

AFPEP-SNPP

ASSOCIATION FRANÇAISE DES PSYCHIATRES D'EXERCICE PRIVÉ
SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHIATRES PRIVÉS

Éditorial

Quelle place et quelles actions pour l'engagement syndical dans notre discipline ?

Quel est l'état des lieux ?

Nous n'avons plus de convention, mais un règlement arbitral élaboré unilatéralement puisque aucune réponse à nos demandes n'apparaît (pas de revalorisation du CPsy, confirmation des sanctions pour non télétransmission, etc.)

La future négociation conventionnelle s'annonce très ardue :

- mise en place du secteur optionnel voulu par le gouvernement, qui ne concerne en rien les psychiatres de secteur I ;
- négociation tarifaire bloquée par un ONDAM très serré n'autorisant aucun rattrapage du retard accumulé ;
- propositions des Caisses à faire évoluer la rémunération vers le forfait ou le paiement à la performance avec tous les dangers que nous avons maintes fois dénoncés et que nous refusons ;
- si tout le monde prétend se préoccuper au premier chef des spécialités cliniques et de l'acte intellectuel tout à fait défavorisé, quelles propositions en dehors d'un énoncé de bonnes intentions ?

Si la loi HPST a été votée, certains des décrets d'application déjà parus inquiètent :

- quelle sera la version finale du D.P.C. après les multiples revirements auxquels nous assistons depuis des années ?

Secrétariat de la Rédaction

141, rue de Charenton
75012 Paris
Tél. : 01 43 46 25 55
Fax : 01 43 46 25 56
E-mail : info@afpep-snpp.org
Site web : <http://www.afpep-snpp.org>

Responsable de la publication :
Yves Froger

Rédacteur en Chef :
Pierre Cristofari

BIPP N° 57
JUN 2010

Sommaire

Éditorial <i>Yves Froger - Pierre Cristofari - Jean-Louis Place</i>	p. 1
Vie syndicale	
Les élections aux URPS - <i>Yves Froger</i>	p. 4
Les engagements de la FMF pour la psychiatrie	p. 5
Communiqué FMSF	p. 6
Campagne URPS - <i>Philippe Latinis</i>	p. 6
Règlement arbitral - <i>Yves Froger</i>	p. 8
Projet de réforme de la loi de 1990. Lettre à M ^{me} Bachelot	p. 9
Le SNPP opposé au projet de réforme de la loi de 1990 <i>Elie Winter</i>	p. 11
Nouvelle réglementation du titre de psychothérapeute <i>Pierre Cristofari</i>	p. 12
Nouvelle réglementation du titre de psychothérapeute <i>Jean-Jacques Laboutière</i>	p. 13
Pour mémoire en 2004 Déclaration du Comité de Liaison des États Généraux de la Psychiatrie	p. 15
Recours en cassation - <i>Yves Froger</i>	p. 15
Election régionale Picardie	p. 16
Dernière minute	p. 16
AFPEP	
Une formule magique - <i>Martine Burdet-Dubuc</i>	p. 17
WPA - <i>Antoine Besse</i>	p. 18
« Antidépresseurs » <i>Françoise Coret et André Coret</i>	p. 20
Séminaire	p. 22
Journées Nationales 2010 Appel à communication et Programme	p. 24
Assemblée Générale 2010	
Rapport d'activité	p. 29
Discours de politique générale	p. 33
Motions - Résolutions	p. 35
Votes	p. 37
Bureau AFPEP - SNPP 2010	p. 38
Adhésion	p. 39

- quelles seront les obligations du contrat santé-solidarité ?
- quelles contraintes entraîneront pour les médecins libéraux l'obligation de déclaration de congé ?
- quand les internes auront-ils la possibilité d'être formés dans le secteur privé ?

La réforme de la loi de 1990 sera discutée à l'Assemblée Nationale et au Sénat à la rentrée prochaine. Sera-t-il possible de maintenir les exigences du soin face à la demande de sécurité publique ?

Si le décret sur le titre de psychothérapeute épargne les psychiatres, peut-être notre position constante sur ce point a-t-elle joué ; il n'empêche que nous ne nous réfugions pas dans un corporatisme étroit et que nous sommes attentifs au concert de récriminations que nous entendons.

La création de « nouveaux métiers de la santé » va-t-elle faire de nous de gentils organisateurs de soins, voués aux tâches administratives ?

Quid enfin du dossier médical ? Quid de cette informatisation paraît-il nécessaire mais qu'on veut nous imposer à nos frais et sur notre temps ?

Autant d'occasions de mettre en question l'activité syndicale. Le SNPP s'efforce de participer à tous les débats, soit directement, soit en collaboration et au sein des instances qui le représentent (FMF, CASP, FFP, UNAFORMEC).

Le rapport de force ne nous est pas favorable. Nous avons face à nous une relative unité quel que soit le parti politique, bien éloignée de nos préoccupations et de nos analyses, toute entière captée par des considérations économiques et sociologiques qui concentrent et conditionnent l'exercice du pouvoir.

Dès lors, notre rôle est avant tout de maintenir une pugnacité seule à même de soutenir la contradiction qui évitera que nous soyons laminés par le rouleau compresseur de la pensée unique.

Maintenir cette tension, c'est conserver vivante et actuelle la référence à la pratique libérale, pour qu'elle reste productive, attractive et évolutive. C'est aussi maintenir la référence à la psychiatrie et à toutes ses composantes dont la psychanalyse à laquelle nous nous rattachons, aux antipodes de celle que nos tutelles voudraient nous imposer.

Maintenir l'existence de ces références, leur donner une consistance conceptuelle toujours renouvelée est déjà une victoire syndicale, fruit d'un travail obscur qui entretient cette conflictualité où viennent se loger l'idée d'une psychiatrie différente et la possibilité de l'exercer en pratique privée, libérale ou salariée.

Nous y parvenons parce que nous sommes convaincus de la justesse de notre combat mais aussi parce que l'AFPEP organise très régulièrement des Journées, Séminaires et rencontres qui alimentent notre réflexion. C'est le socle et le lien de l'action syndicale et scientifique.

Un nouveau Bureau vient d'être élu, nous avons à cœur de poursuivre ce travail, mais nous avons aussi besoin de votre soutien et de votre adhésion. Si vous ne nous avez pas encore adressé votre cotisation vous avez un bulletin à votre disposition dans ce numéro 57 du BIPP, n'hésitez pas à en faire usage.

Yves Froger
Président

Pierre Cristofari
Secrétaire Général

Jean-Louis Place
Trésorier

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

HPST : Hôpital Patient Santé Territoires

FMF : Fédération des Médecins de France

CASP : Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue et d'Évaluations

DPC : Développement Professionnel Continu

Vie syndicale

Les élections aux URPS

1) Un enjeu politique : déterminer la représentativité des centrales syndicales en vue de la prochaine négociation conventionnelle.

Le SNPP est adhérent à la FMF puisque c'est la centrale qui nous est apparue la plus à l'écoute de nos préoccupations (exemple : retour à l'accès spécifique pour tous en psychiatrie) et elle va même plus loin en remettant en cause d'une façon générale la pertinence du parcours de soins qui est devenu un parcours tarifaire et en initiant une réflexion sur les ressorts, les enjeux, les limites et les supports possibles de la coordination des soins, et la mieux à même de relayer nos attentes :

- revalorisation conséquente du CPsy dans l'attente de la CCAM clinique ;
- maintien d'une cotation unique pour notre acte quand la CCAM clinique verra enfin le jour.

C'est aussi l'occasion de rappeler que la CSMF et le SML signataires de la convention de 2005 ont aboli l'accès spécifique en psychiatrie pour tous les patients tel qu'il avait été initialement accordé.

Nul doute que les psychiatres libéraux s'en souviendront quand il s'agira de voter pour leurs représentants.

2) Des applications pratiques qui découlent de la régionalisation instaurée par la Loi HPST.

Les élus des URPS seront les interlocuteurs des ARS sur tous les sujets impliquant la participation des médecins libéraux. A ce titre, le choix de nos

représentants sera déterminant et nous vous invitons à prêter la plus grande attention à la constitution des listes et la présence des psychiatres du SNPP.

A une époque où fleurissent différents projets susceptibles de modifier l'offre des soins et l'organisation sanitaire, il sera important de rappeler les fondements de la psychiatrie privée. Nombre de psychiatres privés travaillent déjà en dehors de leur cabinet que ce soit praticien hospitalier à temps partiel à l'hôpital public ou salarié dans le secteur médico-social, et s'impliquent déjà largement dans des initiatives de soins originales et innovantes pour des prises en charge de patients relevant de cadres beaucoup plus élargis que le seul cabinet privé.

Leur expérience est riche d'enseignements. Elle renforce notre discours quant à la spécificité de la pratique de cabinet et la détermination de ce qui est transposable en dehors du cabinet, et aussi de ce qui ne l'est pas.

