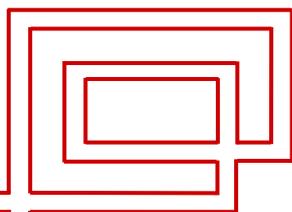


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

TEMPS SUSPENDU

N°82 - Juillet 2023

AFPEP-SNPP

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

BIPP 82

TEMPS SUSPENDU

Responsable de la Publication

Béatrice Guinaudeau

Rédacteur en chef

Jérémie Sinzelle

Rédacteur adjoint

Thierry Toussaint

Comité de lecture

Jérémie Sinzelle – Thierry Toussaint – 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 82

TEMPS SUSPENDU

01 Rapport d'activités, Assemblée Générale du 11 mars 2023.....	5
par Thierry Toussaint, Secrétaire Général.....	
02 Motions votées lors de l'Assemblée générale du 11 mars 2023.....	9
par Thierry Toussaint, Secrétaire Général.....	
03 Vive la science !.....	11
par Thierry Toussaint.....	
04 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des solutions locales pour un désordre global ?.....	14
par Sophie Stein.....	
05 Commentaires du rapport Académie Nationale de Médecine : Psychothérapies, une nécessaire organisation de l'offre.....	21
par Anna Konrad et Sophie Stein.....	
06 Activité de l'ODPC-PP.....	25
par Olivier Brunschwig, président, et Sophie Stein, secrétaire, de l'ODPC-PP.....	
07 Au fait, la psychopédagogie, c'est quoi ?.....	27
par Françoise Duplex.....	
08 Théâtre en Avignon.....	30
par Françoise Duplex.....	
09 Psychiatrie institutionnelle et libérale, deux psychiatres en campagne.....	33
Entretien avec Nathalie Gisbert et Christophe du Fontbaré par Sophie Stein.....	
10 Communiqué de presse du Syndicat National des Psychiatres Privés (SNPP).....	35
11 Nouvelle convention : Chronique d'un échec programmé.....	38
par Patrice Charbit et Claude Gernez.....	
12 CMPP : pédopsychiatrie de terrain.....	40
par Marie Dagault.....	
13 La Savoie, si loin, si proche, ou en nous ?.....	44
par Jérémie Sinzelle.....	
14 Simone Wiener, Une psychanalyste en quête d'auteurs, Paris, Éditions Campagne Première, 2023.....	47
Recension par Thierry Toussaint.....	
15 Avec l'AFPEP au Congrès Français de Psychiatrie Phygital.....	48
au Centre de Congrès - Cité Internationale (Lyon, 28 novembre - 02 décembre 2023).....	

01 Rapport d'activités, Assemblée Générale du 11 mars 2023 par Thierry Toussaint, Secrétaire Général

La dernière assemblée générale a eu lieu en juin 2022, que s'est-il donc passé depuis et qu'avons-nous pu bien faire ? Bien des choses, mais vous vous douterez que les négociations conventionnelles ont occupé une grande part de notre activité.

Nous avons compté en 2022 moins d'adhérents qu'en 2021. Cela nous a amenés à nous interroger, notamment sur la question de la communication.

Le Conseil d'Administration s'est réuni physiquement dans nos locaux en juin, septembre et décembre dernier. Il s'est également réuni en visio deux mardis soir par mois en moyenne. Je vous épargnerai le nombre de mails et appels téléphoniques divers.

Nous avons eu comme d'habitude de nombreuses sollicitations de la part de collègues, sur des sujets assez courants comme des conseils à l'installation ou lors de conflits avec des tutelles. L'actualité a été cette année marquée par les menaces de sanction lors des dépassements du taux de 20% de téléconsultations, qui ont donné lieu à de nombreuses demandes. Je remercie d'ailleurs Rania Gard pour sa réactivité sur ces questions.

Avant de différencier les activités relevant plus de champ de l'AFPEP, association scientifique et celles du SNPP, association syndicale, quelques sujets communs ont donné lieu à une réflexion du CA.

Tout d'abord la question de garder un local dédié, qui a un coût non négligeable et qui s'avère en fait peu utilisé. Le CA a débuté une réflexion sur la possibilité de s'en passer : les moyens financiers dégagés permettraient d'autres actions.

Ensuite, la question de la communication : nous faisons de notre mieux pour transmettre des informations et nos positions aux adhérents et à nos correspondants, ce par plusieurs canaux, mais, il faut le rappeler, tous les membres du CA sont bénévoles et aucun n'est formé spécifiquement à la communication. Nous avons proposé que l'AFPEP-SNPP finance une formation à Rania Gard sur ces questions, ce qu'elle a accepté. Il s'agit d'un vaste chantier, qui comprend entre autres la refonte du site internet. Nous ne pouvons pas faire l'économie d'une réflexion approfondie sur cette question, qui comme je le disais, est étroitement liée à celui du nombre d'adhérents : comment faire connaître l'AFPEP-SNPP ? Comment donner envie aux collègues de se syndiquer ? La tournure des négociations conventionnelles a démontré l'importance d'avoir une représentation syndicale forte, qui puisse soutenir face aux tutelles nos valeurs et notre éthique du soin, ainsi que la défense de notre profession.

Autre vaste chantier : celui de la redynamisation des sections régionales. Pour mémoire, le CA, qui d'après les statuts comptent de 30 à 45 membres, est composé de conseillers nationaux élus par l'AG, 15 au maximum et de 15 à 30 conseillers régionaux, élus par les sections régionales, c'est-à-dire les adhérents de chaque région. L'esprit de départ donnait donc beaucoup d'importance aux élus régionaux. A ce jour, le CA est composé de 28 membres seulement, dont 15 conseillers nationaux et seulement 13 conseillers régionaux. On peut en faire deux constats : tout d'abord un manque d'élus global, ce qui nous limite dans nos marges d'action, d'autre part un manque d'élus régionaux.

Ces deux chantiers sont en fait difficilement séparables : moins nous sommes connus, moins nous avons d'adhérents et moins nous avons d'élus au CA. D'où l'importance de les mener de front.

1) AFPEP

Fédération Française de Psychiatrie

Nous sommes restés présents et actifs au sein de la **Fédération Française de Psychiatrie**, dont Claude Gernez est le Président encore pour quelques jours.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre y est toujours très actif, particulièrement au sein du groupe autisme.

Brice Martin, qui est psychiatre hospitalier, va devenir Président de la FFP pour trois ans et ensuite un libéral devra lui succéder en 2026. L'AFPEP a proposé comme candidat Michel Jurus, qui a bien voulu accepter. L'élection aura lieu le 13 mars.

La FFP reste dans l'incertitude quant à la subvention ministérielle, d'autant plus qu'il est maintenant confirmé que la HAS adresse ses demandes d'expertise aux trois instances : CNPP, FFP, et CNQSP. Serait-il alors utile d'aller dans le sens d'une société unique rassemblant la FFP et le CNQSP ?

La collaboration avec l'**ODPC-PP** s'est poursuivie cette année, avec l'investissement de nombreux collègues. L'année 2023 a ouvert une nouvelle période triennale, comprenant une nouvelle procédure dite de recertification des médecins et de nouvelles orientations prioritaires parues à l'automne.

L'ODPC-PP a organisé lors de nos Journées Nationales un DPC « Souffrance au travail » dans un format plus court et une formation FAF sur le thème du vieillissement. Elle a également organisé deux DPC lors des Journées de Printemps.

Les contraintes formelles à la montée d'une formation DPC restent très importantes, ce qui nécessite à chaque fois beaucoup d'énergie. A ceci s'ajoute la nécessité de trouver de nouveaux sujets qui puissent s'intégrer dans les orientations nationales et susciter suffisamment d'intérêt pour qu'il y ait des inscriptions. La question du support se pose également : en cette époque post-confinement, les formations à distance semblent avoir le vent en poupe.

Il est par ailleurs prévu lors des prochaines JN l'organisation de 2 DPC.

WPA

Jérémie Sinzelle est notre représentant à la **WPA**, qui a tenu à Bangkok son congrès du 3 au 6 août dernier et qui tiendra le prochain à Vienne fin septembre. La WPA a participé conjointement avec Alfapsy au premier congrès africain en décembre dernier à Hammamet.

Alfapsy

Michel Jurus est président d'ALFAPSY pour encore une année, et le Docteur Hassen ATI, psychiatre libéral tunisien, lui succédera en 2024. Il a pu nous tenir au courant des nombreuses activités de cette association.

Depuis l'année dernière, ALFAPSY a organisé plusieurs rencontres ou y a étroitement participé :

- Le colloque scientifique « *Le sexuel, fondements et controverses* » organisé par l'Association Marocaine de Psychiatrie Dynamique (MADP) à Casablanca les 7 et 8 octobre 2022,
- Le premier congrès africain de psychiatrie de la WPA à Hammamet en décembre 2022,
- Le *World Congress of Psychotherapy* à Casablanca du 9 au 11 février 2023,
- Le congrès de La Société Africaine de Santé Mentale en mars 2023 au Burkina Faso à Ouagadougou,
- Les 5èmes Rencontres CitéPsy à Bruxelles les 7 et 8 avril 2023, « *L'exil forcé existe-t-il ?* ».

Pour suivre les activités d'ALFAPSY, je vous renvoie à leur site web :

<http://www.alfapsy-international.org>

Les **Journées Nationales** de Caen ont été un succès. Le Conseil d'Administration remercie chaleureusement nos collègues caennaises Marie Dagault et Caroline Durnerin, pour leur grande implication et plus largement toutes celles et ceux qui les ont permises. Nous avons particulièrement apprécié la présence de jeunes collègues.

Les prochaines Journées auront lieu à Angoulême du 28 septembre au 1^{er} octobre, et s'intituleront Ethique du doute. Nous ne doutons pas de leur futur succès également.

Le **Congrès Français de la Psychiatrie** a eu lieu à Lille en décembre dernier. L'AFPEP y a tenu un stand et Claude Gernez et Sophie Stein sont intervenus lors du Forum des Associations au sujet des CPTS. Le prochain congrès se tiendra à Lyon en décembre 2023.

Isadora

Les prochaines rencontres Isadora auront lieu le 1er week-end de juin à Saint-Martin de Vignogoul et seront consacrées au passage à l'acte.

Publications

Le numéro de Psychiatries reprenant les actes des JN d'Arles est paru et a été distribué en janvier dernier.

2) SNPP

CNPP

Pour mémoire, le Conseil National Professionnel de la Psychiatrie, regroupe les sociétés savantes et tous les syndicats représentatifs.

Elie Winter en est le président depuis octobre dernier, pour une année. Le président suivant devra être proposé par la Fédération.

Le CNPP, comme cela est prévu, a été sollicité par les tutelles pour émettre des recommandations sur les orientations prioritaires des DPC. Nous avons constaté que ces recommandations ont été suivies. Cela montre à nouveau l'importance de cette institution, qui est devenue une interlocutrice de différentes institutions publiques quand elles ont des questions relatives à la psychiatrie (par exemple, Ordre des Médecins, Cour des Comptes, HAS etc...).

URPS

Nos élus, à savoir Anne-Lise Bodin dans les Pays de la Loire, Béatrice Guinaudeau en Nouvelle Aquitaine, Michel Jurus en Auvergne Rhône-Alpes et Elie Winter en Ile-de-France, ont activement participé aux activités de leur URPS.

Comme l'année dernière, ils ont été très sollicités dans les différentes commissions et groupes de travail, certains étant plus austères que d'autres.

Cette participation active permet de mieux faire connaître notre exercice à nos collègues et nous apporte en retour de précieux éclairages sur ce qui se passe au niveau local dans ces régions, où les médecins font preuve de beaucoup de dynamisme (par exemple création d'outils numériques pour se passer de ceux des grands groupes, ou mise en place en AuRA (Auvergne Rhône-Alpes) d'une expérimentation sur les télésupervisions).

Il ressort également que la doctrine des ARS, donc venant de l'Etat, mise essentiellement sur des dispositifs se passant volontiers des psychiatres, l'excuse étant notre démographie dite « déclinante ». Par exemple, on peut citer la pair-aidance, le coaching, le dispositif monPsy et la liste n'est pas exhaustive...

Pédopsychiatrie

Nous avons continué à porter une grande attention à la situation de la pédopsychiatrie, libérale et institutionnelle.

Nous avons de plus en plus de retours de collègues pédopsychiatres libéraux se sentant en difficulté pour travailler, ou pour le dire autrement ne se sentant pas ou plus soutenus dans

leur exercice par les tutelles. Nous avons des attentes à l'égard de la négociation conventionnelle, malheureusement déçue.

Par ailleurs, une journée consacrée aux CMPP a eu lieu au Sénat le 10 octobre dernier. Anna Konrad en a été une des organisatrices. De nombreux professionnels étaient présents, mais peu de politiques. La Sénatrice Laurence Cohen et son assistante parlementaire sont particulièrement intéressées par les questions relatives à la psychiatrie et ont noté un lobbyisme important de certaines fondations. Le CA a fait part de son intérêt à la rencontrer.

Téléconsultations

Plusieurs membres du CA ont été interpellés en début d'été dernier sur la question du seuil de 20% de TC prévu par l'Avenant 9. Les collègues nous faisaient part d'un sentiment d'inadéquation entre ce seuil et leur pratique quotidienne. Cela nous a amené à réaliser un sondage et les réponses obtenues étaient en majorité en faveur d'une augmentation (69%). Cette question a suscité plusieurs discussions au sein du CA. Il en est ressorti que, plus qu'une question de seuil, la question de la bonne pratique de la TC nous semble essentielle. Celle-ci repose nécessairement sur une indépendance professionnelle du psychiatre et aussi sur le lien direct avec ses patients. Il faut également prendre en compte l'aspect territorial. A ces conditions, le CA peut envisager d'être favorable à l'augmentation du seuil. Il serait également intéressant que l'Assurance Maladie transmette le taux moyen de TC des psychiatres libéraux. D'après certains chiffres communiqués, il apparaîtrait que 20% des psychiatres libéraux ont dépassé en 2022 le seuil de 20%, loin d'être la majorité, mais loin d'être négligeable non plus.

AvenirSpé et négociations conventionnelles

Il va sans dire que cela a été et reste notre sujet principal depuis 6 mois. Nous remercions particulièrement Claude Gernez pour son implication et sa ténacité.

Il va sans dire que nous avons de fortes attentes, à savoir :

- **Revalorisation du CNPSY**, les revenus des psychiatres étant dans les derniers du classement.
- **Revalorisation urgente de la pédopsychiatrie et la psychiatrie du sujet âgé**, deux surspécialités nécessitant des temps de consultation longs et un travail de coordination important.
- **Revalorisation des visites à domicile**, dont la rémunération est indécente.
- **Valorisation les thérapies de groupes**, outils thérapeutiques largement développés en psychiatrie, mais ne pouvant être effectués qu'en milieu hospitalier.
- **Faire de la téléconsultation un outil adapté** à la clinique en ne la limitant plus à 20% de l'activité.
- **Simplification de la nomenclature et du parcours de soins** : l'avis de consultant (APY) représente moins de 5% des actes de psychiatrie.
- **Amélioration de l'accès aux soins** : les mesures citées ci-dessus le permettent en elles-mêmes. Nous proposons par ailleurs la création de nouveaux dispositifs de soutien aux médecins généralistes par des réunions de concertation et de supervision, pouvant entrer dans le cadre des Équipes de Soins Spécialisés.

Le bureau d'AvenirSpé s'est montré attentif et à l'écoute de nos demandes et questions. Nous nous sommes de notre côté impliqués en assistant aux Etats Généraux d'AvenirSpé en novembre dernier, en participant à plusieurs réunions ou séminaires, en essayant d'apporter à AvenirSpé rapidement les informations ou précisions demandées, notamment chiffrées.

Très vite, l'Assurance Maladie a mis en avant son axe prioritaire, l'accès aux soins, ce qui n'était pas une surprise. Ce qui a été malheureusement une surprise est qu'elle avait déjà sa solution : une revalorisation en échange du Contrat d'Engagement Territorial, que nous avons refusé, comme toutes les autres spécialités. Le règlement arbitral va commencer et nous restons pleinement mobilisés.

En conclusion :

Nous avons rédigé et diffusé une tribune l'été dernier, notamment auprès des parlementaires et nous serons reçus mercredi prochain en audition par des parlementaires du groupe socialiste. Notre participation à AvenirSpé nous donne une place importante dans la représentation de la psychiatrie lors des négociations conventionnelles. Les tâches ne manquent pas, comme vous pouvez le constater et notre collectif, bénévole, rappelons-le, s'y attelle du mieux qu'il peut.

Tout ceci nous confirme l'importance d'une représentation syndicale forte et impliquée : les psychiatres libéraux existent et ne sont pas des fossiles. Ils ont une pratique originale et des valeurs qui n'ont pas dit leur dernier mot, et l'AFPEP-SNPP est là pour les représenter.

02 Motions votées lors de l'Assemblée générale du 11 mars 2023 par Thierry Toussaint, Secrétaire Général

- I) Le SNPP rappelle la nécessité de l'indépendance professionnelle du psychiatre. Chaque psychiatre libéral doit pouvoir recevoir ses patients à la fréquence et selon les modalités qu'il juge nécessaire aux soins.

Adoptée à l'unanimité.

- II) Concernant les téléconsultations, le SNPP initie une réflexion clinique et thérapeutique sur leur usage.

Adoptée à l'unanimité.

- III) Le SNPP réaffirme son engagement et son soutien au syndicat AvenirSpé.

Adoptée à l'unanimité.

- IV) Le SNPP et l'AFPEP initient une réflexion sur la répartition des délégués régionaux.

Adoptée à l'unanimité.

- V) Le SNPP et l'AFPEP tiennent à exprimer leur très grande préoccupation concernant la pédopsychiatrie. Nous continuons de soutenir notamment la place des CMPP, indispensable à la pérennité d'un soin pédopsychiatrique de qualité. Le travail en institution est irremplaçable.

