de la solidité d'une entreprise humaine.

Nous pensons, au sein de l'AFPEP-SNPP, qu'il s'agit de rester fidèle à certains principes, certes à définir au mieux, le plus précisément possible tout en gardant une dimension d'incertitude, afin de leur donner la chance de se transmettre, de s'enseigner, d'être réinventés, de pouvoir se déployer et de s'inventer eux-mêmes un futur.

Prendre soin de l'autre, de sa pensée et de son indépendance, développer ses références, accompagner, contenir, être témoin d'un accomplissement : quel grand métier que le nôtre. Il nous revient d'en faire l'éloge. Et aussi, prendre soin des spécificités de la psychiatrie au niveau de son organisation et de la politique des soins, autant pour l'exercice privé que pour le secteur public.

Après avoir enduré une destruction quasi totale, la belle ville de Caen a su, malgré la mémoire traumatique des jours terribles vécus par ses habitants, conjuguer vestiges et modernité jusqu'à devenir un symbole fort et internationalement reconnu des désirs de reconstruction et de pacification. De sa splendide mairie à de hauts lieux contemporains, elle va nous accueillir pour nous permettre de beaux échanges, et discuter autour des invariants de la psychiatrie, du soin psychique articulé aux changements sociétaux.

Après les journées sur « Le Lien », celles sur « l'Éloge du soin » devraient accomplir ses promesses.

Programme des Journées Nationales de la Psychiatrie Privée CAEN 2022

<p>Jeudi 29 Septembre 2022 Cloître de l'Abbaye aux Hommes</p> <p>19h00 <u>Pot d'accueil à la mairie de Caen</u> mot de l'Élu de la mairie et de la Présidente de l'AFPEP-SNPP</p> <p>20h00 <u>Psychiatrie française, du désastre à la refondation. Conférence inaugurale</u> Daniel Zagury</p> <hr/> <p>Vendredi 30 Septembre 2022 Le Dôme</p> <p>08h30 Accueil</p> <p>09h00 Introduction par Marie Dagault et Caroline Durnerin</p> <p>09h30 <u>La psychothérapie du psychiatre ?</u> Anna Konrad et Sophie Stein Présidente : Caroline Durnerin Discutant : Olivier Brunschwig</p> <p>10h30 Pause</p> <p>11h00 <u>Repères.</u> Patrice Charbit Présidente : Christine Gully Discutant : Jérémie Sinzelle</p> <p>11h45 <u>Famille et thérapeutes : dissonances cliniques et convergence du soin</u> Mireille Battut et Claude Gernez Présidente : Christine Gully Discutant : Michel Jurus</p> <p>12h30 Repas au Restaurant la Table des Matières à la Bibliothèque Alexis de Tocqueville*</p> <p>14h30-17h30 Sessions de DPC en partenariat avec ODPC-PP</p> <p>18h30 Guide touristique, visite de l'Abbaye aux Dames</p>	<p>Samedi 1 Octobre 2022 Le Dôme</p> <p>09h15 <u>Inégalités sociales vis-à-vis des troubles psychiques chez les enfants : de l'observation à l'intervention</u> Maria Melchior Présidente : Beatrice Guinaudeau Discutant : Elie Winter</p> <p>10h00 Pause</p> <p>10h30 <u>Soins au Canada</u> Linda Pagani Présidente : Sophie Stein Discutant : Thierry Toussaint</p> <p>11h15 <u>Se tenir à l'impossible. Management, performance, soin.</u> Thomas Perilleux Président : Thierry Toussaint Discutante : Marie Dagault</p> <p>12h30 Repas au restaurant la Table des Matières à la Bibliothèque Alexis de Tocqueville*</p> <p>14h30 <u>Sensualité et soin</u> Michel Jurus Présidente : Caroline Durnerin Discutant : Thierry Delcourt</p> <p>15h15 <u>Table Ronde</u> Jean-Jacques Bonamour du Tartre, Pierrette Laurent, Antoine Devos Présidente : Françoise Duplex Discutante : Marie Dagault</p> <p>16h30 Conclusion par la présidente de l'AFPEP-SNPP.</p> <p>20h00 Soirée festive au Café Mancel, dans l'enceinte du Château de Caen</p> <hr/> <p>Dimanche 2 Octobre</p> <p>09h30 Réunion syndicale (<i>Lieu à confirmer</i>)</p>
--	---