Le danger qui nous guette est en effet de crouler sous les sollicitations diverses mais aussi dans la négation de ce qui spécifie les soins en cabinet et la relation soignante très particulière qui s'y installe. On ne travaille pas de la même façon dans et en dehors or, n'est-ce pas finalement ce qui pourrait nous être demandé si on n'y prend pas garde ?

Yves Froger
Lorient

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

Les engagements de la FMF pour la psychiatrie

1 – Rétablissement de l'accès spécifique en psychiatrie quel que soit l'âge des patients alors qu'il est actuellement limité aux patients de moins de 26 ans. La loi HPST a redéfini le premier recours en soulignant la primauté de la médecine générale. La psychiatrie doit y figurer au rang des spécialités de premier recours. En effet, nous constatons actuellement que le recours au psychiatre est partagé entre des demandes directes des patients qu'il est fondamental de respecter et des demandes d'avis ou de prise en charge émanant des médecins de famille pour lesquels les psychiatres se rendent disponibles. Le dispositif doit respecter cette dualité de fonctionnement.

2 – Maintien d'une cotation unique pour l'acte psychiatrique dans le cadre d'une nouvelle CCAM clinique rénovée, type grille FMF, seul dispositif à même de revaloriser la consultation psychiatrique dont la valeur actuelle souligne le mépris des Caisses pour la pratique clinique. Rappelons pour mémoire que les revenus des psychiatres libéraux sont au plus bas de l'échelle des revenus de l'ensemble des médecins libéraux.

3 – Refus de tout paiement à la performance type CAPI qui introduit un conflit d'intérêt avec les patients et oriente les soins dans la direction décrétée par les tutelles, ou par un tiers en opposition avec la nécessaire liberté du cheminement thérapeutique indispensable à l'exercice de la psychiatrie qui agit au cas par cas.

4 – Renégociation dans le cadre de la convention d'un dispositif de télétransmission qui prend en compte les difficultés et les particularités de l'exercice de la psychiatrie (patients sous tutelles, nécessités relationnelles etc.).

5 – Mise en place du DPC qui garantisse l'indépendance professionnelle, la nécessaire autonomie des psychiatres pour un espace d'inventivité dans le soin. L'obligation du respect strict de protocoles pré-établis pour toute situation

est un dispositif stérilisant qui empêche tout investissement personnel et représente une perte de chance pour les patients à l'inverse de ce que l'on peut soutenir dans d'autres disciplines. Cela suppose que les sociétés savantes et notamment celles qui regroupent les psychiatres soient complètement impliquées dans le choix des thèmes de la FMC et dans les instances qui définissent les différentes méthodologies du DPC afin que celui-ci convienne parfaitement aux praticiens libéraux plutôt que de répondre à la seule commande médico-économique des tutelles comme cela semble être l'orientation privilégiée par le Gouvernement.

6 – Mise en place d'un DMP et de système d'échange d'information (courriels sécurisés) qui garantissent l'absolu confidentialité et respectent, lorsque c'est le cas, le refus des patients de la transmission des données sans aucune sanction pour eux.

7 – La mise en place des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire doit rester non opposable afin de garantir l'indépendance professionnelle des praticiens libéraux. Cette indépendance n'interdit pas la participation des psychiatres libéraux à des dispositifs de soins innovants pour une meilleure adéquation des soins aux différentes demandes émergentes. Le SNPP a déjà rédigé un document dans ce sens sur la différenciation et l'opportunité des différents niveaux de recours aux soins en psychiatrie (cf. annexe). La difficulté réside dans le respect par les services administratifs, des nécessités, des conditions, des contraintes et de l'esprit de la pratique libérale. Il importe de s'assurer que les médecins libéraux soient suffisamment bien représentés dans les structures décisionnelles pour exercer cette nécessaire vigilance et rappeler ces données.

Communiqué de presse

La FMSF (Fédération des Médecins Spécialistes de France) soutient la demande des psychiatres d'un retour à l'accès spécifique total sans limite d'âge pour tous les patients en psychiatrie.

Les dispositions actuelles du parcours de soins avec les mesures dissuasives pour les patients qui souhaitent s'adresser directement au psychiatre sont un frein à l'accès aux soins avec une perte de chance intolérable pour les patients qui préfèrent s'abstenir de consulter.

C'est pourquoi la FMSF demande ce rétablissement.

Campagne URPS

En septembre les enjeux électoraux seront donc cruciaux si l'on veut tenir encore un bout de pouvoir face aux ARS !

Des listes FMF pour les collègues de spécialistes où l'on comptera les psys (essentiellement SNPP) déterminés à défendre la spécificité de notre pratique seront constituées.

La récupération de l'accès spécifique permettrait déjà de tirer notre épingle du jeu avant le déremboursement total de l'accès direct si hors parcours qui nous pend au nez.

L'augmentation de nos honoraires des 25 dernières années est proportionnelle à la considération qui est portée à notre pratique, dévalorisée et attaquée par ceux qui veulent faire de nous des gardiens de l'Ordre social et de l'Ordre moral, des rééducateurs, évaluateurs, faiseurs d'échelles, opérateurs sinon superviseurs de recettes comportementales vite apprises, distributeurs de pilules, déjà quasi conditionnés à l'idée d'une CCAM clinique qui finira de nous découper en actes là où l'essentiel est dans la totalité de notre personne et de notre trajet, engagés dans le rapport à l'autre.

Le Pouvoir ne supporte plus d'espace de liberté propre aux médecins libéraux (liberté de choix du médecin par les patients, liberté des choix thérapeutiques, liberté de faire passer notre déontologie avant les choix politiques de santé publique lorsqu'ils rentrent en contradiction etc.).

Cette diminution relative des revenus conventionnels des professions de santé s'éclaire par la prise en considération de cette dérive programmée vers un système assurantiel (privé ou mutualiste), notons les spéculations sur le CRDS par la CADES, les déremboursements divers, l'étatisation des recettes URSSAF (CSG), les dettes de l'État à l'URSSAF etc. Tout ceci me semble destiné à la réintroduction de l'énorme masse financière de la Sécu dans le jeu du Capital, bref, un soutien (volontaire ou obligé ?) à la grande finance par les politiques.

L'accès spécifique permet de desserrer un peu l'emprise sur nos patients autant que sur nous. Nous avons réussi jusqu'ici à contourner ce parcours mais tout donne à penser qu'il va se radicaliser, que les moyens de la surveillance et de la sanction vont se perfectionner pour le garantir. Accepterons-nous qu'on nous impose une "coordination" ou ce "travail en réseau" (obligatoire ?) censé garantir une "optimisation" des soins, avec un Médecin Traitant, Gatkeeper et Grand Synthétiseur ? Supporterons-nous encore ce terme d'optimisation qui se donne des airs scientifiques et de générosité alors qu'il s'agit encore de comptabilité, de territoire et de réassurance mais sûrement pas de protection ?

Face à cela, même modestement, la FMF est le seul syndicat polycatégoriel qui s'engage à défendre un certain nombre de points sensibles pour les

psychiatres, développés ailleurs dans les pages de ce BIPP, elle signifie clairement par un communiqué officiel son soutien à la récupération de l'accès spécifique pour les psys.

En septembre prochain, n'oubliez pas de voter vous risqueriez de le regretter.

Philippe Latinis
Psychiatre à Eaubonne

PS : PETIT RAPPEL HISTORIQUE A L ATTENTION DES PSYCHIATRES POUR LES PROCHAINES ELECTIONS AUX URPS 2010 : 5 ans déjà coucou nous revoilà !

Un article de Yves Froger (BIPP N°42 Novembre 2005) écrit en 2005 toujours d'actualité.

“Le combat pour l'accès spécifique n'est pas terminé. Aucun avenant modifiant le texte conventionnel n'ayant été signé le 1er juillet, nous pensions que l'idée d'un accès spécifique pour la totalité des soins en psychiatrie avait fait son chemin chez les signataires de la convention.

Erreur, les centrales signataires (CSMF et SML) ont obtenu la désignation de deux experts universitaires chargés de délimiter le périmètre de l'accès spécifique en psychiatrie en vue de la rédaction d'un avenant.

Nous sommes pour le moment dans l'attente du rapport des experts, mais ce nouvel avatar de la vie conventionnelle appelle plusieurs commentaires.

- 1. Nous rappelons que la direction de la Haute Autorité de Santé a refusé de se prononcer sur cette question faute de données scientifiques pour répondre, et a souligné que cette question relevait plus de données politiques et culturelles, renvoyant les négociateurs à leur responsabilité, qu'ils ne sont toujours pas en mesure de prendre.*
- 2. C'est en effet un comble que deux centrales syndicales supposées défendre la pratique des médecins libéraux fassent appel à deux universitaires très éloignés de cette pratique pour rédiger un rapport à ce sujet. Nous ne pouvons que dénoncer l'inconsistance et l'inconséquence*

de ces centrales, incapables de tenir dans la négociation la position de défense de la psychiatrie libérale. Ceci ne nous étonne pas et nous rappelons que nous avons quitté la CSMF il y a plus de trois ans maintenant pour cette raison.