Adoptée à l'unanimité.

- VI) L'AFPEP et le SNPP expriment leur préoccupation concernant la politisation des prises en charge des personnes autistes.

Adoptée à la majorité (une voix contre, une abstention).

- VII) Face à la pénurie de psychiatres et l'inflation des demandes, l'AFPEP et le SNPP déplorent la destruction des soins au profit d'une gestion de flux bureaucratique et lobbyiste. Le SNPP réaffirme l'importance du colloque singulier entre le médecin et son patient, dimension essentielle à partir de laquelle s'élabore la médecine et le soin.

Adoptée à la majorité (dix abstentions).

03 Vive la science ! par Thierry Toussaint

Il arrive parfois que les suggestions de notre moteur de recherche nous troublent, tellement elles tombent juste. Que l'on se demande alors si quelque intelligence occulte ne les met pas volontairement sur notre chemin, ou que l'on admire le fonctionnement mécanique de l'algorithme qui, recherches après recherches, anticipe les réponses aux questions que nous nous apprêtons à poser, ceci laisse rarement indifférent.

A titre d'exemple, mon propre moteur de recherche m'a suggéré dernièrement d'aller naviguer sur une page de l'INSERM, dont le titre entraperçu était : « *Troubles bipolaires : Une décennie de découvertes* ». Je n'ai pas été troublé outre-mesure, en effet mon moteur de recherche me connaît et il a deviné depuis longtemps mon intérêt pour le domaine de la psychiatrie. En revanche, je n'avais pas souvenir qu'il m'ait déjà suggéré des pages de l'INSERM, peut-être me prêle-t-il un moindre intérêt pour la question de la science, moindre en tous cas que pour les sites de streaming.

Toujours est-il que d'un geste précis du doigt j'acceptais cette suggestion en appuyant sur le lien et me retrouvais face à cette page de l'INSERM, nimbée de l'autorité de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, double autorité de la Science et de l'Etat.

Une première vérification s'imposait : de quand datait le contenu en question ? Un bilan de dix ans de découvertes en 1990 n'aurait pas été sans intérêt, mais j'avais plus envie de savoirs récents. La réponse fut rapidement trouvée : la publication datait du 28/10/2022, donc était récente. J'apprenais incidemment que la durée de lecture était estimée à 6 min, durée fort raisonnable qui me permettait de me mettre immédiatement à l'ouvrage et de ne pas reporter la lecture à un plus tard, dont l'expérience m'avait appris qu'il pouvait tout aussi bien avoir lieu dans deux heures que dans deux ans.

Je m'attelais donc à la lecture de la première phrase que je reproduis in extenso : « *Depuis près d'une dizaine d'années, la fondation FondaMental suit la plus grande cohorte de patients atteints de troubles bipolaires jamais constituée.* »

Immédiatement, ma lecture se suspend et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la mention de FondaMental n'est pas sans me troubler : d'une part parce que je m'attendais à ce que l'on me parle de l'INSERM et de ses propres recherches (et chercheurs), d'autre part pour des raisons liées à l'image que j'ai de la fondation en question et de son activisme médiatique et politique. Une autre raison de suspension est le constat que les règles d'introduction n'ont pas changé depuis mes souvenirs du lycée : il faut un début accrocheur ! En l'occurrence « *la plus grande cohorte de patients atteints de troubles bipolaires jamais constituée* ». Je trouvais que cela manquait d'un petit quelque chose, d'un « *en tout temps et en tout lieu* » ou d'un « *de toute l'histoire de la psychiatrie, de la science et de l'humanité !* »

Tout ceci cependant ne constituait pas des motifs suffisants pour m'empêcher de poursuivre : je ne connais pas les liens entre l'INSERM et FondaMental et les images que j'en ai ne regardent que moi, de même que les petites moqueries que ma pensée a l'habitude de fabriquer. L'aura, voire l'auréole, de la Science et de l'Etat m'appelaient.

Je me replonge donc dans la lecture. Il s'agit d'un article destiné au grand public, qui commence par conséquent et comme il se doit par quelques explications générales sur le trouble bipolaire puis comme souvent dans la communication de FondaMental par un rappel que « *la recherche sur les troubles bipolaires accuse un certain retard* ». Certes, mais retard par rapport à quoi ? Le reste de la recherche scientifique ? Le reste de la médecine ? Les autres pays ? L'heure d'été ? Passons. J'apprends ensuite que la cohorte comprend 4422

patients, que Marion Leboyer a eu le Grand Prix INSERM en 2021 (toujours l'aura et l'auréole) et que... des découvertes ont été faites en dix ans ! Elles vont nous être présentées.

Mon attention est alors à son maximum : les ravages que les pathologies psychiatriques peuvent provoquer dans l'existence de ceux qui les éprouvent et de leurs proches ne sont pas à prendre à la légère et j'accueillerais avec enthousiasme une découverte permettant de les faire disparaître, tout au moins les amoindrir grandement.

Pour commencer, les causes : « *la piste immunoinflammatoire* » a le vent en poupe, semble-t-il, et derrière elle une subtile interaction gène-environnement. Cela ouvrirait « *la voie à [...] la découverte de traitements ciblés* ». Certes, mais quels traitements ? Et quand ? Le clinicien reste sur sa faim et il se rappelle soudainement avoir entendu le même discours vingt ans auparavant, jeune interne. Il était déjà question d'interaction gène-environnement, de retard dans la recherche etc... Il se rappelle aussi que Freud parle, dans son langage, d'interactions entre des facteurs constitutionnels et l'environnement. La moquerie surgit : si nous en sommes encore à un stade de réflexion comparable à celui d'un médecin viennois de la Belle Epoque, effectivement nous sommes très en retard. D'ailleurs à ce stade, retard ne convient plus : notre recherche est plutôt dans un état de cryoconservation avancée comme dans toute œuvre de science-fiction qui se respecte.

L'article se poursuit par les trajectoires, apprendrons-nous quelque chose d'éclairant ? Une chercheuse nous explique, doctement comme il se doit, que « *nous savons désormais qu'il existe trois types de trajectoires* ». Lesquels ? « *Les patients qui s'améliorent, ceux qui ne s'améliorent pas, et ceux dont l'état s'aggrave au cours du temps* ». Le clinicien relit plusieurs fois cette phrase, se demande si sa presbytie naissante ne lui joue pas des tours. On peut se demander d'abord quelle distinction est faite entre ne pas s'améliorer et s'aggraver, et aussi être surpris que l'on n'ait pas découvert un quatrième type de trajectoire : « *les patients dont l'état ne change pas* ». Cela permettrait de réduire à deux types principaux : les patients dont l'état change et ceux dont l'état ne change pas, curieuse formule aux allures présocratiques.

J'invite le lecteur à faire l'expérience suivante : choisissez un membre de votre entourage peu informé des choses de la psychiatrie, expliquez-lui brièvement le trouble bipolaire, apprenez-lui que dix années de recherche ont enfin permis de démontrer que les patients vont mieux ou vont plus mal, et observez sa réaction. J'ai essayé de mon côté et l'expérience s'est avérée très distrayante.

A ce stade, je n'étais plus vraiment convaincu par ma lecture, on s'en doutera. Je trouvais néanmoins une satisfaction, celle d'avoir pu vérifier une théorie qui m'est chère, à savoir que le sérieux confine parfois au grotesque, si l'on n'y prend pas garde. Je me suis néanmoins efforcé de poursuivre.

En effet, l'article n'est pas sans quelques avancées sur ce qui pourrait infléchir ladite trajectoire, la remédiation cognitive, pour contrer les effets sur la mémoire, et une bonne hygiène de vie, comme on dit : bien dormir, bien manger, de l'activité physique, en somme les ingrédients du traitement moral. Le logiciel est là encore dans sa version du 19^{ème} siècle. Quant aux médicaments, il n'est fait mention que du lithium, « *le régulateur de l'humeur le plus courant et le mieux toléré* », en attendant, j'imagine, le futur traitement prometteur. A la lecture, il semblerait que le seul problème causé par le lithium est la prise de poids qu'il engendre et aussi qu'il « *peut nécessiter des prises quotidiennes* ». Le prescripteur est cette fois-ci un peu perplexe : il a quelques idées d'autres problèmes causés par le lithium, certains mortels, et il n'a pas notion qu'il puisse être prescrit autrement que quotidiennement. Devrait-il retourner sur les bancs de la Faculté ? Il est également question de l'observance, la fameuse. Il semblerait qu'elle soit moindre en cas de forte dépression, donc il convient de soigner celle-ci. Effectivement, si l'on n'est plus capable de se lever de son lit, a fortiori on n'est guère capable de prendre correctement une médication. Je crois même que l'on a

inventé des endroits où l'on peut se reposer en laissant d'autres, souvent des professionnels de santé, le soin de s'occuper de cette question. Ces endroits n'ont plus le vent en poupe, pas assez modernes, je crois.

Et pour finir, cerise sur le gâteau, point culminant de dix ans de recherches menées sur la cohorte la plus importante de l'histoire galactique, la question des... coûts ! Chères et chers lecteurs, oyez donc : la sainte recherche a estimé le coût d'un patient bipolaire à 7565 euros par an ! Mais grâce aux traitements labellisés science, ce coût diminue de moitié ! Plus que 3782,5 euros par an. Chers patients, encore un effort ! Vous pouvez couter encore moins, si vous y mettez vraiment du vôtre ! Déjà que vous êtes malades, vous pourriez avoir la décence de ne pas coûter trop cher, quand même ! La solidarité a ses limites, il ne faudrait pas non plus appliquer l'esprit du Conseil National de la Résistance, cette idée de solidarité qui a donné naissance à la Sécurité Sociale. Oui, cette Sécurité Sociale là, celle dont ces affreux obscurantistes de l'AFPEP-SNPP parlent régulièrement. L'après-guerre, c'est bien beau, mais il faudrait peut-être revenir dans le monde réel. Comme le conclut l'article : « *la voie est tracée* ».

La voie est donc tracée vers la logique du coût ? Vive la science, alors !

Mais il n'y pas que les chercheurs qui connaissent la voie. Hergé la connaît aussi et je lui laisserai les paroles finales : « *Lao-Tzeu l'a dit : Il faut trouver la voie ! Moi je l'ai trouvée. Il faut donc que vous la trouviez aussi... Je vais d'abord vous couper la tête. Ensuite, vous trouverez la vérité !* »

04 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des solutions locales pour un désordre global ? par Sophie Stein

Ce texte a donné lieu à une première présentation dans le cadre de la Journée des Associations au Congrès Français de Psychiatrie 2022 à Lille. (01)

Une CPTS, qu'est-ce que c'est ?

C'est d'abord un « *dispositif* », selon la définition du « *Dictionnaire historique de la langue française* », un ensemble de moyens disposés conformément à un plan et définis juridiquement.

L'ensemble de moyens d'une CPTS, c'est l'ensemble des professionnels qui la constituent : « *des professionnels de santé... assurant des soins de premier ou de deuxième recours, des acteurs médico-sociaux et sociaux, ainsi que des professionnels des services de prévention et de santé au travail...* » (02). Ces professionnels, ensemble de moyens, doivent formaliser un plan, c'est-à-dire un projet de santé, suivant une procédure administrative en plusieurs étapes. Ce projet de santé doit « *préciser le territoire d'action de la CPTS* » (03) qui correspond à celui de la population concernée par le projet. Ce dernier doit être élaboré dans le « *respect des objectifs du projet régional de santé* », c'est-à-dire s'inscrire dans un autre plan, à une échelle plus large celui-ci, pour que la CPTS soit constituée et reconnue par l'ARS et l'assurance maladie. Les CPTS ont été définies juridiquement par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dite aussi LMSS.

Ce dispositif vise à « *assurer une meilleure coordination des actions des professionnels et à concourir à la structuration des parcours de santé* » (04).

Depuis janvier 2016, les lois, décrets, accords conventionnels, arrêtés se suivent qui donnent progressivement forme et contenu aux CPTS et à d'autres dispositifs de soins coordonnés.

Une circulaire d'application précise que « *les CPTS sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle... au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leur patientèle habituelle* ».

Ces « *équipes projets* » ont des missions, définies par un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (05), signé en juin 2019.

Parmi ces missions, quatre sont des missions « *socles* » :

- l'amélioration de l'accès aux soins de la population d'un territoire : en particulier l'accès à un médecin traitant – en priorité pour les patients en ALD, de plus de 70 ans, en situation de précarité, bénéficiant de l'AME ou de la CMU – et l'accès à des soins non programmés, le jour même ou dans les 24h pour les urgences non vitales.
- l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient avec l'amélioration de la coordination des acteurs afin d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser le maintien à domicile des patients, particulièrement pour les patients en situation complexe, en risque de fragilité, en situation de handicap, personnes âgées. Il s'agit d'éviter les actes redondants et de prévenir l'isolement des professionnels face aux situations complexes.
- le développement d'actions territoriales de prévention ou de promotion de la santé dont l'efficacité sur un territoire pourrait être améliorée en étant portées de façon pluri-

professionnelle : prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de l'obésité, des violences intra-familiales...

- réponse aux crises sanitaires graves.

À ces quatre missions socles, s'ajoutent deux missions complémentaires et optionnelles :

* des actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins, dans le prolongement des groupes d'analyse de pratique existants, échange sur les pratiques, organisation de concertations autour de cas-patients, formalisation de retours d'expérience,...

* la promotion et la facilitation de l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones en tension démographique, la facilitation de l'accueil de stagiaire.

L'arrêté d'août 2019 qui approuve cet ACI prévoit qu'aux CPTS, organisées à l'initiative des professionnels de santé de ville, peuvent être progressivement associés d'autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires, hôpitaux de proximité, services d'HAD,...

En novembre 2021, 166 CPTS étaient constituées, sur un ensemble de territoires regroupant environ 1/4 de la population.

Les CPTS bénéficient de financements alloués par l'Assurance Maladie, pour couvrir les frais de fonctionnement et pour les missions. Une part du financement dédié aux missions est liée à l'évaluation annuelle des résultats et de l'impact des missions.

Ce sont des dispositifs de coordination.

Et les dispositifs de soins coordonnés ?

Les **ESP (Équipes de Soins Primaires)** ont aussi été créées par la loi de janvier 2016. Elles sont constituées de professionnels de santé de premier recours, dont au moins un médecin généraliste et un paramédical. C'est un mode d'exercice coordonné autour d'une patientèle, dans l'objectif d'améliorer les parcours de santé, avec un projet défini et choisi par l'équipe qui constitue l'ESP.

Les **MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles)** créées en 2007 et les CDS (Centres de Santé) sont considérés comme des ESP qui peuvent aussi prendre des formes plus légères de coopération.

Les **ESS (Équipes de Soins Spécialisées)** ont, elles, été créées par la loi du en juillet 2019 (06). C'est « *un ensemble de professionnels de santé constitués autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités, hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé élaboré entre eux* ». Deux ESS ont été créées en Île de France, en dermatologie et en cardiologie. Il existe une ESS d'ophtalmologie dans les Hauts de France. L'ESS de psychiatrie est encore à inventer. En psychiatrie, il existe des ESP.

Et avant, qu'y avait-il ?

Le secteur psychiatrique a été l'une des premières organisations territoriales de soin. À la fin des années 50, quelques psychiatres des hôpitaux, souvent engagés en politique et/ou en psychanalyse et dans le courant de la psychothérapie institutionnelle, cherchent à lutter contre la ségrégation et l'enfermement des patients loin de leur environnement social. Ils ont une certaine idée du soin psychique et défendent la sectorisation. Le Directeur Général de la Santé adopte leurs préconisations. Un plan de modernisation des hôpitaux psychiatriques est ordonné qui se concrétise dans la circulaire de 1960. Cette circulaire organise la continuité

des soins. Elle confie à une même équipe dépistage, traitement sans hospitalisation, quand c'est possible, ou avec quand ça ne l'est pas, et soins de post-cure. Elle prévoit le découpage de chaque département en secteurs géographiques, de 70000 habitants pour les secteurs de psychiatrie adultes et 210000 pour les inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La circulaire prévoit aussi les dispositifs extra-hospitaliers et le nombre de lits nécessaires par secteur. Vingt-cinq ans plus tard, est votée la loi relative à la sectorisation psychiatrique qui donne au secteur un statut juridique.

Pour les soins généraux, c'est en 2003 que le « *territoire de santé* » se substitue au secteur sanitaire. Les projets de santé sont désormais territorialisés et font l'objet d'une concertation entre les acteurs du champ de la santé élargi aux secteurs médico-social, et social, impliquant les élus et les usagers. L'objectif de cette territorialisation est de mieux prendre en compte les réalités locales et de graduer l'organisation des soins en identifiant différents niveaux de prise en charge. (07) La volonté est de coordonner et de décloisonner les filières et les soins, et d'amener à travailler ensemble.

L'élaboration de la loi du 26 janvier 2016 s'inscrit dans cette évolution. Elle s'appuie sur de nombreuses consultations et rapports. En mars 2013, le rapport Couty intitulé « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* » introduit la notion de service public territorial de santé (08). En avril 2014, dans la suite du rapport Couty, est publié le rapport Devictor (09), intitulé « *Le Service Public Territorial de santé* » (SPTS). Ce rapport répond à une lettre de mission qui demande de construire le cadre du SPTS et ses modalités d'articulations avec le Service Public Hospitalier (SPH). La nécessité est celle d'une réforme durable qui « *installerait le parcours, c'est-à-dire la proximité et la continuité, dans notre système de santé* ». Le caractère précurseur du secteur psychiatrique comme modèle d'organisation territoriale des soins est rappelé et souligné. Malgré les nombreuses consultations, débats et rapports qui l'ont précédé, le projet de loi santé, déposé en octobre 2014, n'est adopté qu'en janvier 2016, après avoir fait l'objet d'une décision de procédure d'urgence. Dans cette loi, le SPTS est abandonné au profit de la création des CPTS et ESP. Par la loi de 2016, c'est aux CPTS qu'est confiée l'organisation territoriale de l'offre de soins et de santé.