Syndicat National des Psychiatres d'Exercices Privés

21, rue du Terrage – 75010 PARIS

Téléphone : 01 43 46 25 55

Site internet : www.afpep-snpp.org - courriel : info@afpep-snpp.org

APPEL À COTISATION 2022

Docteur :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. pro : Portable :

E-mail (impératif pour recevoir la newsletter) :

Année de naissance : Année d'installation :

- Exercice libéral
- Exercice médico-social
- Hospitalisation privée
- Hospitalisation publique

merci de cocher tous vos modes d'exercice

règle sa cotisation A.F.P.E.P. – S.N.P.P. pour 2022 :

- **Gratuité pour la 1ère année de cotisation ou 1ère année d'installation : 0 €**
- 2ème et 3ème année d'exercice : 180 €
- **4ème année d'exercice et au-delà : 375 €**
- Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : 125 €
- Retraité actif : 310 €
- Psychiatre ayant cessé d'exercer : 50 €
- Interne : 0 €

- Par chèque bancaire ou postal à l'ordre du **S.N.P.P.**
en imprimant ce bulletin à remplir et à envoyer par la poste à
AFPEP-SNPP, 21 rue du Terrage, 75010 Paris
- **Par virement bancaire (en indiquant en motif vos nom et prénom) à :**
IBAN : FR76 3006 6105 6100 0103 7470 147 (Banque CIC Parmentier)
BIC : CMCIFRPP
Et envoyez ce bulletin rempli à info@afpep-snpp.org

- **Par carte bancaire en ligne sur le site HelloAsso :**
<https://www.helloasso.com/associations/afpep/adhesions/appel-de-cotisation-snpp-2022>
En se rendant sur le site helloasso.com, et sur l'onglet rechercher une association : **AFPEP**

Président: Béatrice GUINAUDEAU – Secrétaire Général: Thierry TOUSSAINT

Sous la direction de
Tim Greacen
Emmanuelle Jovet

**Pour des usagers
de la psychiatrie
acteurs de
leur propre vie**

**Rétablissement,
inclusion sociale,
empowerment**

Nouvelle édition actualisée

ères

352 pages, 25 €

Loïc **Andrien**
Coralie **Sarrazin**

**Handicap,
pour une révolution
participative**



ères

120 pages, 15 €

Stefan Jaffrin

La tribu des GEM

Les groupes d'entraide mutuelle,
des lieux pour renaître
et réinventer la société

trames

ères

Préface de Claude Finkelstein
288 pages, 18 €

**En partenariat
avec les usagers**

Marie **Rajablat**

**Mille et un
soins infirmiers
en psychiatrie**

Entre combats et magie
de la rencontre



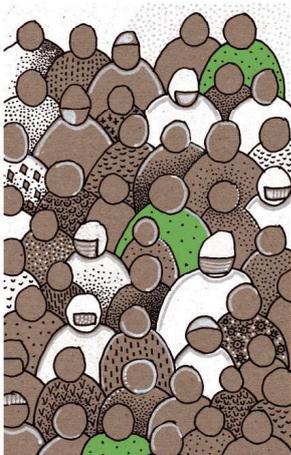

ères

216 pages, 15 €

Corine Cauvin Renault

**Reconstruire
l'hôpital**

Concilier normes et relation de soin



ères

Préface de Florence Giust-Desprairies
352 pages, 29,50 €

Laure **Marmilloud**

**Donner vie
à la relation de soin**

Expérience pratique et enjeux
éthiques de la réciprocité




ères

Préface de Jean-Philippe Pierron
264 pages, 16 €

Consultez notre catalogue sur
www.editions-eres.com



EN LIBRAIRIE

ou à défaut : Éditions ères – 33 avenue Marcel Dassault – F-31500 Toulouse – Tél. 05 61 75 15 76 – e-mail : eres@editions-eres.com