- 3. Il nous faut bien sûr préciser de nouveau les fondements de notre position. Cette convention repose sur l'idée du parcours de soins et sur l'axe médecin généraliste traitant - médecin spécialiste consultant, à qui il est fait appel pour un avis diagnostique ou un acte technique, plébiscité par la grande majorité des protagonistes de la négociation. Nous pensons que cette partition ne convient absolument pas à la psychiatrie. Nous n'acceptons pas d'être enfermés dans le cadre des médecins spécialistes consultants tant il est évident pour tous que le psychiatre est un spécialiste traitant, c'est-à-dire à qui le médecin généraliste ou le patient lui-même font appel pour l'instauration et la prise en charge du traitement qui se met en place dès la première consultation. Ceci constitue la spécificité de notre discipline qui nécessite pour cette raison une place à part dans le parcours de soins, que seul l'accès spécifique reconnaît. L'accès spécifique se justifie par les situations où la consultation du spécialiste en premier recours doit être accordée au patient. C'est typiquement le cas de la psychiatrie et il est inconcevable de réserver cette opportunité aux seuls patients à même de faire l'effort financier d'un moindre remboursement, et de l'acquittement d'un dépassement, c'est-à-dire de s'orienter vers l'accès libre, d'autant plus que ce comportement est considéré comme déviant au regard de la règle avec tous les effets délétères ou dissuasifs que cela peut entraîner dans les soins. Notre argumentation tient en ces quelques lignes. Nous l'avons très largement exposée et elle n'a jamais été contestée. La logique du parcours de soins ne peut pas s'appliquer sans exception : la psychiatrie en est une. Alors bien sûr cela nous prive des possibilités de dépassements-sanctions prévus dans les cas où des patients ne respectent pas les règles du parcours de soins, mais nous*

pensons que la pratique psychiatrique libérale n'est pas compatible avec un tel dispositif qui repose sur l'assimilation du patient à un délinquant, avec tous les effets de culpabilité que cela entraîne, et sur l'application par le psychiatre d'une punition. Si d'autres que nous font ce choix pour quelques euros de plus (7 euros par consultation pour 30 % des consultations, c'est-à-dire bien peu au final), nous refusons de notre côté de dénaturer une pratique si violemment attaquée par ailleurs et nous renvoyons les négociations tarifaires à la mise en place de la

future CCAM clinique (Classification Commune des Actes Médicaux) précisément chargée de réévaluer les actes cliniques sinistrés, au premier rang desquels la consultation psychiatrique. D'autres combats nous attendent : la confidentialité et le DMP ; l'indépendance professionnelle et le respect d'une totale liberté de pratique versus évaluation des pratiques professionnelles ; maintien d'un acte unique en psychiatrie dans la future CCAM clinique. Soyons donc vigilants à les aborder en position de force. L'accès spécifique en est une.»

Le règlement arbitral

Il fallait s'y attendre, le règlement arbitral ne nous a rien apporté. La délégation de la FMF lorsqu'elle a été reçue par son rédacteur, Bernard Fragonard, a pourtant insisté sur la situation sinistrée des spécialités cliniques au 1^{er} rang desquelles la psychiatrie, en demandant une revalorisation du CPsy. Cette demande est restée vaine, aucune revalorisation tarifaire n'a été accordée, pas même aux médecins généralistes. Par contre, le principe des sanctions financières pour non télétransmission a été acté et rentrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Rien de satisfaisant pour nous dans ce texte puisqu'il a reconduit, par ailleurs, les dispositions conventionnelles antérieures que le SNPP a dénoncées avec vigueur et notamment l'instauration du parcours de soins en psychiatrie pour les plus de 26 ans.

Il reconduit aussi tout l'arsenal de sanctions à la disposition des directeurs de Caisses qui peuvent ainsi multiplier les contentieux avec les médecins libéraux comme on le voit actuellement au sujet de l'utilisation du D.A. ce qui était hautement prévisible.

Ce texte décline avant tout les multiples obligations auxquelles doivent satisfaire les médecins libéraux avec le corollaire logique de l'arsenal des sanctions auxquelles ils s'exposent en cas de non observance stricte.

La lecture attentive de ce texte fait frissonner comme nous avons frissonné à la lecture de la convention de 2005. Ce n'est pas faute d'avoir suscité des commentaires et des difficultés qui auraient pu être prises en compte. Il n'en a rien été.

Ce texte nous rappelle l'absolue nécessité d'une revalorisation conventionnelle à même de rénover le cadre de notre pratique libérale avec une véritable reconnaissance de la qualité et de la spécificité des soins délivrés par les médecins libéraux.

Nous attendons de notre centrale qu'elle inscrive la revalorisation des spécialités cliniques au 1^{er} rang des priorités absolues de cette future négociation.

**Yves Froger
Lorient**

Projet de réforme de la Loi de 1990

Le projet de réforme de la Loi de 90 a été présenté en Conseil des Ministres par Madame Bachelot au mois de mai et sera débattu au Parlement après les vacances d'été.

Après avoir pris connaissance de ce texte, des conditions de son élaboration et des dangers qu'il présente, le SNPP a adressé un communiqué de presse et écrit à Madame Bachelot pour soulever des questions pour lesquelles nous attendons toujours des réponses.

Nous étudions, pour le moment, la suite à donner à notre démarche aussi bien au sein du CASP qui s'est saisi de ce dossier en contactant les parlementaires qui se pencheront sur le projet.

Communiqué de presse du SNPP du 6 mai 2010

Madame Bachelot a présenté ce matin en Conseil des Ministres son projet de réforme de la Loi de 1990 qui introduit une innovation importante, les soins sans consentement. Nous avons ainsi pris connaissance de l'intention de Madame Bachelot de faire travailler les psychiatres libéraux sous l'autorité du médecin hospitalier responsable du patient alors que Madame la Ministre n'a jamais rencontré le Syndicat National des Psychiatres Privés avant de faire cette annonce.

Deux points doivent donc être rappelés ici :

Tout d'abord, si les psychiatres libéraux ont certes vocation à participer à tous les soins psychiatriques nécessaires aux patients et participent déjà très largement aux missions de service public, la pratique libérale repose avant tout sur l'engagement personnel du praticien. Il ne peut donc être question que la liberté d'exercice et l'indépendance professionnelle qui sont au fondement de la pratique libérale puissent être remises en cause.

Par ailleurs, parvenir à un accord avec les professionnels libéraux en vue de construire un dispositif de soins sous contrainte cohérent tenant compte de tous les problèmes, notamment éthiques, qu'un tel sujet soulève nécessite une réflexion

préalable sur le fond de la question qui n'a jamais été entamée. Faut de ne pas avoir étudié cet aspect, le projet proposé apparaît pour le moment inapplicable.

Syndicat National des Psychiatres Privés

Lettre à Mme Bachelot

le 12 mai 2010

Madame la Ministre,

Nous avons lu avec attention vos déclarations à l'occasion de la présentation du projet de réforme de la Loi du 27 juin 1990 au Conseil des Ministres du mercredi 5 mai.

Ce projet de réforme obéit à une double ambition :

- réformer l'hospitalisation sous contrainte,
- étendre les soins sans consentement aux soins ambulatoires.

Si l'ensemble des représentants des psychiatres réclamaient cette révision de longue date puisqu'elle était programmée pour 1995 et déploraient le retard accumulé, ils déplorent encore plus le contexte dans lequel s'inscrit le débat actuellement, guidé par des réactions émotionnelles fortes. En effet cette réforme ne peut qu'accentuer la pression sécuritaire, à un point tel que les considérations sanitaires risquent de passer au second plan.

C'est pourtant sur ce terrain que notre statut de praticien nous oblige à intervenir.

Sans ignorer les exigences de maintien de la santé publique qui sont les vôtres, nous voulons souligner de notre place de clinicien quelques points capitaux essentiels à toute réflexion préalable concernant les soins sous contrainte.

Nous sommes associés à nos collègues hospitaliers au sein du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie pour dénoncer les dangers et les impasses de ce projet au sujet des soins sans consentement en milieu ambulatoire.

Les psychiatres libéraux sont déjà coutumiers de ces réflexions lorsqu'ils ont à prendre la décision d'une hospitalisation à la demande d'un tiers pour un patient. Outre le diagnostic clinique qui conduit à envisager cette éventualité trois autres questions surgissent :

- la pertinence de la réponse thérapeutique de l'hospitalisation sous contrainte,
- le respect des libertés fondamentales du patient,
- le respect de la dignité du patient, notion trop peu évoquée sur laquelle s'était penché le Comité National d'Ethique et dont l'avis est indispensable avant toute décision dans ce domaine.