Dans le projet de loi santé avorté de 2014 comme dans le projet de loi qui sera finalement adopté en janvier 2016, les soins psychiques sont banalisés et intégrés au dispositif commun.

Et la psychiatrie dans tout ça ?

Les promesses faites en 2012 d'établir une loi-cadre de psychiatrie et de santé mentale n'ont pas été tenues. Nombreux sont les professionnels et les militants qui s'en inquiètent. Des représentants de Santé Mentale France (10) écrivent en 2015 : « *en aucun cas, la santé mentale ne peut se réduire au seul modèle de santé organique, et il ne faut avoir aucune culture anthropologique pour affirmer que les maladies mentales sont des maladies comme les autres. Malgré les tentatives de vouloir objectiver les troubles psychiques selon les modalités classificatoires utilisées dans les autres disciplines médicales, force est de reconnaître que leur origine et leur expression dépendent tout autant du contexte environnemental et social propre à l'histoire de chaque individu que de ses seules structures neuro-cérébrales. Cette complexité est constitutive de l'être humain et impacte fortement les modalités d'expression de ses symptômes ainsi que la relation thérapeutique, support du soin psychique* ». (11)

Les auteurs de ce texte soulignent les fortes disparités de moyens entre les secteurs de psychiatrie et la disparition de la notion de secteur dans la loi HPST.

La CPTS Paris 20 :

Créée en 2019, la CPTS Paris 20 – les professionnels qui la constituent – est présentée comme porteuse de projets répondant aux besoins des professionnels et des habitants du

XXème arrondissement dont c'est le territoire. Face à l'épidémie de Covid et aux premiers confinements, des tournées infirmières de maintien à domicile sont coordonnées, une ligne unique regroupant 51 médecins généralistes est créée, des retours à domicile anticipés et coordonnés sont facilités. Professionnels adhérents à la CPTS et autres professionnels du territoire animent très régulièrement ensemble des webinaires qui visent à partager les dernières informations sur le Covid, à partir des expériences de terrain. C'est en suivant ces webinaires que j'ai découvert l'existence de cette CPTS.

Sur son organigramme, les professionnels de terrain sont en haut, le Conseil d'Administration et le Bureau en bas, composés exclusivement de professionnels de santé, médecins et non-médecins. L'adhésion est gratuite pour les professionnels de santé libéraux qui ont une patientèle sur le 20ème arrondissement.

Le groupe de travail « santé mentale » se réunit depuis environ 18 mois. Une médecin généraliste et un infirmier qui travaillent dans la même MSP animent les réunions qui permettent de se connaître, de découvrir les ressources du territoire, en particulier celles du secteur associatif ou médico-social. Dans ces réunions, le psychiatre est un professionnel de santé parmi les autres. Il n'est pas là pour coordonner mais pour se coordonner. Au même titre que les autres professionnels de santé, il peut proposer des projets ou s'inscrire dans des projets existants. À partir de ce groupe de travail, a été élaboré un questionnaire destiné à l'ensemble des psychiatres libéraux de l'arrondissement (27 dont certains en cessation d'activité, ou déjà retraités, mais encore inscrits dans l'annuaire ameli des professionnels) afin de mieux connaître leur pratique et aussi de faire connaître la CPTS et le groupe de travail santé mentale. Une psychiatre retraitée qui intervient bénévolement au sein d'un centre d'action sociale ainsi qu'une psychiatre nouvellement installée dans l'arrondissement ont participé l'une et l'autre à quelques réunions. Des psychologues et des représentants du secteur médico-social ou social participent aussi aux réunions. Une rencontre a eu lieu avec des psychologues participant au dispositif « MonPsy », une prochaine réunion est prévue avec l'un des secteurs de psychiatrie de l'arrondissement qui en compte trois.

Quelques questions et réflexions :

La création des CPTS, présentées comme une sinon la solution à l'organisation territoriale des soins de ville et à leur articulation avec les secteurs hospitalier et médico-social, a été précédée de nombreux débats et controverses.

Le rapport Devictor visait, je cite, à « *développer un choc de coopération au sein du système de santé hospitalier, social, médico-social et de ville* » et « *un choc de responsabilisation des acteurs de santé* ». Mais à quels professionnels, médecins et non-médecins, dans les secteurs hospitalier, libéral, social et médico-social peut encore s'appliquer ce « *traitement de choc* » aujourd'hui ? Que reste-t-il à coordonner et à décloisonner ?

Le caractère précurseur du secteur de psychiatrie en tant qu'ensemble de moyens visant à la continuité des soins intra- et extra-hospitaliers et à leur articulation avec les accompagnements sociaux et médico-sociaux, a été reconnu et souligné dans la période d'élaboration de la loi de 2016. Pourtant, le secteur se trouve fragilisé. L'extra-hospitalier, ancré dans le territoire, sert de variable d'ajustement budgétaire, ce qui entraîne la fermeture ou le regroupement de CMP, HDJ, CATTP, rendant leur accès plus difficile aux patients. Sept ans après le vote de la LMSS, la situation ne s'est pas améliorée. Le secteur psychiatrique s'essouffle sans grandes perspectives ni alternatives dignes de ce nom pour les patients les plus en difficulté.

L'écart se creuse entre les dispositifs créés juridiquement et les réalités de terrain. En 2013, est créée la Communauté hospitalière de territoire pour la psychiatrie parisienne (CHT). Le projet est « *ambitieux, axé sur la prise en charge ambulatoire* » (12). Il s'agit de « *développer des liens entre psychiatrie hospitalière et médecine de ville, renforcer les liens entre équipes de secteur et médecins généralistes, favoriser la coordination des acteurs de santé* » est-il

écrit en 2016. Mais ce dispositif de coordination n'a pas empêché que les médecins généralistes du XXème arrondissement se retrouvent pendant plusieurs mois seuls à devoir assurer le suivi de nombreux patients psychiatriques auxquels il avait simplement été signifié qu'ils ne pouvaient plus être reçus dans l'un des CMP en raison du départ de plusieurs médecins. (13)

Qu'y a-t-il encore à attendre d'une loi cadre de la psychiatrie et de la santé mentale ?

N'y a-t-il pas un risque que les CPTS, sur lesquelles reposent l'organisation territoriale des soins ambulatoires et bien d'autres missions ne se heurtent aux mêmes difficultés que les secteurs de psychiatrie – insuffisance des moyens alloués ou disponibles, en premier lieu des moyens humains, variabilité de l'attribution des moyens financiers ? Quant à l'inégalité du déploiement de ce dispositif sur le territoire national cette fois, elle est déjà évidente et sans surprise, avec des CPTS là où il y a des médecins et des MSP et... pas de CPTS là où il n'y en a pas.

—

En libéral, les liens que tissent les psychiatres avec d'autres professionnels du soin, des secteurs social et médico-social, n'ont pas, à ma connaissance, donné lieu à des publications ou études, qui permettraient d'en retracer l'histoire ou d'en faire une revue approfondie. Mais ils n'en existent pas moins. Tout au long de leur formation et au début de leur parcours professionnel qui débute souvent par un temps d'exercice salarié, les psychiatres libéraux ont été en relation avec d'autres professionnels. Ils se sont formés au travail en équipe pluridisciplinaire et aux particularités propres à la discipline de ce travail. Une fois installés, et selon leur orientation, ils gardent ou recréent des liens avec des établissements du secteur médico-social – ITEP, SESSAD, ESAT, CAJ –, des Maisons des Ados ou des BAPU, des maisons de retraite, des associations, des réseaux d'accueil pour migrants, de souffrance au travail... Cette liste n'est pas exhaustive. Les psychiatres libéraux ont bien sûr des correspondants réguliers ou réunis autour de la situation d'un patient, en ville et/ou à l'hôpital, médecins ou non médecins. Ces liens, ne s'inscrivent habituellement pas dans une logique territoriale ou dans un dispositif, mais parce qu'ils reposent sur la disponibilité suffisante de chaque partenaire et une relation de confiance éprouvée à l'occasion d'expériences de coopération répétées dans le temps, ils sont eux aussi porteurs d'une amélioration de l'accès aux soins et d'une meilleure coordination. Je ne peux pas le prouver mais j'espère que chacun ici aura pu en faire l'expérience.

La possibilité d'instaurer un dialogue entre médecin généraliste, ou plus généralement professionnel de soins primaires (dont font partie les spécialistes) et psychiatres repose sur la possibilité de trouver un langage commun. Et aussi de partager une certaine conception de la santé et des maladies, en particulier des maladies mentales ou troubles psychiques et de la place accordée à la relation intersubjective entre le médecin et son patient dans cette conception.

Dans la conception des maladies psychiatriques et de leur traitement, on trouve à l'une des extrémités, une approche « *positiviste* » de la maladie comme affectant l'organisme sans participation intra ou intersubjective et des traitements souvent médicamenteux et/ou protocolisés. Et à l'autre extrémité une définition de la maladie comme se référant à l'individuel, prise dans un contexte – social, économique, politique, historique – et comme « *quelque chose qui se passe entre le malade et celui qui le soigne* » (14). Ce « *quelque chose qui se passe* » entre le patient et le psychiatre qui considère l'action psychothérapeutique comme indissociable de sa clinique, c'est l'élaboration progressive et continue de représentations communes de la maladie ou du « *trouble* » qui affecte le patient, de son sens, de ses conséquences, du ou des traitements possibles. Dans cette conception de la maladie affectant le psychisme – et non le cerveau – la relation est indissociable du traitement.

D'un partage minimum de ces conceptions de la maladie psychique comme se référant au singulier et du traitement comme reposant sur la relation continue, et non sur une succession de rencontres avec des interlocuteurs différents et sans liens entre eux, découlera la possibilité d'une circulation intersubjective support des soins entre le médecin généraliste et le psychiatre.

Un dispositif n'est pas, en soi, porteur de soins. Il le devient s'il est le support de valeurs et de conceptions communes aux professionnels qui y participent et s'il permet une certaine circulation intersubjective entre eux.

Médecins généralistes, autres acteurs de « *soins primaires* » et psychiatres ont beaucoup en commun. Je militerai ici pour que l'approche « *positiviste* » et médicale des troubles psychiques et de leurs traitements ne s'impose pas seule, au détriment du « *fond anthropologique commun* » (15) de notre exercice, ancré dans la tradition philosophique, les sciences humaines, et pour les psychiatres dans les apports de la psychopathologie et de la psychanalyse.

Bibliographie

Demailly L., Autès M., sous la dir. de, « La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses. », Armand Colin/Recherches, Paris, 2012.

Revue Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique, n°87, octobre 2019. « Recherche médecin désespérément ».

Venet E., « Manifeste pour une psychiatrie artisanale », Verdier. 2020

(01) En référence au titre du film de Coline Serreau, sorti en 2010, intitulé « *Solutions locales pour un désordre global* », dans lequel la réalisatrice cherche à montrer des initiatives locales face aux changements climatiques et à leurs conséquences dramatiques.

(02) Art.L1434-12 du CSP introduit par l'art. 65 de la loi du 26/01/2016

(03) *ibid.*

(04) *ibid.*

(05) Signé en juin 2019 entre l'assurance maladie et syndicats représentatifs des différentes professions de santé, approuvé par un arrêté en août 2019

(06) Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/2020-11-30/>

(07) Lucas-Gabrielli V., Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification.

<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-73.htm>

(08) Ministère de la Santé & Solidarités ; pacte de confiance, rapport de synthèse, « Concevoir un service public territorial de santé », p.19.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

(09) Rapport Devictor.

https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/2014/SPTS_rapport_devictor.pdf

(10) La fédération SMF réunit des professionnels de tous horizons et des militants autour de l'accès à la santé et à la citoyenneté des personnes vivant avec des troubles psychiques et/ou en situation de handicap psychique.

https://santementalefrance.fr/media/documents/2017/05/plaquette_SMF.pdf

(11) Proposition de Santé Mentale France sur le projet de loi de santé.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-80.htm>

(12) Hirsch V., Strizyk A., Du secteur au territoire.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-275.htm>

(13) Hirsch V., Strizyk A., « Du secteur au territoire : l'offre de soins ambulatoire au sein de la Communauté Hospitalière de Territoire pour la psychiatrie parisienne ».

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-275.htm>

- (14) Valabrega J.-P., La relation thérapeutique, Nouvelle bibliothèque scientifique, Flammarion, p.25
- (15) Valabrega J-P, La relation thérapeutique

05 Commentaires du rapport de l'Académie Nationale de Médecine « *Psychothérapies : une nécessaire organisation de l'offre* » par Anna Konrad et Sophie Stein

En janvier dernier 2022, l'Académie Nationale de Médecine produisait un rapport intitulé « *Psychothérapies : une nécessaire organisation de l'offre* » (01). Ayant pour mission de répondre ou de s'auto-saisir de toute question concernant la santé publique, l'Académie se donnait pour objectif dans ce rapport de définir au mieux les conditions de pertinence et d'efficacité des psychothérapies, afin que les moyens, particulièrement ceux de la solidarité nationale, soient bien utilisés. Ainsi, on peut lire dans le résumé présenté en tête du rapport que « *l'examen médical préalable à l'engagement dans une psychothérapie devrait assurer que l'indication le justifie parce que susceptible d'améliorer la symptomatologie et son pronostic. La solidarité nationale ne saurait être engagée sans ces garanties* » (02).

Des techniques psychothérapeutiques y sont inventoriées, ainsi que des diagnostics ou symptômes susceptibles d'être améliorés par ces techniques. Une place importante est faite à l'objectivation par l'imagerie fonctionnelle des effets de certaines techniques psychothérapeutiques. Le rapport se termine par des considérations sur la formation nécessaire, rouvrant les questions posées par les textes et débats qui ont précédé et suivi l'amendement dit « *Accoyer* ».

L'abord apparemment rationnel des rédacteurs de ce rapport pose néanmoins la question de leurs choix méthodologiques et de leur positionnement. Il est fait peu de cas de l'abord clinique multi-référencé articulant lecture médicale, psychopathologique et contextuelle des troubles psychiatriques ou de la souffrance psychique, tel que développé dans le « *Référentiel du métier de psychiatre* » (03). Ce n'est qu'entre les lignes qu'on pourra lire certaines critiques vis-à-vis des psychothérapies psychanalytiques, pratiquées par des « *adeptes trop souvent peu enclins à reconnaître la validité d'autres méthodes ou la nécessité d'une évaluation scientifique* » (04) sans tenir compte des recherches faites dans ce domaine depuis le début des années 1920 (05). Ou au contraire des préconisations, en faveur des techniques développées en référence aux neuro-sciences, au neuro-cognitivism ou aux TCC, s'agissant de « *garantir le choix de la meilleure modalité de traitement pour corriger les dysfonctionnements psycho-comportementaux* » (06). Ce rapport pourrait même être considéré comme apaisant la « *guerre des psychothérapies* » en énonçant que l'expertise de l'INSERM réalisée 2004 concluait « *à l'efficacité sur divers troubles psychiques des 3 catégories de psychothérapies considérées, psycho-dynamique, cognitivo-comportementale et systémique* »... Si cette affirmation n'était pas précédée d'une mise en exergue des TCC et suivie, dans une dialectique sibylline, de commentaires tels « *qu'on ne saurait cependant en conclure qu'une psychothérapie est équivalente à une autre* » et que « *la question des déterminants d'efficacité d'une psychothérapie est posée* » (07). Amenant le lecteur à se demander ce que peut bien désigner, dans ce contexte, « *une psychothérapie* » : une technique psychothérapeutique distincte d'une autre ? Le processus psychothérapeutique se déroulant entre deux protagonistes ?

Il manque aussi un éclairage sur les recherches visant à comparer l'efficacité de différents types de psychothérapies. L'ouvrage majeur de Bruce E. Wampold, *The great psychotherapy debate*, dont la dernière édition actualisée date de 2021, a posé l'équivalence globale de l'efficacité des différentes modalités de psychothérapie. L'argument est reconnu par les grands journaux médicaux (08) et les plus grandes associations professionnelles (09). Les facteurs communs, à rechercher dans l'alliance thérapeutique et la réponse du thérapeute aux besoins spécifiques du patient, ainsi que l'implication de ce dernier dans le changement, l'emportent sur les facteurs qui pourraient être spécifiques à telle ou telle méthode

psychothérapeutique. L'Académie ne souligne pas que les déterminants communs à toutes les psychothérapies ont été formalisés pour répondre aux résultats des recherches qui montraient une efficacité équivalente entre les différentes méthodes psychothérapeutiques. Ces résultats restent surprenants aussi longtemps que chaque psychothérapie est considérée comme un traitement médical spécifique de la cause de la maladie. Comme remarque avec humour M. Pérez Alvarez de l'Université d'Oviedo, il en résulte que dans une perspective purement médicale « *chercheurs et cliniciens [...] ne savent pas comment ou pourquoi leurs thérapies fonctionnent, ou du moins ils ne peuvent pas en être sûrs car les thérapies de leurs voisins (honnis) fonctionnent également tout en faisant des choses différentes* » (10).

L'engagement de la solidarité nationale dans la prise en charge des psychothérapies est l'un des sujets de ce rapport. Il est amusant de noter que l'auteur d'un article canadien traitant de cette question, Emmanuel Stip, cité en référence, cite lui-même... une tribune parue dans le quotidien Libération en 2014, signée par Xavier Briffault et Pierre Henri Castel, qui revendiquent énergiquement le remboursement des psychothérapies, en soulignant déjà que « *les études les plus fiables n'accordent désormais plus d'importance à l'école de psychothérapie testée* » (11), (12). Il faut croire que les querelles d'école tiennent toujours une bonne place en France, au point que l'Académie de Médecine revendique toujours de discriminer les psychothérapies les unes par rapport aux autres. Nous soulignerons avec B. Wampold qu' « *au lieu de se disputer pour savoir quel traitement est (marginale) meilleur qu'un autre, les efforts devraient porter sur l'amélioration de l'accès* » (13).