Quand le psychiatre prend cette décision, la dimension contenante et parfois protectrice de l'hospitalisation est un élément majeur de l'orientation thérapeutique. Il n'est donc pas évident que le seul bon sens suffise à justifier le glissement de l'hospitalisation sous contrainte aux soins sous contrainte.

Ce sont là des données de base de notre pratique quotidienne qui doivent être prises en compte. Si les soins sous contrainte constituent un domaine tout à fait fondamental en psychiatrie, l'objectif poursuivi par les psychiatres dans leur ensemble est de les restreindre au minimum et non de les étendre.

La décision médicale nécessite des arguments ô combien plus étayés pour répondre à la triple question de la pertinence thérapeutique, du respect des libertés fondamentales et du maintien de la dignité.

Nous aurions souhaité être conviés aux réunions préparatoires pour exposer ces objections issues de notre pratique libérale.

Faute d'avoir pu défendre ces considérations sanitaires fondamentales, ce projet nous semble avant tout obéir aux considérations sécuritaires en dévoyant la dimension sanitaire.

De la même façon sur un plan strictement organisationnel, vous envisagez de confier ces soins sans consentement aux psychiatres libéraux qui

seraient dès lors sous la responsabilité du praticien hospitalier chargé du patient.

Si les psychiatres libéraux ont certes vocation à participer à tous les soins psychiatriques nécessaires aux patients et participent déjà très largement aux missions de service public, la pratique libérale repose avant tout sur l'engagement personnel du praticien. Il ne peut donc être question que la liberté d'exercice et l'indépendance professionnelle qui sont au fondement de la pratique libérale puissent être remises en cause.

Nous savons très bien que les différents plans ont appauvri la psychiatrie hospitalière, notamment dans ses capacités d'accueil des patients en crise et nous l'avons maintes fois déploré aux côtés de nos collègues hospitaliers.

Aussi, vouloir maintenant pallier ses insuffisances en transférant les soins à un cadre qui reste pour le moment inadapté, nous paraît très dangereux.

La construction d'un nouveau dispositif nécessite une réflexion préalable qui reste à faire avec la prise en compte des aspects éthiques, juridiques et tout simplement pratiques et opérationnels. Faute de ne pas avoir été abordés, ces aspects rendent ce projet inapplicable.

La teneur de ce texte pose des questions précises, déterminantes et soulève des objections fondamentales concernant la pratique de la psychiatrie libérale et de façon plus générale l'exercice de la Psychiatrie.

Il serait inconcevable qu'un texte de cette importance ne bénéficie pas de l'éclairage de tous les professionnels concernés. Nous vous demandons instamment de bien vouloir nous recevoir avant que ce projet ne soit présenté aux parlementaires.

Nous vous prions de croire, Madame la Ministre, en l'assurance de notre haute considération.

Yves Froger
Président du SNPP

Le SNPP opposé au projet de réforme de la loi de 1990

Les psychiatres du SNPP rappellent qu'il n'y a pas d'urgence pour une réforme de la loi de 1990 sur les soins sans consentement. Le temps de la concertation avec les professionnels de la psychiatrie n'est pas achevé. Les discussions actuelles au sein du CASP (Comité d'Action Syndical pour la Psychiatrie) le montrent bien : le débat est en cours !

Le projet présenté par le gouvernement ne représente pas d'avancée pour l'amélioration des soins, mais constitue au contraire une dérive sécuritaire.

En effet, les soins sous contrainte y seront non seulement plus faciles à mettre en place (suppression du deuxième certificat d'HDT, voire soins sans consentement « à la demande d'un tiers » mais éventuellement sans tiers donc sur seule décision du psychiatre), mais aussi plus difficile à lever pour les patients les plus lourds (inflation des expertises, collègue de soignants), et surtout dureront plus longtemps avec la mise en place de soins ambulatoires sans consentement (SASC). C'est l'inflation de la contrainte... mais pas du soin (aucun moyen supplémentaire).

S'il n'est pas question de remettre en cause la notion de soins sans consentement, qui occupe une place importante en psychiatrie, la discussion du projet de loi est aussi l'occasion de rappeler que ces soins sans consentement ont été pensés dans le cadre de l'hospitalisation et qu'à ce jour rien ne permet de les étendre aux soins ambulatoires. Tel qu'il est ici présenté, le SASC semble surtout tenter de pallier les carences actuelles de fonctionnement et de moyens.

Le SASC voudrait répondre au problème des sorties d'essai de longue durée qui sont aujourd'hui trop fréquentes par rapport à ce que la loi de 1990 envisageait comme une situation d'exception d'une durée la plus courte possible. Pour résoudre ce problème, le gouvernement propose simplement de transformer l'exception gênante en règle, ce qui est inacceptable et infondé.

Il est aussi important de rappeler qu'en 1838, en même temps que la loi instaurait l'hospitalisation sous contrainte, elle donnait des moyens pour réaliser cet objectif (création des hôpitaux psychiatriques

départementaux). Nous attendons la même chose en 2010 : tout projet de réforme de la loi doit s'accompagner des moyens nécessaires, notamment en ouvrant les lits nécessaires, plutôt qu'en les fermant comme cela a été le cas, aboutissant à transférer la charge des soins à un cadre moins approprié.

Nous étudions avec intérêt par contre la mise en place d'un seul régime pour les soins sous contrainte, en référence au tiers, et avec suppression de la référence à l'ordre public, pour ramener ce texte dans le cadre strictement sanitaire qu'il n'aurait jamais dû quitter. Il nous paraît également important de réfléchir à la part de judiciarisation qui serait adaptée pour les soins sous contrainte. Le projet actuel n'évoque aucun de ces aspects.

Nous déplorons aussi la disparition dans ce projet, de la référence à la dangerosité pour soi-même, pourtant essentielle à la décision d'instaurer les soins sans consentement pour un patient. Cette disparition montre bien que le texte s'est éloigné des préoccupations sanitaires.

La référence à la confidentialité incontournable à la mise en place et au bon déroulement des soins doit être réaffirmée. L'indépendance professionnelle doit être garantie pour permettre à tout patient d'avoir un espace de soin possible hors de la contrainte, et pour qu'aucune pression extérieure ne puisse être exercée sur un psychiatre dans ses prises de décision qui doivent rester médicales.

Le soin d'une maladie mentale est irréductible à la simple administration sous surveillance d'un médicament si efficace soit-il. La loi de 1990 ne peut être réformée en faisant l'impasse de la prise en compte de la conception du soin, de la formation des professionnels, et des moyens nécessaires à une psychiatrie de qualité, où la contrainte est parfois nécessaire, mais où tout doit être fait pour la rendre la plus respectueuse de la dignité du patient, et la plus courte possible.

Elie Winter
Paris

Nouvelle réglementation du titre de psychothérapeute

Le décret sur l'usage du titre de psychothérapeute vient de paraître au Journal Officiel.

Cette parution ponctue un long débat initié en 1998 pour réglementer cet usage. Rappelons tout d'abord que le SNPP était opposé à l'instauration du titre de psychothérapeute tant est grand le risque de passer du titre au métier, ce qui nous paraît aller à l'encontre du projet initial et ouvrir à des dangers encore plus grands d'application de pratiques particulières sous couvert du label psychothérapie.

C'est oublier que la psychothérapie ne peut pas être réduite à une technique et qu'il s'agit d'une dimension de soin consubstantielle à la pratique de certains professionnels au premier rang desquels les psychiatres. Nous avons essayé vainement de faire valoir ce point de vue et nous avons proposé à l'inverse que personne ne puisse se réclamer du titre de psychothérapeute pour laisser cette pratique dans le champ du soin. Face au puissant lobbying du mouvement des psychothérapeutes, nous n'avons hélas pas été suivis sur cette voie et l'article 52 de la loi du 9 août 2004 instaurait la réglementation du titre de psychothérapeute. Dès lors, la rédaction d'un décret était incontournable, même s'il a fallu près de six ans avant qu'il ne soit publié.

Les psychologues manifestent à juste titre leur mécontentement, preuve supplémentaire que ce

débat ne pouvait qu'aboutir à un texte fondamentalement insatisfaisant, et nous regrettons amèrement de ne pas avoir été suivis dans notre tentative première d'opposition à la loi.

Dès lors, et tout au long de ce débat, le SNPP a participé à de multiples réunions pour garantir aux psychiatres la reconnaissance de la qualité de leur formation bien différente de tout ce qui est proposé par ailleurs. C'est aussi l'occasion de rappeler la place de la Formation Médicale Continue et de l'inter formation, fondatrice de l'AFPEP qui poursuit cet objectif aux travers des différentes actions qu'elle propose aux psychiatres libéraux pour une réflexion permanente sur ce qui fonde la psychothérapie.