Quelques réflexions conclusives :

La réflexion autour de l' « *organisation de l'offre* » en matière de psychothérapies est effectivement importante. Il s'agit de prendre en compte et de répondre à des attentes et exigences parfois contradictoires comme faciliter l'accès à des soins psychiques pris en charge par l'assurance maladie tout en encadrant la dépense publique, alors que la demande augmente. Ou encore d'aider patients et professionnels à s'y retrouver face à une offre à la fois diverse et trop difficilement accessible. Mais le rapport de l'Académie Nationale de Médecine traite-t-il bien de son sujet en assimilant les psychothérapies à des traitements spécifiques, sur le modèle des antibiotiques, ou à des traitements ciblés, sur le modèle des traitements en cancérologie avec, d'une part, un psychothérapeute appliquant une technique et/ou suivant un protocole et, d'autre part, un patient considéré sous l'angle de son diagnostic DSM ou de ses symptômes qu'il s'agit de réduire ? Y a-t-il une pertinence – scientifique et/ou économique – à considérer troubles psychiatriques et souffrance psychique sous l'angle de « *maladies comme les autres* », relevant d'un seul diagnostic médical, de celui-ci devant découler l'indication de la bonne technique psychothérapeutique ?

Plusieurs expérimentations, citées dans ce rapport, ont été développées ces dernières années. Le dispositif « *MonPsy* », étendu à l'ensemble du territoire en avril 2022, vise à faciliter l'accès à des soins psychiques, dispensés par des psychologues, remboursés par l'assurance maladie, avec un maximum de 8 séances, pour un montant de 40 euros pour l'entretien d'évaluation et de 30 euros pour les séances de suivi psychologique suivantes. La mesure 31 du Ségur de la santé, adoptée en mai 2021, prévoit, entre autres actions, le recrutement de 200 Équivalents Temps Plein (ETP) de psychologue visant à renforcer l'offre de soutien psychologique dans des structures d'exercice coordonné – Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et Centre de Santé (CDS) –, sans avance de frais pour des patients relevant d'une liste d'indications. Les soins comprennent un entretien d'évaluation, une à dix séances initiales de prise en charge psychologique, puis, le cas échéant, une à dix séances de « *psychothérapie spécifique* » – comportementale et cognitive, psychodynamique/d'inspiration analytique, interpersonnelle ou d'inspiration familiale. Pour s'assurer que le patient relève bien de la liste d'indications prévues, le médecin traitant adresseur doit caractériser le trouble du patient, éventuellement en utilisant des échelles d'évaluation proposées en annexe de la présentation de la mesure.

Le médecin traitant doit aussi s'assurer que le patient ne présente aucun des quinze critères d'exclusion. Quant au psychologue, il s'engage à transmettre systématiquement au médecin traitant le compte-rendu de l'évaluation initiale, de mi-traitement et de fin de traitement.

Le rapport de l'Académie Nationale de Médecine s'inscrit dans la continuité du rapport de l'IGAS de 2019 (14) et de ces expérimentations et dispositifs. On y retrouve le souci de « *responsabilité budgétaire* » et de réforme, en utilisant le « *logiciel* » ainsi résumé par M. Canto-Sperber dans un débat radiophonique récent (15) : « *réduction du reste à charge pour les usagers, rationnement des dépenses – avec la baisse de qualité que cela entraîne – ..., sous-tarifcation, limitation des investissements, stigmatisation de tous les acteurs... multiplication des normes* ». La mise en place, dans certains pays européens, d'« *une différenciation tarifaire entre acte de consultation et acte de psychothérapie, les honoraires pour acte psychothérapique étant à un niveau nettement inférieur* », dans le but de « *limiter le temps de psychiatre consacré à la psychothérapie* » (16), citée en exemple dans le rapport, est une mesure qui s'inscrit bien dans ce « *logiciel* ».

Dans un contexte de pénurie de médecins et particulièrement de psychiatres au regard des besoins, réflexions constructives et vigilance sont plus que jamais nécessaire pour défendre un acte psychiatrique unique correctement rémunéré et pour que, dans l'intérêt de nos patients et peut-être de la santé mentale, les psychiatres ne soient réduits ni à un rôle remédicalisé d'expertise et de prescription, ni à celui de prestataires de soins dévalués en psychothérapie.

(01) « Rapport 22-01. Psychothérapies : une nécessaire organisation de l'offre », Bull Acad Natl Med 206 (2022) 450-456.

https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/02/Rapport-22-01-Psychoth-erapies-une-n-cessa_2022_Bulletin-de-l-Acad-mie-Nat.pdf

(02) *ibid.*, p 450

(03) « Référentiel du métier de psychiatre » élaboré par la Fédération Française de Psychiatrie et le Conseil National de Psychiatrie sous la présidence de J.-J. Laboutière.

(04) *ibid.*, p 451

(05) Voir à ce sujet G. Visentini, « L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverse », PUF, Paris, 1921.

(06) *ibid.*, p 451

(07) *ibid.*, p 452

(08) « *Les troubles mentaux sont intrinsèquement complexes (par exemple, hétérogénéité des symptômes d'un trouble à l'autre, taux élevés de co-morbidité) et les traitements fondés sur des preuves doivent tenir compte de cette complexité. Les solutions potentielles consistent à envisager à la fois des approches hautement individualisées (c'est-à-dire personnalisées) et des approches dites universelles ou transdiagnostiques qui ciblent des mécanismes communs.* » Emily A Holmes, Ata Ghaderi, Catherine J Harmer, Paul G Ramchandani, Pim Cuijpers, Anthony P Morrison, Jonathan P Roiser, Claudi L H Bockting, Rory C O'Connor, Roz Shafran, Michelle L Moulds, Michelle G Craske, The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science, Lancet Psychiatry 2018, 5 : 237–86

(09) « *Également connus sous le nom de « facteurs communs » car ils sont partagés entre différentes orientations thérapeutiques (par ex, psychodynamique, humaniste, cognitive-comportementale, interpersonnelle) ces facteurs sont probablement responsables autant, sinon plus, de la variance des résultats que la technique elle-même.* » Guide de l'Association des Psychologues Américains (APA) sur la pratique psychologique fondée sur les preuves, p12.

<https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>

(10) M. Pérez Álvarez, The great psychotherapy debate, Bruce Wampold and Zac Imel, 2021, Papeles del Psicólogo, 2022 43(2) 133-135.

<https://www.papelesdelpsicologo.es/English/2998.pdf>

(11) Stip, Emmanuel « Maintenant qu'elle est bien découverte, la psychothérapie devrait être couverte ! ». Santé mentale au Québec 40, no 4 (2015) : 7–14.

<https://doi.org/10.7202/1036089ar>

(12) Briffault, X., Castel, P.-H. et Dezetter, A. « Pourquoi il faut rembourser les psychothérapies » Libération, 11 février 2014.

(13) What do we know about Psychothérapie ? par Bruce E. Wampold.

<https://societyforpsychotherapy.org/what-do-we-know-about-psychotherapy-and-what-is-there-left-to-debate/>

La *Society for Advancement of Psychotherapy* est la section de psychothérapie de la Société des Psychologues Américains (APA). On lit également sur cette page : « *Certains prétendent que certaines thérapies sont plus efficaces que d'autres : Le plus souvent, l'affirmation est que la TCC est supérieure aux autres thérapies. Dans les cas où ces preuves sont présentées, les effets de la supériorité de la TCC sont faibles et généralement limités aux symptômes ciblés par la TCC mais pas par le traitement de comparaison. Il ne semble pas y avoir de différences entre les traitements en ce qui concerne la qualité de vie, le bien-être et le fonctionnement psychologique général.* »

(14) IGAS, « Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution », octobre 2019.

(15) M. Canto-Sperber, invitée de « L'Esprit Public » sur « La crise du système de santé en France et en Europe », 1/01/2023, France Culture

(16) *ibid.*, p. 453

06 Activité de l'ODPC-PP par Olivier Brunschwig, président, et Sophie Stein, secrétaire, de l'ODPC-PP

Le bilan de l'activité de l'ODPC-PP en 2022 est symptomatique de la période chahutée voire chaotique vécue par les psychiatres en France depuis plusieurs années maintenant, en particulier par les psychiatres libéraux.

D'une façon générale, les organismes de formation en santé ont constaté ces derniers mois une baisse importante de fréquentation de leurs sessions par les psychiatres cliniciens. Les causes en sont multiples et additionnent leurs effets dans le sens d'une désaffection. On peut repérer principalement : le déclin démographique (actuel et futur) affectant notre spécialité ; la saturation mentale par l'activité clinique qui entraîne une réduction du temps disponible pour la formation ; un épuisement de plus en plus répandu des praticiens, peu propice à la disponibilité cognitive nécessaire ; une lassitude à constater la déliquescence, pourtant prévisible, du système de soin psychiatrique ; une incompréhension et un attentisme à l'annonce d'une énième réforme de la formation continue et du mode d'exercice de la médecine libérale ; les effets psychologiques et socio-professionnels à long terme de la pandémie COVID-19 et des décisions des tutelles qui y sont associées.

Malgré ce contexte très défavorable, l'ODPC-PP a proposé et réalisé en 2022 plusieurs sessions de DPC fort intéressantes, les dernières en date étant, en octobre : **Santé mentale et Migration** (Françoise Labes et Bertrand Piret à Paris), **Préparation de la retraite professionnelle, vieillir en santé** (Frédéric Aumjaud à Caen), **Implication du psychiatre dans les souffrances au travail** (Olivier Brunschwig à Caen).

Les orientations prioritaires de DPC pour la période 2023-2025 ont été définies par un arrêté publié en septembre 2022. Ces orientations prioritaires sont regroupées en trois grands axes : amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge ; amélioration de l'organisation, de la pertinence et de la qualité des soins ; renforcement de la réflexion et des principes éthiques en santé.

Parmi les 200 orientations prioritaires, les premières concernent toutes ou plusieurs professions de santé, les suivantes sont définies par profession ou spécialités.

Pour la psychiatrie, six orientations prioritaires proposées par le CNPP ont été retenues (orientations 140 à 145) :

- Prévention, repérage et prise en charge des risques psychiatriques liés à l'environnement,
- Prévention, repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiatriques chez la personne âgée,
- Stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les pathologies psychiatriques résistantes,
- Thérapeutiques non médicamenteuses des troubles mentaux,
- Psychiatrie et justice : évaluation et prise en charge des personnes faisant l'objet de soins sans consentement et psychiatrie médico-légale,
- Repérage, accompagnement et prise en charge des pratiques addictives sans substance.

Pour mémoire, il existe trois types d'actions de DPC : de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques, de gestion des risques. Il est nécessaire, pour remplir les obligations triennales de DPC, de participer et à des actions de formation et à des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques, les actions de gestion des risques étant à priori réservées aux équipes hospitalières dans certaines spécialités.

La certification périodique est entrée en vigueur le 1er janvier 2023, sans se substituer à l'obligation de DPC, maintenue pour toutes les professions de santé à l'Ordre engagées dans la certification. Chaque professionnel sera amené à construire son parcours de certification avec un contrôle tous les 9 ans pour les professionnels déjà actifs, ou tous les 6 ans pour les professionnels qui débiteront leur exercice après janvier 2023. Il est prévu que les actions menées par les professionnels de santé devront « *permettre l'amélioration de leurs compétences et connaissances (DPC), contribuer au renforcement de la qualité de leur pratiques, améliorer la relation avec leurs patients* », et aussi contribuer « *à un meilleur suivi de leur santé personnelle* ». Un décret est toujours attendu, qui devrait préciser le contenu de ces actions, nécessaires à l'obtention de la certification.

Reste à espérer que des efforts seront faits afin qu'actions de DPC et actions menées en vue de la certification puissent s'articuler plutôt que s'empiler et être regroupées dans un même compte, auprès de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), plutôt que dispersées entre différents comptes : ANS, ANDPC, FAF, FIF...

Pour l'année 2023 et la nouvelle période triennale maintenant ouverte, l'ODPC-PP proposera un renouvellement des thèmes, des formes et des moyens d'assurer le Développement Professionnel Continu des psychiatres libéraux, selon les directives élaborées par l'ANDPC. Nous projetons notamment de réaliser des sessions – de formation ou d'évaluation et d'amélioration des pratiques – sur les thèmes suivants : gérontopsychiatrie, accompagnement des victimes de maltraitance, TCC, expertise en psychiatrie, abus de faiblesse et d'autorité, périnatalité, partage d'informations, maladie bipolaire, conditions éthiques et déontologiques de la consultation en pédopsychiatrie, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) et exercice coordonné, etc. La liste n'est pas exhaustive, les membres bénévoles de notre organisme étant ouverts à toute proposition émanant de quiconque s'intéresse à la transmission de nos savoirs psychiatriques et afférents à la psychiatrie. À noter que notre organisme propose désormais également des formations dans le cadre du dispositif FAF-PM et qu'il est projeté de pouvoir proposer des formations pluriprofessionnelles. Nous espérons que nos sessions éveilleront l'intérêt de nombreux collègues et réuniront de nombreux participants au cours des mois à venir.

07 Au fait, la psychopédagogie, c'est quoi ? par Françoise Duplex

Dans la Rome antique, le pédagogue est l'esclave qui mène les enfants à l'école. De façon élargie chez les Anciens et les Modernes, le pédagogue est celui qui enseigne aux enfants, qui a soin de leur éducation. Et le Psychopédagogue, comment ce concept est-il né ? À l'origine, nous rencontrons les prémises de l'enseignement spécialisé avec Ferdinand Buisson (1841-1932) qui fut directeur de la ligue de l'enseignement, et créa « *une société libre pour l'étude psychologique de l'enfant* » fin XIXème siècle. Elle s'inscrit dans une réflexion sur l'instruction et l'ère des enfants en difficultés au sein de l'école. Cette société sera présidée ensuite par Alfred Binet et prendra son nom, la société Alfred Binet. Laboratoire de pédagogie expérimentale, son but était de développer des expériences dans les écoles parisiennes, dont l'école de la Grange aux Belles. Des psychologues examinaient les enfants. Les études ont abouti aux échelles d'intelligence Binet-Simon. Des termes naissent : pédagogie expérimentale, pédologie, psychologie appliquée à l'éducation et enfin psychopédagogie dans les années 1930. Les Cmpmp n'existent pas encore. Il s'agit dans l'école publique de repérer et ré-orienter les enfants dits arriérés. Ce courant va influencer une réforme : le plan Langevin-Wallon, élaboré par Paul Langevin (1872-1946), physicien et philosophe de sciences et Henri Wallon (1879-1962), psychologue et médecin, qui était un projet global de réforme de l'enseignement et du système éducatif français élaboré à la Libération conformément au programme de gouvernement du Conseil National de la Résistance (CNR) en 1944. Jamais appliqué, ce projet sera toutefois à l'origine de l'introduction de la psychopédagogie dans la formation des enseignants, puis la création des psychologues scolaires (dont la mission est de mesurer l'intelligence des enfants). Dans les années 1970, naissent les GAP, groupe-aide-psychologique et la création du diplôme de rééducateur en deux ans.

En 1945, la **psychopédagogie** va à la rencontre de la psychanalyse au sein des premiers Centres médico-psycho-pédagogiques. Elle s'y introduit par le biais des enseignants rééducateurs. Le premier CMPP Claude Bernard est éponyme du Lycée où il fut créé en 1946, dans le 16ème arrondissement parisien : (1) « *Il s'agissait alors de venir en aide aux enfants et aux adolescents qui avaient du mal à reprendre leurs études après la période troublée de la guerre, sans les séparer de l'école et de leur famille. Les progrès réalisés entre les deux guerres en psychologie, en psychanalyse et en pédagogie, devaient être à la base de traitements nouveaux. Leur but : comprendre et traiter les symptômes d'inadaptation en les situant dans l'ensemble de la personnalité de l'enfant et dans son contexte familial et social. Ils furent appelés psychopédagogiques dans un premier temps, puis médico-psycho-pédagogiques à partir de 1963, pour bien mettre en évidence cette alliance toujours recherchée entre la médecine, la psychologie, la psychanalyse et la pédagogie. Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) fut ouvert en 1966 à destination des étudiants...* »

À quel public la psychopédagogie s'adresse-t-elle ?

Aux enfants qui présentent des difficultés d'apprentissage et ne rentrent pas dans les programmes scolaires, les enfants présentant des difficultés de comportement, des troubles neuro-développementaux, (les enfants autistes, psychotiques) ceux qui ne parviennent pas à apprendre à lire quel qu'en soit la raison, les enfants issus de l'immigration dont le langage parlé à la maison est bien loin du français et à priori ne présentent pas de pathologie si ce n'est celle induite par l'échec scolaire, etc..

Le destin de la psychopédagogie :

Nous avons vu que les psychopédagogues ou enseignants spécialisés Éducation Nationale (E.N.) étaient détachés dans les CMPP. Ce n'est plus le cas, d'autant que, désormais, au sein de cette grande institution, on ne parle plus de psychopédagogie, le mot « *psycho* » est réservé aux « *psychologues* ». Ils sont « *enseignants spécialisés* ». La formation des

psychopédagogues au sein du corps enseignants est la suivante : les enseignant-es, E.N. qui souhaitent se spécialiser suivent une formation pouvant aller d'une à trois années, et qui se conclut par une épreuve très sévère et décourageante.

Ceux·celles qui réussissent l'examen deviennent non pas psychopédagogues mais :

- enseignant-e à dominante relationnelle (anciennement maître G)
- enseignant-e à dominante pédagogique (anciennement maître E)

et enseigneront en RASED (réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté), en SEGPA (section d'enseignement général et professionnelle adapté) dès la 6ème, en ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire), en hôpital, ou en CPM (centre pénitentiaire pour mineurs).

Les psychologues E.N. sont recruté-es par un concours, qui comporte deux orientations, soit travailler en RASED et dans les écoles de la circonscription. Soit exercer en CIO (Centre d'Information et d'Orientation).

Un diplôme de psychopédagogie est né hors des murs de l'Éducation Nationale. Deux raisons à cela : sous la présidence de Nicolas Sarkozy, pour des raisons idéologiques et financières, le ministère a commencé à retirer ses postes d'enseignants spécialisés (Maître E, Maître G...) des établissements spécialisés à dominante pédagogique, pour les rapatrier au sein de l'école et des collèges. Puis la loi de 2005 en faveur de l'inclusion des Handicapés à l'école mit un coup d'accélérateur à ce repli. Ce fut la fin du mariage entre l'Éducation Nationale, le ministère de la santé, et du médico-social. Les CMPP et autres centres soignants se sont vus démunis. De plus, cette offre présentait le double avantage de proposer des enseignants spécialisés, dont le salaire continuait d'être versé par leur ministère, allégeant ainsi les charges salariales. Qu'à cela ne tienne, Faisant fi des questions de budget, le concept d'un diplôme de psychopédagogue a été créé, émanation de la motivation sans faille de plusieurs directeurs d'établissement en faveur de cette aide apportée aux enfants.

Les amis de Claude Bernard (CMPP) créent un Diplôme universitaire en lien avec l'université Paris V. (2) La FDCMPP, en collaboration avec Gilles Billotte, développe un diplôme universitaire de psychopédagogie à l'université d'Amiens. Il s'adresse aux étudiants, enseignants, psychologues ou tout autre professionnel dont l'intérêt porte sur les capacités d'apprentissage. Niveau d'entrée : Bac+3 (préférentiellement en psychologie ou sciences de l'éducation) ou diplôme équivalent. Le diplôme est ouvert aux psychologues diplômés et aux professionnels du champ concerné, sous réserve de dépôt d'une Validation des Acquis Professionnels, en cohérence avec un projet professionnel. Notons que des psychopédagogues travaillent en cabinet libéral au frais des parents de l'enfant reçu.

Cas clinique

Le jeune F a présenté dès le Cours préparatoire des difficultés sérieuses d'apprentissage. En CE2 il reste un élève peu motivé pour la vie scolaire hormis les récréations. Enfant fatigable, maladroit, peu à l'aise en écrit, des chiffres restent inscrits à l'envers. Un suivi orthophonique pour dyslexie est mis en place, puis les parents font appel à une grapho-thérapeute toujours en libéral. Puis F est inscrit au CMPP. Il rencontre un psychomotricien qui à l'issue d'une analyse clinique très fine et avis de l'équipe en synthèse, met en place un suivi psychomoteur. Au gré des séances, le thérapeute perçoit que les difficultés de l'enfant doivent être analysées à la lumière du fonctionnement familial. Demande est faite aux parents de F de me rencontrer pour une consultation pédopsychiatrique. Un autre symptôme bien encombrant apparaît, un trouble du sommeil qui retentit sur toute la famille. Jusqu'à la naissance de sa sœur puinée, soit à trois ans 4 mois, F a dormi avec ses parents, dans leur lit, puis sur un lit d'appoint dans leur chambre, sa main dans la main de sa mère ; l'impossible séparation se poursuit au-delà des séances agitées de couchers où il est rendu responsable du désordre familial. Désormais il partage une chambre avec sa sœur. Les couchers restent très tardifs au-delà de 23h. La métaphore paternelle est peu opérante. Le symptôme insomnie joue en faveur d'une impossible vie de couple. Les consultations auxquelles la mère participe activement,

déplacent la question scolaire sur celle de l'organisation familiale. Toutefois F reste fatigué, pâlichon, peu identifié à son père et très soudé à sa sœur qui le lui rend bien, l'économie familiale se préserve. En séance individuelle, j'ai demandé à F d'écrire une phrase, je découvre stupéfaite que les mots sont attachés ensemble, sujets, verbes, compléments : »*estceque* ». Il n'y a point de séparation, véritable illustration saisissante de ce qui se passe entre lui et ses proches. Comment peut-il accéder à la lecture de syllabes, phonèmes, puisqu'ils sont un magma infini. L'angoisse de castration, contemporaine de la non séparation mère-enfant, parce que le tiers n'est pas assez opérationnel, domine la vie psychique de F et perturbe la pulsion épistémophilique. L'enfant rencontre des difficultés d'accès au symbolique. Une fois avancé dans le travail de recherche psychodynamique, je l'adresse à la psychopédagogue, et en l'absence durable de son psychomotricien. Rapidement, l'enseignante va repérer que F sait lire, ce qui finalement est une bonne nouvelle. Une approche des apprentissages adaptée, tenant compte de ses résistances, fera peu à peu céder une partie l'angoisse qui s'est déplacée sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

Conclusion : Sans résoudre la problématique de ce petit garçon, qui dépasse largement les difficultés d'apprentissage, les séances de psychopédagogie associées aux consultations pédopsychiatriques individuelles et familiales se sont montrées réellement efficaces sur la façon dont F va se débrouiller avec le symbolique. Lui, pour lequel un SESSAD était requis par son pédiatre auprès de la MDPH – ce qui signe la gravité des troubles repérés – va poursuivre une scolarité ordinaire.

—

Remerciement à Gilles BILLOTTE Directeur administratif de CMPP, cet article s'est enrichi de la présentation faite lors du colloque « Les CMPP : Et demain ? » le 10 Octobre 22 organisé par Me Laurence Cohen, sénatrice du Val de Marne.

Remerciements à Madame Hubert Eugénie, enseignante spécialisée Académie de Nantes.

Donald Winnicott. L'enfant et le monde extérieur. Payot, Paris 2001.

Stanislas Morel. La médicalisation de l'échec scolaire. La Dispute, Paris 2014.

(1) Historique du Centre Claude Bernard

<https://www.centreclaudebernard.asso.fr/historique-du-centre>

(2) Formations du Centre Claude Bernard

<https://www.centreclaudebernard.asso.fr/formations>

08 Théâtre en Avignon par Françoise Duplex

Le festival d'Avignon s'est encore fait remarquer cette année, le « In » dans sa dernière édition avec à sa direction Olivier Py, bientôt remplacé par Tiago Rodrigues metteur en scène portugais. Comme à son habitude, le festival Off a retenu notre attention davantage, de nombreuses perles se sont révélées parmi les 1600 spectacles vivants. Témoin de l'immense travail en amont des compagnies.

Voici quelques suggestions de sorties :

1 - Dolto ou lorsque Françoise paraît

Des flyers et tracts sont distribués au hasard des rues d'Avignon intra muros, nous sommes fin juillet, les théâtres se tairont dans quelques jours libérant les artistes épuisé/es par trois semaines pleines d'activité quotidienne. Au verso du tract de cette pièce, quelque mots jetés de Catherine Dolto : « Pas facile de voir un spectacle qui fait revivre vos êtres chers... ». Puis a confié « ...avoir ressenti une vive émotion dès qu'elle voit la pièce, et dont elle dit que tout n'est pas exact, mais qu'en définitive tout est vrai, c'est le principal. Sa mère était moins leader, plus calme que ne le joue Sophie Forte. Les phrases de la fin de vie de Françoise Dolto recueillis par sa fille sont authentiques. » Se pose la question, pourquoi Éric Bu, auteur metteur en scène, a-t-il choisi le destin de Françoise Marettte épouse Dolto après s'être consacré à Arletty ? (1) Dans le livre (2) consacré à la pièce, on lit que dès l'âge de 10 ans il s'est passionné pour cette femme, médecin, invitée de l'émission « *Lorsque l'enfant paraît* » en 1976-77, diffusée chaque semaine, Jacques Pradel menait l'interview de la pédiatre psychanalyste. Eric Bu, jeune enfant, tendait l'oreille lorsque sa mère allumait le poste de radio, touché, par la voix féminine et maternelle qui parlait des enfants à leurs parents, à sa propre mère. Pouvons-nous extrapoler qu'il rêvait d'une consultation sur la relation enfant-parent ? Revenons à son théâtre, Catherine Dolto, 3ème enfant du couple Françoise-Boris, a nourri les dialogues avec le souvenir des paroles de sa mère. Car il s'agit de la vie de la grande dame, depuis ses rapports ravageurs avec sa propre mère, ses liens familiaux, sa vie professionnelle jusqu'à sa place dans les médias. Françoise Marettte était la quatrième de la fratrie de 7. Enfants auxquels leur mère austère dispensait une éducation rigide de la fin du XIXème telle qu'elle avait dû la recevoir, particulièrement à ses filles. Elle s'est montrée très dure et même rejetante, car déroutée par cette enfant Françoise, trop éveillée à son goût, qui osait poser des questions impertinentes, dérangeantes. La fillette relevait les contradictions des adultes et ne se privait pas de le leur dire. Devenue adulte, indulgente, intelligente, elle posa un regard de thérapeute sur une femme en deuil dans une infinie douleur due à la perte de sa fille aînée Jacqueline, la belle Jacqueline. Françoise, Vava, était moins jolie, sa mère s'est acharnée : allait-on pouvoir la marier ? Dans les années 1930, cette jeune fille aspirait à devenir médecin d'éducation. « *Une fille ? Vous n'y pensez pas, et puis cette spécialité n'existe pas. D'ailleurs le mot médecin ne se décline pas au féminin* ». Mise à la porte du foyer familial mais protégée discrètement par son père Henri, elle ne céda pas sur son désir, et poursuivit ses études de médecine, sous une pluie de reproches et insultes de Suzanne la mère exultante. Assise sur les bancs de la faculté de médecine avec son frère Philippe, elle choisit la pédiatrie à une époque où « *les enfants n'intéressaient personne* » (sic) à l'hôpital Trousseau, Paris XIIème. La psychanalyse est entrée dans sa vie à une période où elle allait très mal et avançait péniblement dans ses études. Son père lui conseilla d'aller consulter le psychanalyste René Laforgue. Psychanalyste de son frère également. Enfin, compagne de route de Jacques Lacan, ils fondèrent ensemble une théorie psychanalytique nouvelle. René Boris, son époux, d'origine russe, rhumatologue, apporta une influence très audacieuse à la médecine physique de rééducation et fonda l'école Boris Dolto, d'orthopédie et de massages. Une galerie de pas moins de 23 personnages constitue le socle de la pièce, soulignons la représentation de Boris, leur fils Carlos, leur fille Catherine, et surprise, le BAG ou Bon ange gardien qui l'accompagna tout au long de sa vie. Citons : au moment de mourir, Françoise

confie à sa fille. « *C'est juste une fin de vie qui se déroule... c'est à la fois Jouissif et inquiétant.* »

La petite troupe de trois comédiens, trois seulement, est emmenée par le dynamisme de Sophie Forte dans le rôle de Françoise tout au long de sa vie. Christine Gagne-pain défend le rôle ingrat de Suzanne Marette, puis de la journaliste « *D'aujourd'hui Madame* », la mère d'un bébé en consultation, enfin Catherine Dolto...

Stéphane Giletta joue successivement, Henri Marette, Édouard le promis, le journaliste Bernard Pivot, René Laforgue, Jacques Lacan, un curé, Jean Rostand, il passe de l'un à l'autre avec une agilité déconcertante.

Catherine Dolto, s'est confiée, elle a ressenti une vive émotion dès qu'elle voit cette pièce, qui la touche beaucoup et dont elle dit que tout n'est pas exact, mais qu'en définitive tout est vrai, c'est le principal. En effet sa mère était moins leader, plus calme que ne le joue Sophie Forte.

Théâtre Lopic, texte et mise en scène d'**Eric Bu**.

[1] »Est-ce que j'ai une gueule d'Arletty ? ». Co-auteur Éric Bu. Molière du meilleur spectacle musical (en 2020).

[2] « Lorsque Françoise paraît ». L'avant - scène théâtre, Éric Bu, numéro 1483 (15 mai 2020).

2 - La vie est une fête

Ou le parcours d'un jeune homme, Romain, depuis les années 70 à nos jours, tenu de s'accepter avec sa différence d'inclinaison sexuelle, puis se faire reconnaître et aimé tel qu'il est, son coming/out déclenche les réactions de l'entourage, sa mère : « *Mais qu'est-ce qu'on a fait pour que ça arrive* ». Le père : « *On n'a pas de gens comme ça dans la famille* ». Puis la rencontre du milieu gay dans lequel il ne se retrouve pas. Sous la direction de Virginie Lemoine, la vie est une fête vaut le temps qu'on y passe. Dans cette pièce il est question des psychiatres et comme dans bien d'autres, notre discipline est esquintée. Mauvaise image, pouvoir abusif, « *Dealer* » entend-on. La mère du jeune Romain est dépressive et ses comportements sont décortiqués à la lumière des effets secondaires induits par des diverses molécules que nos confrères lui prescrivent – abusivement sous-entendu. Littéralement hypomane telle une tornade blanche, sous « *Survector** » (Tiens je l'avais oublié celui-là !) puis aboulique sous Lithium... Quelques noms de spécialités lancés ici ou là nous révèle que l'auteur a du vécu. Le *Survector**, antidépresseur amphétaminique, largement utilisé à partir de 1978, puis interdit en 1999, ça ne s'invente pas. De **Lilian Lloyd**.

3 - Aussi audacieuse que leurs désirs

D'après les nouvelles d'Anton Tchekhov. Trois portraits de femmes sont peints dans une comédie burlesque, un style auquel A. Tchekhov ne nous a pas habitués. Nous sommes au XIXème siècle, une époque où les femmes voyaient leur condition soumise aux diktat des messieurs. Ici, celles-ci se jouent de leurs maris, leurs amants. Les trois scénettes sont écrites et interprétées avec beaucoup de drôlerie, de finesse et d'intelligence par Lina Veyrenc, Nicolas Georges, Frédéric Jacquot. Mise en scène **Frédéric Jacquot**.

4 - Festival In : Jogging

Ce seule en scène est présenté par une femme libanaise qui nous plonge dans l'univers dévasté de Beyrouth. Hors de la scène, son credo est de briser les tabous, engager la parole. Depuis de nombreuses années, Hanane Hajj-Ali ne se prive pas de dénoncer le régime corrompu. Elle nous plonge dans l'univers des femmes maltraitées par leurs hommes et leur condition sociale catastrophique. Humiliées, désespérées, la réponse de certaines consistera à mettre fin à leurs jours et à ceux de leurs enfants. Privant ainsi l'époux et père de sa famille. Suicide altruiste ? Acte de vengeance ? À l'instar de Médée qui se vengea de l'infidélité de Jason. Auteure et interprète, **Hanane Hajj-Ali**, dans un jeu avec le public, occupe la scène seule, en langue arabe, le texte est surtitré en anglais et français. Le spectacle glaçant de réalisme force le respect.

5 - La Grande Musique

Une pièce sur la psychogénéalogie aux allures de Thriller.

Je serais sincèrement tentée de narrer la pièce mais ce serait la spoiler (de *spoil*, gâcher). D'autres parts, il me semble nécessaire d'ajouter, ainsi que Lacan l'avait énoncé que lorsque le symbolique manque, le réel fait surface sous la forme d'hallucinations, de délire.

Le réel ici représenté par Marcel, un être pas tout à fait vivant mais pas vraiment mort, incube, qui revient hanter les femmes de sa descendance. À l'origine de ce retour du réel, non symbolisé, le drame vécu par Marcel et sa bien-aimée, source de honte et d'enfouissement dans la mémoire, durant plusieurs générations. Forclusion, et refoulement sont à l'œuvre car outre les hallucinations auditives et visuelles qui sont incarnées par la présence de Marcel, de mère en fille se répètent des symptômes hystériques, une psychose hystérique même ? Peu importe l'exactitude diagnostique, nous sommes au théâtre. L'un des descendants un peu fou énonce toujours des vérités. Ce qui est une observation exacte de la perspicacité qui se rencontre chez les malades mentaux.

Hormis la folie, Il est possible d'ajouter un autre regard à ce texte et se pencher sur le thème du non repos des Morts, illustré par Marcel qui hante le monde des vivants. Parce que sa mort n'a pas été respectée.

Les cinq excellents acteurs sont conduits à un rythme soutenu par une mise en scène très jouée et dynamique. Nous, spectateurs, sommes tenus en haleine et avec beaucoup de plaisir, par le suspense, que génèrent toutes les énigmes, pendant une petite heure et demie.

Texte de **Stéphane Guérin**. Coprod : Zoaque 7 & Marilu production, Imao, RSCP. Coréalisation Théâtre Buffon. Mise en scène : **Salomé Villiers**. Interprètes : Hélène Degy, Raphaëline Goupilleau, Pierre Hélie, Brice Hillairet, Étienne Launay, Bernard Malaka. La Tournée débute par San Francisco, à partir de septembre 2023.

09 Psychiatrie institutionnelle et libérale, deux psychiatres en campagne. Entretien avec Nathalie Gisbert et Christophe du Fontbaré par Sophie Stein

Depuis la rue Halou, rien ne distingue la maison d'une autre hormis la plaque qui signale « *Le Halo* ». Après quelques marches, le jardin s'offre à la vue, les tonnelles appréciées en été, le potager loin à l'arrière de la maison. Nathalie Gisbert et Christophe de Fontbaré m'accueillent dans la vaste pièce de vie, à côté de la salle d'attente ouverte sur l'extérieur. Ils ont travaillé l'un et l'autre en clinique privée dans les environs, Nathalie à Saumery, Christophe à La Borde avant de s'installer en libéral à Blois, puis de donner forme à leur désir d'exercer autrement au « *Halo* ».