Cette reconnaissance étant acquise et affirmée, il n'est peut-être pas utile de s'inscrire sur les listes où nous nous retrouverions associés à des professionnels d'horizons très incertains.

En revanche, cette réglementation impose au SNPP de mettre en place une cellule de veille chargée de repérer tout glissement législatif ou administratif vers la notion de métier de psychothérapeute qu'il conviendra de dénoncer.

Pierre Cristofari
Hyères



Réunion syndicale pour les psychiatres de la Région Aquitaine

le jeudi 9 septembre

à Bordeaux

Nouvelle réglementation du titre de psychothérapeute

Le décret d'application de l'article 52 de la loi de santé publique du 9 août 2004 réglementant le titre de psychothérapeute vient enfin de paraître. Il n'aura pas fallu moins de douze ans de débats, souvent très houleux, pour en arriver là : six ans depuis la première proposition de loi de Bernard Accoyer en 1998 à la loi du 9 août 2004 ; six ans depuis le vote de cette loi jusqu'au décret d'application. C'est assez dire que l'affaire n'était pas simple.

La décision politique de parvenir à réglementer le titre de psychothérapeute est d'abord venue d'une volonté de clarifier une offre de soins présumée polluée par des sectes qui pourraient approcher leurs futures victimes sous couvert de soins psychothérapeutiques. Pour ceux qui exercent déjà dans le cadre de professions réglementées, psychiatres et psychologues, il n'y a rien ici de choquant dans le principe.

Les difficultés ont cependant immédiatement surgi du fait qu'il est apparu que la réglementation du titre de psychothérapeute ne devait en aucun cas aboutir à une réglementation de la psychothérapie elle-même, faute de quoi l'on risquait de voir s'instaurer une « psychothérapie d'Etat », selon l'expression qui a parfois été utilisée. Dès lors, il était inévitable que l'on se dirige vers une définition du niveau de formation requis pour avoir droit au titre de psychothérapeute et les professionnels se sont de fait trouvés clivés en deux groupes : les professions déjà réglementées (psychiatres et psychologues) d'une part, auxquelles se sont ajoutés les psychanalystes ; tous les autres

d'autre part. Au premier groupe de professionnels devait être accordé de droit le titre de psychothérapeute ; les professionnels du second groupe, c'est-à-dire tous les autres, devaient pouvoir faire la preuve d'une formation suffisante pour accéder au titre. Des mesures transitoires assez souples étaient par ailleurs prévues pour régler le cas des psychothérapeutes déjà en exercice. Tel était l'esprit de l'article 52 tel qu'il a été voté.

Cet article 52 remettait à un décret ultérieur le détail de la formation permettant d'avoir accès au titre pour les professionnels du second groupe. Or, et c'est tout le problème actuel, il se trouve que les psychologues et les psychanalystes se voient imposer un surcroît de formation pour pouvoir accéder au titre de psychothérapeute alors que l'article 52 laissait espérer qu'ils pourraient bénéficier « de droit ».

La formation définie par le décret consiste en 400 heures de formation théorique et 5 mois de stage dans un établissement agréé. Cette formation est accessible à des titulaires d'un diplôme de niveau doctorat ou master. La formation théorique se répartit en quatre domaines : développement, fonctionnement et processus psychiques, critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques, théories en psychopathologie et principales approches psychothérapeutiques.

La formation exigible est modulée en fonction de la formation initiale comme le montre le tableau suivant :

Thème	Psychiatres	Médecins non psychiatres	Psychologues cliniciens	Psychologues non cliniciens	Psychanalystes enregistrés dans l'annuaire de leurs association	Autres professionnels
développement, fonctionnement et processus psychiques	0	0	0	0	0	100 h
critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques	0	0	50 h	100 h	100 h	100 h
théories en psychopathologie	0	100 h	50 h	100 h	50 h	100 h
principales approches psychothérapeutiques	0	100 h	50 h	100 h	50 h	100 h
stage	0	2 mois	2 mois	5 mois	2 mois	5 mois

Les psychiatres semblent donc les grands gagnants de cette affaire puisqu'ils sont les seuls à pouvoir revendiquer le titre de psychothérapeute du simple fait de leur diplôme, sans aucune formation supplémentaire. Les psychologues protestent violemment devant cette discrimination. Les psychanalystes demeurent plus discrets.

Mais quelques questions essentielles demeurent : que gagnent ici les psychiatres que perdraient les autres ? Et surtout : que gagnent les patients ?

Le SNPP a constamment soutenu que la psychothérapie était une dimension de l'acte du psychiatre. Certes le décret le confirme mais que gagnent les psychiatres si, en demandant à se faire inscrire sur le registre des psychothérapeutes, leur pratique se voit rabattue à cette seule dimension ?

De surcroît, au cours de tous les débats sur la question du titre de psychothérapeute, le SNPP a toujours eu à cœur de souligner que la psychothérapie elle-même ne pouvait se réduire à la maîtrise d'une ou plusieurs techniques psychothérapeutiques. Que gagnent les psychiatres si, demain, le titre de psychothérapeute équivaut à se déclarer expert dans une technique au détriment de la capacité qui leur est actuellement reconnue de proposer une réponse thérapeutique adaptée à chaque patient au cas par cas, ce qui va bien au delà de la simple maîtrise d'une technique.

Que gagnent les patients si le titre de psychothérapeute, dont la réglementation a été initialement souhaitée pour clarifier l'offre de soins, ne conduit qu'à une confusion des métiers puisque tous, psychiatres, psychologues, psychanalystes et tous ceux qui auront suivi une formation permettant de l'obtenir pourront se prévaloir de ce titre ? Certes, il importait de se soucier de l'influence des sectes qui usurpent la position de psychothérapeute mais était-il judicieux de s'y prendre de cette manière qui conduit à une plus grande confusion encore alors que ce dispositif ne garantit finalement rien par rapport au risque d'influences sectaires.

C'est pourquoi le SNPP ne peut qu'en rester à ce qu'il avait déjà proposé dès le début de ces débats par la plume d'Yves Froger¹ : il aurait mieux valu interdire à quiconque de porter le titre de psychothérapeute car il n'y a pas de métier de psychothérapeute. Il y a des psychiatres, des psychologues, des psychanalystes. Chacun de ces métiers implique une dimension psychothérapeutique de la pratique mais qui ne la résume pas et, surtout, ne peut en être séparée .

Revendiquer le titre de psychothérapeute serait au contraire revendiquer la séparation de cette dimension du reste de la pratique pour entrer dans l'illusion que la seule maîtrise d'une technique puisse être efficace sur le plan thérapeutique. Quand bien même ce titre nous est offert, quel avantage peut-il exister, que ce soit pour les psychiatres ou pour les patients, à cultiver cette illusion ?

Jean-Jacques Laboulière
Mâcon

1 - Il n'y a pas de métier de psychothérapeute. Yves Froger.
BIPP n°26 Juin 2000

Déclaration du Comité de Liaison des États Généraux de la Psychiatrie

publiée en janvier 2004

“Conduire une psychothérapie n’est pas un métier mais une fonction. Elle ne peut être assurée dans de bonnes conditions que par des intervenants qui possèdent une solide formation en psychopathologie, une expérience clinique de la pathologie et de la relation, une éthique du respect de la personne avec la déontologie qui en découle, et la nécessité de rendre compte à leurs pairs de leur façon d’assurer cette fonction. En aucun cas, sinon au risque d’être pathogène, cette fonction peut se suffire d’une technique quelle qu’elle soit. Toute évaluation standardisée n’a aucun sens dans un domaine aussi complexe ; légiférer sur sa nature et ses applications reviendrait à vouloir codifier l’âme humaine.”

La loi de santé publique art 52¹

1 - L’usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes.

L’inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l’Etat dans le département de leur résidence

professionnelle. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s’impose aux personnes qui, après deux ans d’interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

L’inscription sur la liste visée à l’alinéa précédent est de droit pour les titulaires d’un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l’article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d’ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations.

Un décret en Conseil d’Etat précise les modalités d’application du présent article et les conditions de formation théoriques et pratiques en psychopathologie clinique que doivent remplir les personnes visées aux deuxième et troisième alinéas.

Rejet du pourvoi en Cassation

La Cour de Cassation a rejeté le pourvoi en cassation du Ministre de l’Economie et de l’Association des Familles Rurales, considérant que le contentieux avec les syndicats médicaux concernés par le mot d’ordre du DE ne relève pas du Conseil de la Concurrence au motif que les dispositions du code du commerce sur lesquelles s’appuyait le Conseil de la Concurrence ne sont pas applicables.

Cette décision est triplement importante pour nous :

- pour nos finances en premier lieu ;
- pour la préservation du champ d’action syndicale en second lieu ;
- et enfin et surtout parce qu’il est clairement rappelé que l’exercice médical ne rentre pas dans

le champ du commerce, à l’opposé de ce que prétendaient nos adversaires dans cette affaire et notamment le ministère.