CF, NG - « *Le Halo* », c'était d'abord un jeu de mots, puis nous nous sommes approprié le nom, la sonorité, l'idée. L'emménagement dans cette maison a été précédée de nombreuses rencontres, discussions au hasard d'allers-retours entre Blois et Paris, de réunions. Nous étions deux psychiatres, deux psychologues nous ont rejoints, nous avons hésité à intégrer un médecin généraliste, puis nous avons été à nouveau deux, toujours impliqués dans ce projet. Plusieurs compromis de vente ont été signés auxquels nous n'avons pas donné suite. Plusieurs configurations ont été envisagées, avec ou sans médecins d'autres spécialités, infirmière ou infirmier, dans le cadre d'un dispositif de type « *maison de santé pluri-professionnelle (MSP)* » ou non. Nous avons l'un et l'autre assisté à la montée en puissance des procédures d'accréditation en clinique et participé aux réflexions et actions déployées pour résister à la mise au pas des pratiques et à leur homogénéisation. Cela nous a incité à créer ce lieu sans demander de subvention ni nous inscrire dans d'autres procédures de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). L'activité psychiatrique libérale peut encore échapper à certaines contraintes qui s'appliquent à la médecine générale ou à d'autres spécialités. Nous avons eu envie de préserver cette liberté.

SS - Une zone à défendre ?

CF, NG - Lorsqu'il a été question de la vente de la clinique de La Chesnaie, les salariés se sont mobilisés et le lieu, indissociable d'une pratique de la psychothérapie institutionnelle, est devenu une zone à défendre, même s'il n'a été ni occupé ni abandonné. Pour ce qui est du secteur hospitalier public, trois des cinq psychiatres ont démissionné, les deux psychiatres restants approchent du départ à la retraite. À la faculté de médecine de Tours, seulement trois étudiants ont choisi psychiatrie l'année dernière, à peine plus les années précédentes. L'offre de soins psychiques est limitée à Blois. Aussi, notre installation a été bien accueillie ! Nous avons emménagé en mai 2020, au sortir du premier confinement. En plus d'être un lieu, « *Le Halo* » est devenu une association loi 1901, paritaire soignants-soignés, dont les statuts ont été déposés en septembre 2020. Fin 2022, l'association comptait 80 adhérents dont 40 actifs.

SS - « *Une prise en charge psychothérapique ne devrait jamais se couper des problématiques micro et macro sociales inhérentes à son contexte* » écrivait Felix Guattari. Comment parleriez-vous de Blois et de ses environs ?

CF, NG - Le Centre Val de Loire est particulièrement touché par la désertification médicale. Les départements du Cher et de l'Indre sont considérés comme territoires sinistrés avec moins de 3 consultations par an et par habitant auprès d'un médecin généraliste. Un tiers des habitants de Blois, qui se trouve dans le Loir et Cher, n'a plus de médecin généraliste. Blois, dont le maire est un ancien soignant, est à la fois une préfecture et une petite ville, divisée entre le centre-ville et une zone urbaine prioritaire (ZUP) au nord, dont les premiers immeubles ont été construits au début des années 60. Dans les environs, des cliniques psychiatriques se

sont ouvertes dans trois châteaux, à Saumery en 1938, à La Borde et à La Chesnaie en 1953 et 1956, inscrites dès les débuts dans le courant de la psychothérapie institutionnelle. Certains visiteurs et moniteurs - le nom toujours donné aux salariés de ces cliniques qui assurent des fonctions tournantes - habitaient ou habitent dans le quartier nord de Blois. Au sortir de leur séjour en clinique, certains patients s'installent dans des maisons d'accueil de la Croix Marine où passent des moniteurs des trois cliniques, ou bien ils continuent à être accompagnés à domicile par le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), dont le projet a été initié conjointement par deux des cliniques et par le service de psychiatrie de secteur. Tout cela contribue au climat favorable aux soins psychiques de la ville.

SS - On compare parfois la psychothérapie institutionnelle à une boîte à outils, Hélène Chaigneau parlait de valise vide. Alors dans la valise du Halo, qu'avez-vous mis ?

CF, NG - « *Le Halo* », c'est l'un de nos outils de soins. Quelque chose entre un club thérapeutique, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et un groupe d'entraide mutuel. Professionnels, sympathisants et patients peuvent adhérer à l'association mais les activités sont réservées aux patients qui sont suivis ici et qui en ont le plus besoin, ceux qui sont les plus malades, les moins insérés socialement et que nous encourageons à devenir membres de l'association. Ceux des patients pour lesquels participer à une activité ou être reçu en consultation est la seule occasion de la semaine d'être en relation avec un ou quelques autres. Nous n'avons pas défini d'autres critères mais, après une admission trop rapide et un incident qui aurait pu mal tourner, nous avons décidé qu'un patient devait être présenté par son thérapeute, psychiatre ou psychologue, à l'ensemble de l'équipe avant de pouvoir participer aux activités. Nous participons à l'une ou l'autre des activités, prenons un repas avec les patients, partageons un thé dans le jardin, passons un moment entre deux consultations. Avec le plaisir d'être ensemble, l'humour, c'est une façon de mettre du liant. Parfois, ce qui s'est initié dans la pièce de vie ou au cours d'une activité est repris, ou se prolonge, lors d'une consultation. Comme les patients par lesquels nous nous laissons enseigner, nous passons de la pièce de vie au bureau de consultation, et tentons de jouer subtilement des distinctions entre statut, rôle et fonction, afin que ces mouvements entraînent d'autres, psychiques ceux-là, et constituent la trame de réaménagements subjectifs. Au début, il y a eu un foisonnement de propositions d'activités, certaines ont duré trois mois, d'autres un peu plus. Aujourd'hui, nous avons atteint un certain rythme de croisière, avec des activités tous les jours : bricolage, jardinage, jeux de société, cafétéria, journal mensuel, marche, sorties. Les activités sont organisées collectivement et animées par des soignants ou non soignants bénévoles avec les patients qui, comme on peut le voir dans d'autres dispositifs peuvent être très accueillants et prévenants les uns avec les autres. Certains nouent des relations qui se prolongent à l'extérieur, ce que nous considérons comme un succès thérapeutique. Pour les patients moins malades et moins désinsérés mais qui peuvent néanmoins tirer des bénéfices thérapeutiques de la dynamique du collectif, il y a un groupe de parole mensuel.

SS - Avez-vous pensé à faire intervenir des « *pairs-aidants* » ?

CF, NG - Les formations sont pour l'instant organisées à Nantes ou à Paris, ce qui en limite l'accès pour les patients de Blois et des environs qui souhaiteraient se former. Ce qui se passe spontanément entre les patients, l'attention qu'ils développent les uns envers les autres, peut s'apparenter à de la pair-aidance, même si l'expression ne fait pas partie de notre vocabulaire.

SS - Et entre les professionnels qui travaillent ici, que se passe-t-il ?

CF, NG - Une réunion est organisée chaque mois et l'art-thérapeute, les psychiatres et psychologues, onze professionnels au total, sont invités à y participer. Nous avons aussi organisé un groupe de lecture de textes que nous choisissons ensemble. Enfin, Eric Elsener

qui est philosophe et psychanalyste, anime un séminaire sur le thème « Psychanalyse et phénoménologie ». Afin de ne pas être isolés, nous maintenons des liens avec les cliniques des environs. Cette année, La Chesnaie a été le Terrain de Rassemblement pour l'Utilité des Clubs (TRUC) et nous avons participé aux rencontres. Nathalie occupe une fonction à l'EPIC (Ecole de psychiatrie institutionnelle). En tant que médecin du SAMSAH pendant 5 ans, elle a gardé de nombreux contacts ici ou là qui peuvent être précieux. Une convention a été établie entre Le Halo et le SAMSAH, ce qui permet à de petits groupes de patients du SAMSAH de participer à l'atelier jardinage.

SS - Diriez-vous que vous travaillez en réseau ou de façon coordonnée avec d'autres professionnels de santé ?

CF, NG - Au moment de notre première installation en libéral à Blois, certains laboratoires organisaient encore des soirées autour d'une thématique et d'un dîner. Cela nous a permis de rencontrer rapidement de nombreux médecins de la ville et des environs. Mais avec le COVID, tout cela s'est interrompu et n'a pas repris depuis. Blois reste une petite ville et s'inscrire dans un tel travail, c'est parfois croiser des professionnels dont un proche, parfois eux-mêmes, est suivi au cabinet. Nous sommes très vigilants pour que le secret professionnel et la discrétion dûs aux patients soient préservés. Pour les mêmes raisons, jusqu'à maintenant, nous n'avons pas autorisé les patients qui nous sollicitaient à venir avec un conjoint, un parent, aux repas ou autres événements internes qui sont organisés. En ce qui concerne les sorties, les activités « hors les murs », ça pourrait être différent.

SS - Vous consacrez l'un et l'autre, en plus du temps passé en consultations, beaucoup de temps au Halo, à ce qui s'y passe, à la vie de l'association. Comment définiriez-vous ce temps « hors nomenclature » ?

CF, NG - On nous a parfois parlé, et c'était une critique, de bénévolat. C'est plutôt en terme de compagnonnage, un mot qu'affectionnait Hélène Chaigneau, que nous pensons ce temps. Nous avons l'un et l'autre décidé, à un certain moment et dans un certain contexte, de quitter les cliniques où nous avons continué à nous former, à travailler et aussi à vivre un peu, nous y passions beaucoup de temps en réunions, séminaires, organisation d'événements divers ! Mais nous avons envie de poursuivre, autrement, de continuer à nous inscrire dans ce mouvement de la psychothérapie institutionnelle. C'est ce que nous tentons de faire avec « Le Halo » et en restant en lien avec ce qui se passe ailleurs, avec le TRUC et d'autres collectifs.

SS - Comment voyez-vous l'avenir ? Avez-vous des projets ?

CF, NG - Avec Cap Emploi, nous avons réussi à embaucher quelqu'un en RQTH à mi-temps qui a une fonction d'accueil et administrative importante dans l'association. Nous aimerions pérenniser cette situation et avons commencé à chercher des subventions. Là aussi nous apprenons, encore et toujours... Nous souhaitons rester indépendants car ici ou là, des clubs disparaissent ou sont menacés, comme récemment l'Odyssée club, de l'hôpital de jour de l'Espace de Traitement et de Réadaptation (ETR) à Paris.

À l'avenir, nous aimerions créer une maison d'accueil, un hébergement pour 4 ou 5 personnes. Et puis bien sûr, donner envie à des collègues d'inventer d'autres dispositifs, d'autres associations, ailleurs, que ça essaime un peu. Dans le secteur public en ce moment ça va plutôt mal et il est important que les patients les plus malades trouvent des lieux, des espaces et que les psychiatres libéraux - nous - préservions un sens à notre travail qui ne consiste pas seulement à enchaîner les consultations.

10 Communiqué de presse du Syndicat National des Psychiatres Privés (SNPP)

23 mars 2023

Pédopsychiatrie : les psychiatres de ville encore oubliés, et pourtant levier immédiatement disponible pour l'accès aux soins.

Le rapport de la Cour des Comptes publié le 22/03/2023 souligne la situation dramatique de la pédopsychiatrie : diminution des effectifs de pédopsychiatres, augmentation massive de la demande y compris des demandes graves et urgentes, en particulier suicidaires chez les adolescents.

Toutes les organisations professionnelles ont été auditionnées et ont alimenté ce constat de manière unanime.

Neuf recommandations en ressortent, proposant un état des lieux à approfondir, une formation initiale et continue des professionnels, une organisation administrative à revoir, des filières universitaires et de recherche à renforcer, des psychologues et des IPA à renforcer... Bref, les mêmes recommandations que tous les rapports sur la psychiatrie depuis 30 ans... dont on ne comprend pas quels bénéfices à court terme on pourrait en attendre.

Le rapport n'a pourtant pas ignoré l'existence de la pédopsychiatrie de ville qui reçoit 140 000 enfants et adolescents sur les 800 000 qui parviennent à accéder à des soins.

Mais quelle n'a pas été notre surprise de découvrir qu'aucune recommandation ne vient soutenir l'exercice en ville !

Rappelant que les psychiatres de ville ont les revenus parmi les plus bas des médecins spécialistes, malgré une durée d'études identique (10 ans désormais), le rapport « oublie » de préciser que tout est fait pour dissuader les psychiatres de recevoir des enfants, à commencer par la **rémunération désincitative**.

Dans la récente proposition de Convention médicale, Thomas Fatôme proposait une augmentation des honoraires des psychiatres, en échange d'une augmentation d'activité. Il avait donc bien en tête que la rémunération est un levier incitatif, ou pas, pour orienter une politique de santé publique. Mais les psychiatres de ville ont fermement refusé ce contrat conditionné à une perte de qualité des soins : en psychiatrie, le temps est indispensable et nous sommes bien placés pour savoir que la perte du sens du métier est le premier pas vers la démotivation professionnelle, voire le burn-out. Beaucoup ont quitté l'hôpital pour rester en accord avec leur conception du soin. On ne soigne pas en psychiatrie avec des rendez-vous courts et espacés dans le temps. L'appât du gain n'est pas un levier convaincant face à la perte du sens du métier. Mais la dévalorisation financière peut avoir raison d'une pratique médicale.

Or les consultations de pédopsychiatrie sont encore moins rémunératrices que les consultations de psychiatrie adulte, en raison d'une durée plus longue, sans compter le temps de travail administratif et de coordination avec différents intervenants paramédicaux et scolaires... travail non rémunéré. Elles se font le plus souvent avec un temps pour l'enfant, et un temps avec les parents... pour des honoraires identiques à une consultation de psychiatrie adulte bien plus courte. Pour travailler en pédopsychiatrie en ville, il faut donc accepter de réduire ses revenus d'au moins 25%.

Au total, la pédopsychiatrie est le « parent pauvre » de la psychiatrie, elle-même « parent pauvre » de la médecine. Et on s'étonne que les psychiatres « compétents » en pédopsychiatrie soient 42,5 % de moins qu'en 2012 !

Et pourtant, les honoraires des psychiatres de ville ne représentent que 1% des dépenses publiques en pédopsychiatrie. Le rapport qualifie ce coût de « modeste ». La revalorisation n'y changerait rien dans les équilibres financiers.

Le Syndicat National des Psychiatres Privés rappelle :

- Qu'il existe un réseau de 6000 psychiatres de ville, dont une proportion significative est apte à recevoir des enfants et des adolescents (1). Beaucoup le font, mais réduisent cette activité au minimum.
- Les valorisations MPF et MP applicables aux actes de pédopsychiatrie... ne compensent pas la durée de consultation plus longue, et surtout ne s'appliquent que jusqu'à 16 ans, alors que c'est précisément l'âge où le risque suicidaire augmente !
- Les psychiatres de ville ne courent pas après l'argent : en acceptant de diviser par 2 nos temps de consultations, nous doublerions nos revenus, en perdant l'âme de notre travail. Nous demandons simplement la rémunération de la réalité des actes pratiqués : une consultation avec l'enfant suivie d'une consultation avec la famille, sans perte de revenus
- La psychiatrie dans son ensemble souffre d'un défaut d'attractivité : des places restent disponibles chaque année pour les internes, c'est l'une des dernières spécialités choisies... et des moins rémunérées en exercice de ville.

Le SNPP appelle donc à trois mesures d'urgence, à intégrer dans le règlement arbitral en cours d'élaboration, puis dans la future Convention :

- 1. Augmentation du CNPSY pour toute consultation psychiatrique à 60 €, valeur de l'acte établie par la proposition de Convention médicale 2023,**
- 2. Autoriser la facturation des actes correspondant à la réalité des pratiques : un acte pour l'enfant + un acte pour la consultation parentale = 2 CNPSY pour les consultations en 2 temps. (Certaines CPAM départementales l'acceptent déjà).**
- 3. Valoriser les actes de pédopsychiatrie en remplaçant les cotations MPF et MP actuelles par un MP global égal à ½ CNPSY applicable jusqu'à 26 ans (puisque l'accès direct au psychiatre n'est justement possible que jusqu'à cet âge pour favoriser l'accès aux soins à ces âges critiques).**

Ainsi la France pourrait proposer une tarification incitative à la hauteur de l'enjeu de santé publique... et à moindre coût :

- Coût équivalent pour la CPAM : 2 consultations adultes = 1 adulte + 1 enfant,
- Ajout de ½ CNPSY pour la consultation enfant.

La Belgique, citée en exemple pour son organisation des soins, a franchi le pas d'une revalorisation franche des actes de pédopsychiatrie, et le SNPP est scandalisé que la Cour des Comptes ne cite cet exemple que pour l'organisation des soins, pas pour les revalorisations d'honoraires.

Selon les chiffres du rapport, le surcoût serait minime, et une large part des demandes pourrait ainsi immédiatement trouver des réponses avec des suivis de qualité pour une large part des demandes, soulageant ainsi le service public. Les économies induites par une meilleure santé mentale des enfants et des adolescents pendant leur neurodéveloppement seraient largement à la hauteur.

Au lieu de ça, la seule proposition concernant les psychiatres de ville au bord de l'épuisement, consiste à vouloir leur imposer de participer au service de gardes et astreintes le week-end. Faut-il les décourager ?

Pour le bureau de l'AFPEP-SNPP,
Dr Elie WINTER, secrétaire général adjoint

(1) En Ile-De-France en 2020, 57 % des psychiatres de ville ont reçu des mineurs de moins de 16 ans, mais ces actes n'ont représenté que 4 % de leur activité.

11 Nouvelle convention : Chronique d'un échec programmé par Patrice Charbit et Claude Gernez

Le refus de signature d'un projet de convention marque un phénomène nouveau : pour la première fois, tous les syndicats ont refusé le projet proposé par la CNAM et son DG, Thomas Fatôme. Il convient de rappeler que les MG-France pour les généralistes et AvenirSpé-Le Bloc pour les spécialités étaient en mesure de signer une nouvelle convention, en fonction des dernières élections aux URPS. AvenirSpé-Le Bloc ayant 40% des votes des spécialistes.