J’avais insisté sur ce point à l’Assemblée Générale comme étant l’un des enjeux fondamentaux de la décision à venir. Nous nous appuyerons sur cette décision dans des contentieux futurs.

Il n’en reste pas moins que ce contentieux a été fort coûteux en temps en énergie et sur le plan pécuniaire pour faire face aux frais de défense et nous remercions tous ceux d’entre vous qui nous ont apporté leur contribution pour faire face à ces dépenses.

Yves Froger

Election du Conseiller Régional Picardie

Elu : Dr Jean-Louis Planque - Amiens

DERNIERE MINUTE

Le SPF et le SNPP prennent une initiative commune pour mobiliser l'ensemble des syndicats sur la situation dramatique des spécialités cliniques.

Le Syndicat des Psychiatres Français et le Syndicat National des Psychiatres Privés tirent la sonnette d'alarme sur la situation des psychiatres privés et des spécialités cliniques en général.

Leur pratique se caractérise :

- par des consultations de longue durée ;
- par l'absence de tout acte technique significatif ;
- par un engagement dans la prise en charge thérapeutique au long cours qui va bien au delà du seul avis de consultant ou d'expert.

Ces spécificités des spécialités cliniques ont été complètement ignorées au cours de l'évolution de la nomenclature avec une traduction claire sur l'échelle des revenus par les chiffres les plus bas de la profession.

Cette situation n'est plus admissible et nous appelons les syndicats des médecins concernés à se joindre à nous pour une négociation conventionnelle urgente.

La revalorisation concrète, juste et adéquate de notre acte de spécialiste est une exigence légitime qui conditionne le maintien d'un exercice médical de qualité.

AFPEP

Une formule magique « formation médicale continue obligatoire » ?

Suite à la loi H.P.S.T. parue au J.O. de décembre 2009 cette formule est en attente des décrets d'application du D.P.C. (Développement Professionnel Continu).

Prendra-t-elle aujourd'hui le nom de la formule « **chèque formation** » ou « **chèque médecin** » ?

En effet, comme nous attendons **depuis 15 ans**, cette formation médicale continue qui permettrait à tous les médecins de se former tout en étant reconnus, nous doutons profondément d'une réalisation possible rapidement !

Mais être reconnus signifie-t-il être validés dans un cursus de formation obligatoire ?

Il apparaît dans le dossier DPC qu'environ 25 % des médecins se forment régulièrement et que le souhait de nos tutelles dans la nouvelle réforme est d'atteindre 100 % !

Bonne nouvelle : une fois encore ce sont les chiffres nous donnant la feuille de route !!

La formule DPC classique (formule Canadienne par exemple) permet à chacun, à partir de ses constatations cliniques de chercher les points qui semblent difficiles à l'instant « T » et de mettre en œuvre un programme pour les améliorer. Cette formation indemnisée devrait se dérouler sur une ou deux journées. Madame Bachelot en avait fait cependant une formule copié-collé « DPC = FMC + EPP ».

Mais la validation du DPC pourra également se faire avec des diplômes universitaires, une accréditation et... le CAPI !

Globalement pour voir cela de façon concrète.

L'**OGDPC** (Organisme Gestionnaire du DPC) est la structure qui recueillera les inscriptions après étude sur l'indépendance financière des ODPC (Organisme de DPC) et qui financera les formations.

La **CSI** (Commission Scientifique Indépendante) composée des membres de la **FSM*** et du collège de médecine générale, nommés par le ministre de la santé (20 membres dont 4 personnes qualifiées), donnera un avis sur les programmes et les méthodes des formations, sans empêcher l'inscription à l'OGDPC.

Le **CNDPC** (Conseil National de DPC) sera l'organisme qui transmettra un avis au ministre de la santé sur le DPC à partir du rapport de l'OGDPC et de celui de la HAS, elle réunira les médecins, les paramédicaux, ainsi que les sages-femmes, les pharmaciens et les chirurgiens- dentistes : 5 collèges et une commission de coordination (chargée elle des recommandations à caractère interprofessionnel).

Ce programme qui vise à favoriser l'adaptation professionnelle et la carence des médecins d'ici quelques années ne peut qu'être profitable d'autant qu'il sera interdisciplinaire et transversal objectif aussi des ARS (Agence Régionale de Santé) nouvellement fondées.

Les méthodes de formation seront fixées par la HAS, la validation du DPC du médecin sera transmise par l'OGDPC et envoyée par le médecin à son URPS, le CNOM serait chargé de déterminer avec le médecin son programme pluriannuel et d'intervenir en dernière instance quand la validation n'a pas été fournie.

L'OGDPC sera financé :

- 1° Par une contribution annuelle des CNAM ;
- 2° Par une dotation fixée par le ministre de la santé allouée par ces mêmes caisses au titre de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux participant à des programmes de développement professionnel continu ;
- 3° Par une dotation d'Etat ;
- 4° Par des produits divers, dons et legs.

Les formations seront indemnisées pour les pertes de revenus des médecins comme précédemment lors des séminaires FPC quant aux formations elles ne seront pas toutes au même tarif. Des possibilités sont en gésine pour la rémunération des ODPC.

La formule du chèque formation ne sera destinée qu'aux libéraux mais on peut attendre de cela une mixité professionnelle sur certains thèmes, perspective sans doute d'une inter formation qui redonnera un nouvel élan à la formation médicale.

Par ailleurs l'UNAFORMEC nous ayant accordé cette année une délégation d'agrément nous pouvons nous réjouir de pouvoir très prochainement continuer nos

formations avec nos méthodes et nos programmes et être reconnus, en passant par les formulations requises, mises en forme par l'UNAFORMEC, continuons donc à croire que vivre et aimer (donc travailler) est plus important que se soucier d'une formalisation administrative !!

*La FSM est la fédération chargée par le ministre de la santé de proposer des représentants des différentes spécialités médicales pour siéger à la CSI.

Martine Burdet Dubuc
Vice-présidente à l'inter formation

L'AFPEP à la WPA

Nous continuons notre action internationale au sein de plusieurs instances où se déploient nos objectifs visant à promouvoir une psychiatrie centrée sur la personne et ses pratiques qui met la totalité de la personne au centre du dispositif de soin et de la santé publique.

WPA : avec la S.I.P. et l'A.F.P. l'AFPEP a tenu à maintenir notre unité au sein de l'Association des associations françaises membres de la WPA, assurant notre opposition constructive à la nouvelle équipe dirigeante, plus proche des exigences scientifiques liées à l'EBM et à une vision très évaluative et normative avec une certaine hantise d'être dévaluée vis à vis des élites universitaires médicales obnubilées par les publications à haute valeur de reconnaissance (revues à comité de lecture à grand « impact factor »...). Mario Maj son président actuel veut valoriser la discipline au plus haut niveau, et cela mérite d'être souligné.

L'AFPEP reste toujours participante à la WPA.

Nous avons accepté de participer à la révision de la classification CIM 10 que l'OMS a mis en chantier, sans être dupes des limites de cette contribution des collègues français, soit ayant peu à l'utiliser en pratique libérale, soit plus souvent pour ceux

d'entre nous qui travaillent en institution associative ou hospitalière publique ou privée. Nous vous adresserons le questionnaire OMS par mail si vous nous demandez à l'adresse de l'AFPEP : info@afpep-snpp.org.

Trois collègues (Chantal Jacquié, William Markson et moi-même) participons à la rédaction d'une version française de la Revue « prestigieuse » de la WPA (3 articles choisis sont traduits et publiés) animé par Yves Thoret. Elle est accessible via le site de l'AFPEP ou par le secrétariat.

Avec nos collègues privés de l'AFP et publics de la SIP nous avons pris l'initiative d'organiser un **Colloque à Cerizy la Salle** du 18 au 25 juin 2011 sur le thème « de **l'empathie** » au carrefour de la philosophie, des neurosciences, de la psychologie cognitive et de la psychanalyse. Vous pouvez déjà vous tenir informé sur le site <http://www.ccic-cerisy.asso.fr/projets.html>.

Depuis le début du **Programme Institutionnel Pour la Psychiatrie de la Personne** lancé par la WPA lors de son Assemblée Générale de 2005, à l'initiative du Pr Juan Mezzich lorsqu'il prenait ses fonctions de président de cette association, l'AFPEP et ses représentants participent au développement de ce mouvement.

Il a donné naissance au **PID** (« Person-centered Integrative Diagnosis ») qui occupe une place centrale et que Juan Mezzich et Michel Botbol nous ont présenté à l'hôpital Fann de Dakar, aux 6^{ème} Francopsies de Dakar (ALFAPSY), en mars 2009. Voici un extrait introductif à leur exposé :

« La conception holistique de la santé trouve son origine dans les traditions médicales les plus anciennes ; mais elle connaît actuellement un renouveau notable avec l'émergence de diverses perspectives qui se développent dans différentes parties du monde pour retrouver ces racines essentielles en accordant une attention accrue à la personne du patient plutôt qu'à sa seule maladie [1-8]. C'est une démarche de ce type qui a conduit au Programme Institutionnel pour la Psychiatrie de la Personne lancé par la WPA lors de son Assemblée Générale de 2005, à l'initiative du Pr Juan Mezzich lorsqu'il prenait ses fonctions de président de cette Association.

*Dans ce cadre, le diagnostic intégré centré sur la personne (Person-centered Integrative Diagnosis- PID) occupe une place centrale puisqu'il a pour objectif de trouver un modèle de classification qui, contrairement aux classifications internationales actuellement dominantes (DSM et ICD), puisse être compatible avec cette nouvelle perspective qui met **la totalité de la personne dans son contexte** au centre des pratiques de soin et de la santé publique [9]. Le PID est donc l'outil de l'articulation entre les principes de la psychiatrie de la personne et la pratique psychiatrique ; il se fixe l'objectif de développer un modèle diagnostic prenant en compte ces principes et utilisable dans l'ensemble des situations cliniques ordinaires [10].*

Cet outil constitue la clé de voûte du projet tant il est vrai que, malgré les appels répétés à donner une place centrale à la personne plutôt qu'à son trouble ou à sa maladie, l'application de ce principe s'est toujours heurtée à l'absence d'un modèle diagnostic qui puisse l'intégrer tout en étant suffisamment flexible pour s'adapter aux différentes réalités cliniques et aux différents besoins classificatoires. A l'inverse, il faut rappeler que les tentatives faites pour réintroduire un peu de complexité dans les approches centrées sur la maladie se sont constamment confrontées à des difficultés nosographiques qu'elles n'ont pu surmonter ; ainsi, par exemple, le système multi-axiale proposé par le DSM n'a jamais été véritablement opérationnel car les présupposés sur lesquels repose cette classification ne permettaient pas d'en reconnaître l'utilité et d'en justifier la complexité [11]. A ceci s'ajoute le fait que les modèles multi-axiaux du DSM restaient fortement influencés par les principes classificatoires adoptés par cette classification dans la mesure où ils ne donnent aucune place aux aspects positifs de santé qui jouent pourtant un

rôle central dans le statut de santé des patients, la forme que prend leur trouble, les mécanismes qui les sous-tendent et, par voie de conséquence, le choix des traitements qui peuvent être proposés à ces personnes ainsi que les processus conduisant à leur récupération ou à leur guérison.

Dans cet article nous allons présenter le PID et plus particulièrement sa structure générale et les concepts clés sur lesquels est bâti son modèle intégré

« Le Diagnostic en Psychiatrie de la Personne »

Juan E Mezzich¹, Michel Botbol², Antoine Besse³
et Ihsan Salloum⁴

Depuis la fin de son mandat à la WPA, Juan Mezzich anime le **Réseau International pour la Médecine Centrée sur la Personne** (INPCM) auquel nous sommes présents Michel Botbol et moi-même (Association des associations françaises membres de la WPA) ainsi qu'ALFAPSY présidée par Paul Lacaze. En mai de cette année, nous étions réunis à la troisième conférence de Genève sur la Médecine Centrée sur la Personne avec l'Association Mondiale de Médecine (WMA), l'Association Mondiale des Médecins de famille (WONCA) et l'O.M.S., en collaboration avec d'autres organisations internationales médicales ou de santé et sous les auspices des Hôpitaux Universitaires de Genève. Toutes ces alliances participent au développement de forces humanistes et d'une vision anthropologique en médecine et en psychiatrie, qui chez nous se nomme « clinique » plutôt que « technologique ». Elles rassemblent tous les acteurs de première ligne, psychiatres et généralistes au côté des infirmiers (ICN), des travailleurs sociaux (IFW) ainsi que des associations de patients (IAPO) et des familles (EUFAMI) très présentes dans ce réseau. Cette année le thème était « Collaboration entre disciplines, spécialités et programmes ».

La dernière journée nous étions rassemblés à l'OMS lors d'un symposium : « les soins centrés sur la personne dans les pays à revenus faibles ou moyens ». Les soins de santé primaires centrés sur la personne comme nous les connaissons dans nos pays industrialisés restent peu reconnus dans les pays émergents. La Session a été centrée sur 4 contributions présentées par des collègues de terrain et chercheurs de Thaïlande, El Salvador,

Rwanda et Tanzanie, qui ont permis un débat passionnant devant les principaux responsables de l’OMS, discuté par des collègues indiens, français, anglais dont la représentante de patient en psychiatrie, et américains.

Un des points forts de ce courant est la vision clinique incluant la narration (le récit), et la santé positive auquel a contribué Robert Cloninger (Université Washington St Louis) spécialiste du bien être (« Well-Being »).

Il s’agit en effet de rechercher les potentialités d’insertion sociale et professionnelle de la personne et pas seulement son trouble ou sa maladie...

Antoine Besse

1 - Président de la WPA de 2005 à 2008 ; Professeur de l’International Center for Mental Health and Division of Psychiatric Epidemiology, Mount Sinai School of Medicine, New York University, USA ; Président de l’International Network for Person-Centered Medicine

2 - Psychiatre Psychanalyste, Secrétaire Général de l’Association Française de Psychiatrie ; Membre du Bureau de l’International Network for Person-Centered Medicine ;

3 - Psychiatre Psychanalyste, Président d’honneur de l’AFPEP.

4 - Président de la section classification de la WPA, Professeur de l’University of Miami Miller School of Medicine, Miami, Florida, USA ; Membre du bureau de l’International Network for Person Centered Medicine

Antidépresseurs : l’expérimentation en questions

Il y a aujourd’hui comme un malaise à l’égard des antidépresseurs. Il était devenu commun de souligner leur surconsommation (particulièrement en France) et les considérables profits qu’en tire l’industrie pharmaceutique. Mais aujourd’hui il y a plus : c’est leur fiabilité qui est en question. Et ceci malgré les moyens consacrés à l’expérimentation de nouvelles molécules selon des protocoles qui paraissent crédibles et malgré les avis des autorités universitaires qui valident la qualité de ces expérimentations. Les autorisations de mises sur le marché (AMM) sont certes données mais la lecture des rapports montre bien que le gain d’efficacité des antidépresseurs est loin d’être spectaculaire. C’est le cas de l’agomélatine molécule la plus récente, commercialisée sous le nom de Valdoxan.¹ Des réticences sont même émises quant au coût de ce nouvel antidépresseur : un rapport qualité/prix qui serait insuffisant.²

De plus, une certaine gêne peut être éprouvée à la lecture des articles des revues spécialisées sur les bienfaits de telle ou telle molécule car ils se terminent très souvent sous une forme conditionnelle qui rend incertaine leur validité scientifique. Ainsi on peut lire dans le tout dernier numéro de la revue *Neuronale* un article sur la chronobiologie où l’auteur exprime tout le bien qu’il pense de l’agomélatine³ :

.... la classe des antidépresseurs dont le profil pharmacologique permet une resynchronisation

pourrait avoir un effet particulièrement favorable pour promouvoir un meilleur fonctionnement social du patient déprimé.

Pour poursuivre trois lignes plus loin :

*En ce sens, ils **constituent** une **véritable** avancée thérapeutique des troubles de l’humeur.*

Ce passage d’un effet hypothétique à un fait avéré est troublant mais habituel dans l’ensemble des articles relatifs aux résultats d’expérimentation.⁴ Mais ces incohérences syntaxiques ne sont pas encore venues troubler les certitudes des prescripteurs d’antidépresseurs.

Remarquons alors que les plus récentes critiques concernant les résultats de la recherche sur les antidépresseurs ne viennent pas des milieux psychanalytiques freudiens, lacaniens ou autres, réputés à tort ou à raison pour leur méfiance à l’égard des « camisolés chimiques ». Elles viennent de généticiens, c’est-à-dire de ceux qui utilisent les moyens techniques les plus sophistiqués pour décoder-encoder la nature humaine.⁵ Cette position critique n’est peut-être pas si étonnante si l’on considère que leurs résultats scientifiques sont liés à une méthodologie rigoureuse et à des connaissances qui dépassent largement le cadre de la médecine. Ils sont alors bien placés (en tous cas mieux placés que les psy) pour évaluer la fiabilité de l’expérimentation

en médecine et donc de l'efficacité réelle des antidépresseurs.

Il apparaît en effet que la méthodologie choisie par les laboratoires de l'industrie pharmaceutique et les cliniques universitaires pour prouver l'efficacité d'une molécule, pose problème.