Les négociations commençaient sous de bons augures : une revalorisation des spécialités cliniques, pédiatres et psychiatres se trouvait annoncée d'emblée, de son côté MG-France escomptait bien tirer les avantages de son engagement pendant la crise du Covid.

Les équipes se sont mises au travail pour concevoir les termes de ce projet, en concevant plusieurs versions, à la fois pour répondre à la difficulté d'accès aux soins mais aussi plusieurs évaluations chiffrées d'une nouvelle tarification respectant le paiement à l'acte.

Le Président Patrick Gasser rencontrait régulièrement les responsables de la CNAM pour discuter de l'évolution de ces travaux. Chaque spécialité donnait les résultats de ses concertations internes reprises ensuite et mises en chiffres par Georges De Korvin qui a effectué un travail remarquable durant ces derniers mois.

Du côté du SNPP, les échanges ont été très actifs au niveau du CA concernant les « lignes rouges » à ne pas dépasser ; notre présidente, Béatrice Guinaudeau veillant au respect de nos valeurs fondamentales, depuis le paiement à l'acte jusqu'au respect de la qualité des soins, comme la durée minimum des séances, et le respect des conditions de travail avec les patients. Mais il était aussi question d'une aide particulière pour les pédopsychiatres et les géro-psycho-geriatriques en situation particulièrement critique.

Un petit groupe a réfléchi aux améliorations à proposer pour rendre nos conditions de travail plus acceptables et même plus attractives pour les générations à venir.

Pour pallier au déficit de psychiatres privés, nous avons aussi présenté des solutions fondées sur les visioconférences, individuelles et de groupe, entre professionnels de soins. Caroline Durnerin, Elie Winter, Michel Jurus, Thierry Toussaint, Patrice Charbit n'ont pas ménagé leur temps pour parvenir à des solutions acceptables par les tutelles et satisfaisantes pour nous, dans le contexte social actuel.

Cependant, la lenteur des retours, l'absence de réponses concrètes au fil des semaines a commencé à nous inquiéter ; même en sachant, des expériences antérieures, que les décisions se prennent dans les derniers jours.

Une alerte sérieuse, est venue du ministre de la santé qui a annoncé, lors d'une rencontre avec les représentants des psychiatres hospitaliers, qu'il allait « proposer » à leurs homologues privés de prendre des gardes pour les soulager de cette contrainte. Cette annonce nous a d'autant plus scandalisés que nous n'avions pas été consultés et que cela prouve l'estime dans laquelle le ministre de la santé tient notre travail.

L'annonce par le directeur de la CNAM, malgré le peu d'avance de négociations, d'aucun recul de la date « butoir » de la fin de la concertation laissait présager de la suite : dans un temps qui ne permettait plus de reprise des rencontres, à peine le temps de la lecture, les diapositives ont été présentées par l'équipe de la CNAM. Inacceptables en l'état, comme le lapin sortant du chapeau, les différents items ne reprenaient rien de nos propositions et alignaient les conditions d'une revalorisation pécuniaire à la signature individuelle d'un « Contrat d'Engagement Territorial » comportant des exigences irréalistes. Par exemple, il convient d'augmenter, pour chacun, sa « file active » c'est-à-dire le nombre de patients vus au MOINS UNE FOIS dans l'année. Un nombre spécifique étant fixé par spécialité et par région,

selon les de la CNAM. Autre disposition : l'obligation de travailler cinq jours par semaine et une option pour le samedi matin.

Ces exigences suffisent à entraîner le refus unanime de la signature : il est rare que toutes les spécialités soient d'accord et, dans ce cas, le consensus a été obtenu sans discussion.

Bien sûr, l'erreur des tutelles a été de nous imaginer surtout attirés par la rémunération et pas intéressés par la qualité de notre pratique.

Et maintenant ?

Comme il est prévu, l'arbitre désignée dès les premières rencontres, madame Annick Morel, ancienne IGAS, dispose des trois mois pour rédiger un « règlement arbitral » sans doute en relation avec une « feuille de route » venue de haut qui sera forcément moins favorable que le projet conventionnel qui nous a été présenté.

Les rencontres, conviviales, avec madame Morel ont permis de dégager certains points du règlement arbitral :

- 1) Accord pour une reprise des négociations avec elle, mais aussi avec la CNAM.
- 2) Les cotisations sociales des Secteur 1 continueront à être prises en charge.
- 3) Les psychiatres et pédiatres seront à nouveau favorisés.
- 4) Le Contrat d'Engagement Territorial, non consensuel, sera retravaillé.
- 5) Maintien de l'augmentation de 1,5€.
- 6) Les Equipes de Soins Spécialisés (ESS) ne seront pas comprises dans le règlement arbitral.

Il nous appartient donc de continuer à être une force de proposition, tout en demeurant inflexibles en ce qui concerne l'éthique de la qualité des soins.

12 CMPP : pédopsychiatrie de terrain par Marie Dagault

A l'heure où sort l'article sur la surmédication des enfants pour les troubles psychiques (01), je voudrais ajouter un témoignage en lien avec la réalité du travail dans mon CMPP (lieu de consultations – pluridisciplinaire – centre médico-psycho-pédagogique) en mars 2023.

J'ai besoin d'écrire pour ne pas être minée par l'impuissance et pour remettre les choses à leur place face à une situation foncièrement scandaleuse.

Je souhaite ramener la responsabilité là où elle doit être. Il s'agit de ne pas endosser la responsabilité du scandale : en première ligne, avec d'autres, nous recevons la souffrance des patients qui se transforme en détresse puisque nous ne pouvons que leur fermer la porte – faute de moyens alloués ici et ailleurs, et partout ailleurs ! – faute d'une politique de santé publique solidaire et humaniste. Lorsque je sais que des budgets majeurs sont donnés pour des projets de « santé mentale » qui sont déconnectés du terrain, qui vont contre le soin, qui malmènent le peu de soignants restant, c'est encore plus indigne et scandaleux.

Au CMPP nous nous sommes arrêtés sur notre pratique hier, pour échanger à propos de notre vécu professionnel qui devenait trop difficile, saturé, avec l'impression de ne plus contenir les demandes et de ne plus réussir à travailler correctement faute de temps pour penser, pour se réunir, autour de situations tellement complexes et dangereuses pour les enfants. Cette situation est commune à bien d'autres institutions.

A regarder les chiffres de plus près, nous constatons depuis 6 mois une augmentation de 66 % de nouvelles consultations ! !

Nous décidions hier de temporiser davantage les accueils et d'ouvrir une liste d'attente de liste d'attente pour garantir une qualité de travail. Il s'agit donc de refuser beaucoup de premières consultations. Mais au combien ce choix est difficile, et nous confronte à la détresse des parents. Comment refuser ? Quels choix ? Combien c'est insupportable de savoir que nous pouvons difficilement répondre en orientant vers un relais : il n'y a pas plus de place ailleurs, il y a si peu de médecins en libéral, si peu de psychothérapeutes soignants, si peu de lits d'hospitalisation, les listes d'attentes en CMP hospitalier sont plus grandes encore.

D'un côté il y a certains choix politiques : Le ministère de la santé et les administratifs (ARS) sont très fiers de leur politique de planification d'une nouvelle économie. Mais celle-ci se fait sur le dos de la santé avec, entre autres, une alliance entre d'une part la fascination pour la gestion des flux et d'autre part l'espoir d'une productivité nouvelle, de richesses à venir, au détriment de la population. Ils agissent la déstructuration, la désorganisation, pour mieux ouvrir le marché de la souffrance psychique à la finance : lobbys pharmaceutiques, assurances, et multinationales. Celles-ci financent des fondations, chargées par l'état de manœuvrer les réformes en santé mentale : une certaine fondation bien connue en psychiatrie a été mise en place par décret et soutient à tout vent les « innovations » au détriment de l'existant.

La santé publique devient marché sauvage pour les multinationales sur le modèle du management d'entreprise à grande échelle. Cela permet une limitation des coûts pour le service public mais surtout des profits pour de nouveaux marchés (02).

Comme le souligne Alain Supiot, juriste professeur émérite au collège de France, le « management public » qui signifie management néolibéral est représentatif du déficit démocratique et laisse le tout pouvoir aux puissants groupes d'intérêts privés (03). L'institution est objet d'intérêt financier pour une revalorisation immobilière (02).

Mais ne nous y trompons pas, il s'agit aussi d'empêcher toute résistance, toute parole, toute réunion qui pourrait contredire et contrarier ces abus de pouvoir qui se marient à la fascination spéculative. D'une pierre deux coups : l'immobilier des institutions démantelées est source de profit et le travail collectif fort de son pouvoir soignant (mais aussi résistant) est anéanti par là même.

De l'autre côté, sur le terrain du quotidien et du travail, il y a des enfants et des familles qui restent sur le carreau et des soignants malmenés et si souvent impuissants qu'ils sont alors obligés de fuir d'une manière ou d'une autre. Quel scandale et quel gâchis ! Certains parents crient que leur enfant s'enfoncé et qu'il n'y a personne pour les écouter alors qu'ils n'ont pas les moyens de payer un « *psy libéral* ». Il y a aussi des enfants qui sont moins protégés et que nous laissons donc bien plus nombreux dans un climat de violence.

Toute la politique actuelle de santé en pédopsychiatrie me semble être un réel marché de dupe, et aller totalement à l'envers.

Des évidences ne sont pas respectées : Comment peut-on imaginer une cohérence, un sérieux pour une innovation si elle ne respecte pas l'histoire, les professionnels et l'objet concerné ?

A l'heure de la politique sous influence néolibérale, les lobbys des pesticides ne respectent pas l'écologie et transgressent la loi européenne. Dans le domaine de la santé mentale d'autres lobbys du CAC 40 investissent pour l'humain, mais sans respect pour le soin. Les politiques actuelles tirent sur l'ambulance en malmenant les soignants, et dans la loi de la jungle néolibérale, comme dans les guerres, les enfants sont les premières victimes ! Pour un nombre croissant, ils sont victimes de moindre protection, de non-soins et de surmédication.

Comment expliquer l'augmentation des demandes ?

A la lumière des réformes actuelles anti-soin, cette augmentation découle en grande partie de la pénurie organisée par les politiques actuelles (04).

- La politique de l'Autisme et TND (troubles développementaux) mène directement vers la sur-médication et éloigne du lien thérapeutique, de l'approche psychothérapeutique ou engagée respectant la continuité des soins, malgré un discours qui dit l'inverse.
- Autant la valeur et la fonction du diagnostic est importante en psychiatrie et en pédopsychiatrie, autant le DSM et les TND proposent des diagnostics dont la valeur clinique et scientifique est très critiquable (05), (06), (07), (08).
- La politique prône le diagnostic précoce mais sans vocation réellement soignante parce que très instrumentale et sans accueil de la souffrance, de l'histoire, du vécu de l'enfant et de sa famille (09), (10).
- La gestion ARS propose par l'intermédiaire des plateformes PCO (plateforme de coordination et d'orientation) un démantèlement des institutions pour laisser la place à la « *coordination entre divers intervenants qui connaissent les TND* » (11). Cette vision coordinatrice, managériale est un outil d'entreprise mais n'est pas un outil de soin neuropsychiatrique puisqu'elle attaque les liens entre soignants. Hors ceux-ci sont indispensables pour accueillir les pathologies psychiques les plus lourdes.
- Le diagnostic est précoce, mais le soin effectif n'est pas pensé et prévu dans les projets, hormis pour les traitements médicamenteux et la rééducation.
- On vend du rêve aux patients par l'intermédiaire du « *diagnostic précoce* » qui leur permet de retrouver espoir et de se sentir « *reconnus* ». Mais ils déchantent bien vite lorsqu'ils se retrouvent assommés par les médicaments, avec leur souffrance toujours présente et sans accès à des consultations pédopsychiatriques (12).

Cette politique, très offensive en Nouvelle Aquitaine, est nationale (13) et les possibilités d'accueil et de soin s'amenuisent de jour en jour du fait de la politique actuelle.

L'État soutient depuis plusieurs années une politique de désinstitutionnalisation et ferme massivement et brutalement de nombreux ITEP et IME, institutions qui participaient à l'organisation du soin (14). Certains enfants, après quelques années de soins en CMPP, pouvaient être orientés avec un accompagnement soignant, scolaire et éducatif plus ajusté. Ceci permettait aussi de nouveaux accueils en CMPP.

Le « *tout inclusion* » scolaire a dégradé la qualité de l'accueil en école élémentaire et certains enfants qui se soutenaient de l'école peuvent moins facilement se dégager de leur problématique. L'ouvrage de Magali Jeancler « *l'envers de l'école inclusive* » témoigne combien l'inclusion est érigée comme un dogme face à la réalité de terrain dont « *l'organisation échoue sur presque tous les plans* » avec un déficit de moyens, une indifférenciation, une désinstitutionnalisation. Elle en conclut que l'inclusion telle qu'elle est mise en place « *fait courir le risque d'oublier le soin et de pousser certains enfants dans une impasse* » (p105)(15).

Les structures et organisations qui soutenaient les enfants en situations très précaires, avec des vécus de maltraitance, de carences sévères voient leur financement décroître : on pourra opposer des chiffres qui viendront infirmer cette décroissance. Pourtant, comment se fait-il que l'institution en protection de l'enfance où j'ai travaillé (durant 7 ans, qui accueille des enfants placés en famille d'accueil et dans 2 foyers) s'est vue mise en concurrence, avec appel d'offre à effectuer en urgence, pour septembre 2022, pour finalement devoir signer un nouveau projet qui leur demande d'accueillir les enfants avec deux fois moins de moyens ? Comment se fait-il que les projets de l'État minent les énergies de ceux qui cherchent à soutenir les enfants défavorisés, en ces temps déjà difficiles ?

La protection de l'enfance est un facteur de limitation de la souffrance psychique, cela est une évidence non ? !

Un autre déterminant pour expliquer l'augmentation de la souffrance psychique des enfants, et non le moindre : l'épidémie d'addiction aux écrans et l'insuffisante politique de prévention.

Comment l'enfant peut-il aller bien s'il n'accède plus à la possibilité de s'évader et de se faire du bien en jouant au ballon, aux legos, aux poupées, avec les copains, au vélo..

Le jeu chez l'enfant permet de digérer le vécu difficile au monde, aux autres et de remettre en mouvement les choses si tant est qu'elles sont bloquées.

Il permet de rejouer, de remettre en jeu les interactions conflictuelles ou violentes, les émotions du rapport au monde parfois difficile. Par le jeu l'enfant, sans même s'en rendre compte, fait l'expérience précieuse de créer, d'être acteur par la manipulation par le jeu imaginaire redéployé. L'acte du jeu, créatif et singulier, permet de transformer parfois le vécu douloureux ou d'impuissance de l'enfant qui subit. Le jeu corporel et au rythme de l'enfant permet d'intégrer le vécu et de mieux s'adapter au monde, de mieux se connaître.

Avec les écrans, tout le corps n'est pas en jeu (immobilité sur le canapé et hyperstimulation visuelle) et parfois l'enfant peut être sidéré et le corps gelé (par la violence des images par exemple). Les relations aux autres, l'attention de l'autre ne sont pas présentes.

On observe de plus en plus d'enfants qui ne jouent plus en dehors des écrans et les enfants se pensent incapables de vivre les temps seuls. Là où le jeu les ressourçait, ils se retrouvent davantage démunis face à leur solitude et paniqués par le vide qui émergerait sans écrans.

Il est urgent de protéger la magie de l'enfance que représente le jeu imaginaire et créatif.

Pourtant les projets de prévention sont largement insuffisants y compris au sein de l'éducation nationale.

Il est urgent que les politiques retrouvent leurs fonctions au service de la population qui les a élus et pour soutenir les générations futures. Il est urgent d'arrêter les innovations en coquille vide et de regarder la réalité du terrain.

Depuis le temps que cela dure et que tant d'autres professionnels de terrain le disent, va t-on enfin agir et changer le cap ? (Mars 2023)

Bibliographie :

- (01) Ponnou S, Briffault X. : Santé mentale et soins psychiques de l'enfant : la surmédication dépasse toutes les bornes scientifiques : the conversation.com, mars 2023.
- (02) Guide de la transformation de l'offre d'accompagnement dans le secteur du handicap : les gestionnaires à la croisée des chemins : KPMG.fr (nov 2020)
- (03) Supiot A. : réforme des retraites. Un gouvernement avisé doit se garder de mépriser la démocratie sociale : Le Monde, 15 mars 2023
- (04) Les Plateformes de Coordination et d'Orientation (P.C.O.) en Pédopsychiatrie : Non au scandale sanitaire annoncé : AFPEP-SNPP.com, janvier 2021
- (05) Avis du Conseil supérieur de la Santé N° 9360 DSM-5 : Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale - Version validée par le Collège de Juin - 2019, Bruxelles.
- (06) Demazeux S. L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme. L'information psychiatrique 2013/4 (Volume 89).
- (07) Gonon F. Le discours scientifique concernant le TDAH : évolution, analyse critique et interrogations : Cairn.info
- (08) Delègue A. Les « troubles neurodéveloppementaux : analyse critique », Site de l'Association des Psychiatres de secteur Infantojuvénile : <http://www.api.asso.fr/octobre2019>
- (09) Repérage des troubles du neuro-développement (TND) chez les enfants de moins de 7 ans. Version incluant le formulaire d'adressage à la plateforme téléchargeable au lien suivant : <http://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-duneuro-developpement/du-reperage-au-diagnostic/plateformes-tnd>
- (10) Instruction interministérielle n° DGCS-SD3B-DGOS-DSS-DIA 2019-179 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des plateformes de coordination et d'orientation dans le cadre des parcours de bilan et intervention précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neurodéveloppement.
- (11) Circulaire interministérielle N° DIA-DGCS-SD3B-DGOS-R4-DGESCO 2021-201 du 23 septembre 2021 relative au déploiement des plateformes de coordination et d'orientation et l'extension du forfait d'intervention précoce de 7 à 12 ans
- (12) Troubles du spectre de l'autisme – signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent – Haute Autorité de Santé (HAS) – février 2018, 20. « Troubles Dys : comment mieux organiser le parcours de santé d'un enfant avec des troubles DYS ? » – HAS – janvier 2018.
- (13) Courrier au président de la république : SFPEAD-12 mars 2020
- (14) Les plateformes dédiées à la gestion des « troubles du neurodéveloppement » sont inutiles et préoccupantes. Forum Médiapart ; nombreux signataires, 22 juin 2020.
- (15) Jeancler M. L'envers de l'école inclusive : Gallimard, 2022

13 La Savoie, si loin, si proche, ou en nous ? par Jérémie Sinzelle

« Ô temps ! suspends ton vol, et vous, heures propices !

Suspendez votre cours :

Laissez-nous savourer les rapides délices

De nos plus beaux jours ! »

Le Lac (Méditations XIII). Lac du Bourget, Aix-les-Bains, Savoie, été 1817.

Alfonse de Lamartine (1790-1868)

Autrefois Duché d'Empire, et berceau de la monarchie italienne à cheval sur la Méditerranée et les Alpes, l'ancienne Savoie se répartit aujourd'hui entre trois pays : l'Italie (Piémont, Val d'Aoste, Gênes, Sardaigne), la Suisse (Valais), et la France.

La Savoie française (départements dits de Savoie [73] et Haute Savoie [74]) est rattachée à la France depuis le 24 mars 1860. Cette annexion définitive fut l'objet de vastes tractations en amont (Accords de Plombières du 21 juillet 1858 et Pacte du 28 janvier 1859), dont l'objectif principal était, pour le Royaume dit de Piémont-Sardaigne (1720-1861) de la Maison de Savoie, en voie de devenir l'Italie unifiée, d'obtenir le soutien militaire de la France afin de récupérer les provinces septentrionales de la Vénétie sur l'Autriche.

Il est souligné par Napoléon III, dans la proclamation d'annexion : « *En retournant au milieu de vos concitoyens, dites-leur combien j'ai été touché de la manifestation dont vous avez été les honorables organes. Il y a parmi vous tant de descendants de ces familles qui ont contribué à l'illustration de la France, dans la carrière des sciences comme dans celle des armes, que tout concourt à expliquer à justifier l'œuvre de l'union qui se prépare.* »

Étant donnée l'intégration de ce territoire francophone à la France napoléonienne en 1792-1815 sous la forme de deux départements français, le Mont-Blanc et le Léman, certains parlent plus volontiers de Réunion à la France pour l'intégration de la Savoie et de la Haute-Savoie dans l'hexagone.

UNE AUTRE HISTOIRE FRANCOPHONE DE LA PSYCHIATRIE

Dans ce territoire, au moins deux expériences psychiatriques majeures ont eu lieu sur la période 1780-1880. Bien que localisées initialement à l'extérieur des frontières françaises, avant que la France n'intègre ce territoire, à deux reprises, nos concitoyens ont pu s'y reconnaître et en tirer des enseignements plus généraux concernant le reste du pays.

La première de ces expériences est la contribution du médecin savoyard Joseph Daquin (1732-1815). Son œuvre est quelque peu éclipsée par celle de Pinel même si elles sont d'ampleur différente. Daquin reste plus résolument philosophique mais ses doctes conseils nous semblent cependant très en lien avec l'activité clinique. Même si l'ambition de Daquin n'était pas de créer un système de pensée globale autour des troubles mentaux, Pinel n'aurait pas pu développer son œuvre sans la contribution de Daquin, comme on peut en juger par ces deux extraits de « *Philosophie de la folie (1^o ed. 1791)* » où, premièrement, il en appelle à établir une classification moderne de la maladie mentale : « *Qu'est-ce donc que la folie ? La folie en général est cet état dans lequel l'exercice des opérations de l'âme ou de l'esprit ne se fait pas complètement, ni toujours suivant les lois de l'ordre naturel, c'est-à-dire, dans lequel cet exercice est contraire à la raison qui doit elle-même être considérée comme le résultat de toutes ces différentes opérations bien conduites. Cette définition ne fera peut-être pas du goût de tous les Lecteurs ; cependant si on veut tant soit peu réfléchir, on verra que la maladie appelée folie, n'est pas la même chez tous, qu'elle n'est pas toujours constante, et qu'elle n'affecte pas non plus toujours, tout à la fois toutes les opérations de l'esprit, et que par conséquent la définition que j'en donne, en renferme toutes les espèces, de manière que pour peu qu'on observe un fou, qu'on s'entretienne avec lui ; et qu'on le fréquente, il est impossible*

de ne pas décider, avec assurance, que tel individu l'est ou ne l'est pas. (...) Les philosophes et sur-tout les médecins n'ont pas encore assez approfondi cette matière ; chacun parle de folie, chacun profère le mot de raison, et la ligne de séparation entre ces deux états n'est peut-être pas encore exactement tracée. » [p7-8]

Deuxièmement, il isole des traits communs dans les différentes folies, définissant un nouveau champ médical que l'on appellera bientôt aliénisme : « *Dès que ces jugements n'ont plus aucune liaison entr'eux, que la série n'en est plus suivie, il doit nécessairement arriver un désaccord entre les facultés de l'âme, la confusion se met dans les idées, et donne naissance à cet état qui caractérise la folie.* » [p13] Notons qu'un an après la publication de l'ouvrage de Daquin, la France annexe une première fois le territoire et peut ainsi se prévaloir d'avoir parmi ses citoyens l'un des plus grands savants de la médecine mentale. Cependant, le Congrès de Vienne en 1815 détachera à nouveau la Savoie de la France, pour encore 45 ans.

La deuxième de ces expériences est l'épisode de démonopathie épidémique de Morzine, sujet étudié en profondeur par Jacqueline Carroy-Thirard en 1981 dans « *Le Mal de Morzine : de la possession à l'hystérie : 1857-1877* ». Alors que les discussions quant à la deuxième annexion débutent dans le secret de la diplomatie, un petit village savoyard de 1800 habitants, isolé dans la montagne, est frappé d'un phénomène non inédit mais rare : le village, supervisé par un prêtre catholique, voit sa population, en premier lieu les jeunes filles puis tout le monde, tenir des propos obscènes et irrévérencieux à l'église. Le phénomène prend une telle ampleur que toute l'activité du village est paralysée. Morzine est alors rattachée à la France. Une des premières décisions est de construire une route, jusqu'alors inexistante. La République dépêche des enquêteurs animés des principes de raison, alors que les religieux se voient écartés de leur rôle incontournable. Le contingent sera envoyé sur place pour encadrer la population, et la crise prendra fin par l'isolement de « *meneurs* » qui seront hospitalisés en psychiatrie, et la mise en place d'activités culturelles nouvelles qui scelleront ainsi une nouvelle ère, française et laïque, pour le village de Morzine. Un retour en France pour la Savoie, qui s'accompagnera de conséquences politiques et d'un chemin vers une gestion laïque des territoires, et d'une ouverture à un pays en pleine expansion (coloniale), vers des horizons lointains...

UNE AUTRE CONTRÉE FRANCOPHONE

Né à Nice en France napoléonienne, et ensuite, après moultes aventures de l'Ukraine à l'Uruguay en passant par la Tunisie, Tanger et les Etats-Unis, l'on pourra toujours considérer sans peine que le « *Héros des Deux Mondes* », Garibaldi (1807-1882) est incontestablement italien et l'un des héros de son unification. Inversement, l'on peut aisément considérer que Nice, et encore plus la Savoie, ont pleinement réussi leur intégration à l'Hexagone.

Néanmoins, il existe encore, sur les frontières Est de la France, une contrée francophone et de culture complètement française, « *Une province qui n'en est pas une* » comme disait Charles Ferdinand Ramuz (1878-1947) en 1938, intégrée dans un pays qui n'est pas la France. Il s'agit de la Suisse romande. Elle est séparée de la Suisse alémanique par la symbolique frontière appelée *Röstigraben*, et qui marque la fracture culturelle entre ceux qui mangent des écrasés de patates aux fromages et aux oignons, frits à la poêle, et qui s'expriment avec le mélodieux dialecte de l'allemand nommé *Schwyzerdütsch*, et ceux qui parlent français. La Romandie, composée d'environ 2,2 millions d'habitants sur 8,8 millions dans toute la Suisse (25%), se compose de la totalité des cantons de la République de Genève, de Vaud, de Neuchâtel et du Jura (ayant arraché son indépendance de celui de Berne en 1979), et, selon le pourcentage de la population francophone, d'une partie des cantons suivants : 73% du Valais, 70% du Canton de Fribourg, et 10% du Canton de Berne, qui sont par ailleurs en partie de culture allemande.

Comme on peut le comprendre par la geste jurassienne ou la dénomination de République pour le canton de Genève, chaque canton est un état souverain, pour lequel l'état fédéral

n'exerce que les pouvoirs régaliens à travers les 7 conseillers fédéraux. Chaque Canton a donc sa politique de démographie médicale, et il est ainsi bien plus aisé pour les Français d'obtenir une autorisation d'exercice dans les Cantons ruraux ou montagnards (Jura, Neuchâtel, Valais, immédiatement frontaliers) que les Cantons de la Riviera du Léman (Genève, Vaud).

UNE OFFRE PROFESSIONNELLE SÉRIEUSE

La Suisse, nous l'avons vu, est dotée d'un système administratif complètement différent et non centralisé. Les médecins y sont aussi une denrée rare, mais leur politique est de rémunérer les médecins selon un barème variable et négociable cohérent avec un marché international de la profession. La réputation des services hospitaliers est très bonne, et les départements universitaires, placés directement sous la responsabilité des ministres de la santé cantonaux, sont de très haut niveau. Le pluralisme du recrutement, la rémunération élevée, les conditions de travail et les excellents transports en commun, ponctuels comme des horloges, attirent bien entendu de nombreux professionnels du monde entier.

Les Suisses sont donc confrontés à un dilemme car il leur faut néanmoins des médecins qui maîtrisent parfaitement la langue, ce qui signifie qu'une attention particulière est adoptée quant au recrutement de professionnels de santé germanophones, francophones et italophones. Il est même possible de vivre en « *navetteur* » en Allemagne, en Italie ou en France (Franche-Comté, ou même Savoie) tout en travaillant en Suisse, et en étant rémunéré en francs (suisses). Les médecins français y sont ouvertement courtisés. L'Alsace du Sud bénéficie également d'une situation toute particulière de concurrence entre les législations des trois pays du « *Dreieckland* » : la France, l'Allemagne et la Suisse, a portée de tramway urbain.

Alors pourquoi les jeunes médecins fraîchement diplômés ne partent-ils pas massivement en Romandie suisse ? Eh bien, ils partent. Ils demandent leur autorisation d'exercice, ils obtiennent les équivalences, parfois ils font des formations complémentaires, puis s'installent à l'hôpital ou en libéral, le plus souvent à la campagne, mais en vivant volontiers dans l'une des agréables capitales cantonales suisses.

Les autorités françaises sauront-elles comprendre cet exode comme une urgence absolue ? Pour qu'il reste des médecins en France (et notamment sur les frontières de l'Est, que l'on qualifie volontiers de « *déserts médicaux* »), il est capital de prendre conscience qu'une meilleure considération, une rémunération adaptée au niveau de qualification et de responsabilité, et des moyens adaptés au système de santé éviteront aux français de mourir dans des services où officient des médecins extrêmement bien formés, mais sous-équipés et en sous-effectif. Devant cette concurrence et la fuite de nos blouses blanches à nos portes, les autorités françaises pourraient-elles aussi démontrer à la population française leur intérêt pour cette problématique.

Pour réorganiser notre système de santé, il faudrait d'abord ne plus le désorganiser et comprendre que l'aggravation de la situation, faute de combattants, par manque de médecins, d'infirmiers, de soignants, est imminente. La réorganisation nécessite des moyens, et une réflexion sur l'organisation des territoires qui doit associer les médecins aux décisions stratégiques. Le retour de nos collègues exilés en serait un témoignage pertinent.

Sauf décision historique et radicale d'un maître des horloges à Paris, la nostalgie de nos collègues français de Suisse ne se résumera-t-elle qu'au tumulte de nos rues hexagonales ?

14 Simone Wiener, *Une psychanalyste en quête d'auteurs*, Paris, Éditions Campagne Première, 2023. Recension par Thierry Toussaint

« *Lacan, ça sert à former des critiques d'art moderne, certainement pas des psychiatres* ».

Ces propos auraient été tenus par un universitaire de psychiatrie à un candidat à la qualification au titre de psychiatre et c'est en les ayant en tête que nous avons lu l'ouvrage de Simone Wiener, *Une psychanalyste en quête d'auteurs*.

Cet ouvrage est difficilement classable : ni théorique en tant que tel, ni strictement biographique. On peut le considérer comme le témoignage d'une psychanalyste, témoignage de près de vingt années de réflexion sur les effets qu'ont eus sur elle les différentes rencontres avec certains auteurs et leurs œuvres.

Plus que l'art, c'est bien la notion d'auteur qui est ici mise au travail. Simone Wiener, ou l'auteure, comme elle se désigne, nous présente une série de portrait d'auteurs qui ont compté pour elle : des artistes (Aharon Appelfeld, Paul Celan, Georges Perec, Henri Meschonnic, Jean-Michel Basquiat, Luigi Pirandello), des figures féminines de la psychanalyse (Sabina Spielrein, Margarete Hilferding, Elfriede Hirschfeld), un critique d'art (Aby Warburg) et le personnage fictionnel de Diotime, celle qui dévoile le secret de l'Amour à Socrate dans *Le Banquet* de Platon. On sort de la lecture avec l'impression d'avoir fait leur connaissance et l'envie de remercier l'auteure de bien avoir voulu nous les présenter.

Jacques Lacan apparaît également comme un des auteurs dont la rencontre a été marquante pour Simone Wiener et les références à celui-ci traverse tout l'ouvrage. Il n'a pas son chapitre en tant que tel, sans doute parce que le public pressenti est censé l'avoir déjà rencontré. Cela rend la lecture de certains chapitres ardue pour quiconque n'aurait pas un minimum de culture lacanienne. Cependant la lecture est plus fluide pour d'autres, ce qui peut donner un sentiment d'hétérogénéité d'un chapitre à l'autre.

On regrettera que l'humour, dont se réclame l'auteure comme faisant partie de son style, ne fasse qu'affleurer dans ce livre. Faut-il y voir la marque du sérieux auquel pousse une publication ? Après réflexion, il faut certainement y voir plus la question du deuil et du drame de la Shoah qui traversent en fil rouge cet ouvrage. On pourrait regretter également le parti pris qui affirmerait presque la supériorité du poète sur le psychanalyste. Certes, Freud a pu le sous-entendre, mais devons-nous le prendre au pied de la lettre ? Freud était lecteur de Goethe, Lacan de Marguerite Duras mais ils étaient aussi lecteurs de Schopenhauer pour l'un et d'Augustin pour l'autre. On pourrait regretter aussi une tendance à l'essentialisation de la féminité, qui donnerait une certaine supériorité à cette dernière dans l'exercice de la psychanalyse. Si les artistes ont « un tour d'avance sur les chercheurs, les psychanalystes », on serait tenté, à suivre l'auteure, de penser que les femmes en auraient alors deux.

Quoi qu'il en soit, on peut ne pas être d'accord avec l'auteure sur ces points mais reconnaître son mérite d'avoir tenté un exercice difficile, celui de témoigner de sa pensée. Plus encore, on peut reconnaître que l'exercice est réussi : il témoigne de la cohérence d'une pensée et de la sorte ouvre la voie à une transmission.

Quel est le verdict final après lecture ? Lacan ne sert-il vraiment qu'à former des critiques d'art moderne ? Si l'on en est déjà persuadé, *Une psychanalyste en quête d'auteurs* ne contredira pas cette croyance : on ne peut pas dire que les auteurs en question soient spécialement grand public et on aura du mal à y trouver un lien avec la clinique quotidienne psychiatrique. Néanmoins, si l'on accepte de se prêter au jeu, on peut soi-même, en suivant l'exemple de Simone Wiener, tenter de retrouver les auteurs et les rencontres qui nous auraient marqués dans notre exercice et de la sorte contribué à la formation de notre style. L'auteure répète à plusieurs reprises la célèbre formule de Buffon citée par Lacan : « *Le style, c'est l'homme (ou la femme) même* ». Et un style, chaque psychiatre – même universitaire – en a un aussi, qu'il le veuille ou non. Et bien sûr, il est toujours tentant de penser que son style est le meilleur.



15 Avec l'AFPEP au Congrès Français de Psychiatrie **Phygital** au Centre de Congrès - Cité Internationale (Lyon, 28 novembre - 02 décembre 2023)

Sessions thématiques / PPC

Jeudi 30 novembre 2023

Psychiatrie et Société (9h15 - 10h45 Salle Saint Clair 3)

PPC1 - A propos d'une retraite active en psychiatrie : une pratique de rêve ?

Modérateur : Frédéric AUMJAUD - Bellevigne en Layon

- Claude GERNEZ - Enghien-les-Bains
 - Michel JURUS - Lyon
-

Vendredi 1er décembre 2023

Addictions (9h15 – 10h45 Salle Rhône 1)

PPC3 - Travail partenarial entre psychiatres libéraux et psychiatres addictologues en CSAPA : un rêve réalisé

Modératrice : Françoise DUPLEX - Paris

- Adeline METTEN - Reims
 - Catherine PEQUART - Paris
-

Clinique (15h00 – 16h30 Salle Saint Clair 3)

PPC4 - Psychiatrie libérale : questions pratiques et pourtant cliniques d'un exercice pas si isolé

Modérateur : Yves SARFATI - Paris

- Sabine DEBULY - Tours
 - Claire GORZEGNO - Nantes
 - Elie WINTER - Paris
-