Etudions tout d'abord comment se constituent les cohortes de malades déprimés destinées à montrer l'efficacité d'un antidépresseur donné. Chaque cohorte doit être homogène c'est-à-dire être constituée de malades ayant chacun le même « degré » de dépression. Depuis plus de 50 ans et aujourd'hui encore, on se sert de « l'échelle de Hamilton » qui comporte 17 items à questions multiples et qui permet au médecin d'attribuer à chaque malade un nombre d'autant plus élevé qu'il est plus déprimé. Deux questions sont alors imposées par le bon sens :

- 1) Il est concevable de constituer des cohortes de personnes ayant toutes, par exemple, 3.20g de cholestérol ou 55cm de tour de tête puisqu'elles sont formées à partir d'une mesure. Quelle est par contre la fiabilité du nombre de Hamilton puisqu'il n'est pas issu d'une mesure mais d'une évaluation subjective ?
- 2) Avec ses 50 ans d'âge, cette échelle de Hamilton peut-elle être considérée comme valable, si tant est qu'elle le fut au départ ? Une polémique a d'ailleurs eu lieu à partir d'un article de *l'American Journal of Psychiatry* datant de 2004 qui disqualifiait l'échelle de Hamilton.⁷ Il n'en est fait aucun écho dans les publications récentes et les raisons pour lesquelles cette échelle serait encore valable sont donc inconnues.

Autres questionnements : pour les besoins de l'expérimentation sont donc constituées deux cohortes de malades déprimés chacune ayant le même nombre de Hamilton. A la première est administré un placebo et à la seconde, toute chose égale d'ailleurs, la molécule dont on veut tester l'efficacité. Dans le premier groupe, il est constaté, toujours sur l'échelle de Hamilton, que 50% des malades déprimés ont un nombre de Hamilton plus faible et qu'ils sont donc moins déprimés. Les auteurs des articles attribuent cette amélioration à

« l'effet placebo ». D'un point de vue méthodologique cette conclusion est forcément fautive puisqu'il n'y a pas d'expérimentation sur une cohorte de référence à laquelle on n'aurait donné aucun placebo.⁸

Et l'on passe alors à la cohorte avec antidépresseur pour constater que 65% des malades déprimés le sont moins, leur état étant toujours mesuré à l'aide de l'échelle de Hamilton. On obtient ainsi 15% de mieux que la première cohorte avec placebo. Peut-on alors dire, comme l'affirment les auteurs des articles cités que l'antidépresseur est « plus efficace » que l'effet placebo ?⁹

Il est nécessaire de s'entendre sur ce qu'est cet effet. Pour nous, il consiste à soutenir que c'est **le fait** d'administrer un médicament et non le médicament lui-même qui a une action thérapeutique. Le médicament peut d'ailleurs ne contenir aucun élément actif, il sera alors appelé « placebo ». Autrement dit, au titre de « l'effet placebo », l'administration du « placebo » dans la première cohorte et l'administration du médicament dans la deuxième, doivent avoir le même effet. On doit donc s'attendre à ce que l'amélioration de 50% constatée dans la première cohorte soit **au moins** la même dans la deuxième. Comme l'amélioration est de 65%, nous en déduisons qu'il s'agit de l'action couplée de « l'effet placebo » et du médicament ! Ces expérimentations ne devraient pas permettre d'être plus précis sur l'action spécifique de l'antidépresseur.

Tout juste peut-on affirmer que l'efficacité propre de l'antidépresseur est nettement moindre que celle qui est affichée par les fabricants de la molécule. De plus l'amélioration constatée doit être modulée par les incertitudes inhérentes aux méthodes employées : incertitudes cumulées sur la « chiffration » de la dépression par l'échelle de Hamilton, incertitude sur l'usage très problématique de la cohorte de référence « avec placebo ». A cela il faut ajouter, selon P. F. Dimond, que l'efficacité des antidépresseurs les plus connus a été exagérée par une « publication sélective » de résultats favorables.¹⁰ Ces incertitudes ou omission fragilisent singulièrement des résultats au mieux modestes

Cette mise en cause de la fiabilité des expérimentations faites sur les antidépresseurs rejoint

donc les interrogations dont nous avons fait état au début de cet article. Il semble bien que l'on ait voulu transposer les méthodes d'essais de médicaments de la médecine classique à la psychiatrie. Dans la première l'expérimentation a un caractère certainement plus assuré puisque les données de base sont des mesures qui sont par définitions « objectives » et peuvent être alors utilisées suivant les méthodes de la science.

On peut aussi se poser la question du lien entre ce que les chercheurs ont découvert des mécanismes physicochimiques des phénomènes de conduction au niveau de la synapse et la dépression attribuée à une carence de cette conduction. C'est à partir d'expérience sur l'animal que ce lien a été trouvé et que l'on a alors défini les protocoles d'expérimentation sur l'humain. Mais, en matière de trouble psychique, il est quand même très problématique de transposer les méthodes d'expérimentation sur le rat à l'humain ! A quand, en retour, l'expérimentation de l'effet placebo sur le rat ?

Comment alors ne pas faire écho aux doutes qui s'expriment sur l'usage de nos psychotropes ?

André Coret, anc. Directeur de Recherches CNRS
Françoise Coret, psychiatre

1 - Valdoxan, Rapport European Medicine Agency, 2009 (EMA/H/C/915)

Valdoxan 25mg, Avis de la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé, 18 novembre 2009.

2 - Agomelatine in the management of depression, NHS, North East Advisory Group, september 2009.

3 - « Chronobiologie et dépression », F. J. Baylé, *Neuronale*, n° 43, mars 2010, 10-12.

4 - Dans le même genre mais sous une forme plus ramassée, nous trouvons deux pages plus loin dans un autre article et à propos d'une autre molécule (la tianeptine) : « Le résultat trouvé semble solide » Une conception de la solidité qui apparaît bien fragile !
5 - P. F. Dimond, « Antidepressant Efficacy Called into Question », *Genetic Engineering & Biotechnology*, Feb. 1, 2010 (Vol. 30, n°3).

6 - Voir par exemple :

« Détermination de la dose efficace d'agomélatine, agoniste mélatoninergétique et antagoniste sélectif 5-HT_{2C}, chez des patients présentant un épisode dépressif majeur : étude contrôlée des différentes doses versus placebo », H. Léo, A. Hale et H. D'haenen, *International Clinical Psychopharmacology*, 2002, vol 17, n°5, 239-248.

« Etude contrôlée versus placebo évaluant l'efficacité et la tolérance de l'agomélatine dans le traitement de l'épisode dépressif majeur », S. H. Kennedy, R. Emsley, *European Neuropsychopathology*, 2006, 16, 93-100.

« Efficacité de l'agomélatine, agoniste MT₁/MT₂ et antagoniste 5-HT_{2C}, dans les troubles dépressifs majeurs », J. P. Olié et S. Kasper, *Journal of Neuropsychopharmacology*, 2007, vol 10 : 5, 661-673.

7 - R. M. Bagby, A. G. Ryder, M. A. Deborah, R. Schuller, M. B. Marshall, « The Hamilton Depression Rating Scale : Has the Gold Standard Become a Lead Weight ? » *The American Journal of Psychiatry* [6] 2163-2177, déc. 2004.

Dans la conclusion on peut lire : « Evidence suggests that the Hamilton depression scale is psychometrically and conceptually flawed. »

8 - On peut aussi se demander, en l'absence de groupe de référence, si l'effet placebo joue un rôle dans cette affaire. La revue *Prescrire* signalait d'ailleurs que dans ce genre d'expérimentation l'amélioration constatée après l'administration d'un placebo peut aussi bien être due à une évolution naturelle de la maladie ou aux conditions de l'hospitalisation.

9 - L'article le plus récent sur la question : « Ces faux médicaments qui guérissent vraiment », *Courrier International*, n° 1015, 15 au 21 avril 2010, p. 52.

10 - P.F. Dimond, op. cit.

Séminaire en novembre prochain

Enfants difficiles : un problème de société ? Quels repères pour mieux coopérer ?

19 et 20 novembre 2010

Hôtel Mercure Noisy-le-Grand

Responsable de l'action : Martine Burdet-Dubuc

Mail inscription : info@afpep-snpp.org

Description

Les troubles des conduites de l'enfant se caractérisent par des conduites dyssociales,

agressives ou provocatrices mais surtout répétitives et persistantes, par lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Ces troubles dépassent ainsi largement le cadre des « mauvaises blagues » ou « mauvais tours » des enfants et les attitudes habituelles de rébellion de l'adolescent. Ils expriment à travers une palette de comportements peu aimables allant des crises de

colère avec désobéissances répétées aux agressions graves comme le vol, les coups et blessures parfois même le viol, une carence des liens affectifs structurants. En effet, ces comportements perturbateurs ne sont pas dus à un trouble médical ou psychiatrique caractérisé comme l'autisme ou la schizophrénie mais suscitent l'attention de l'entourage de l'enfant et sont alors motifs de consultation. Des perturbations affectives importantes, des conditions environnementales délétères, des règles éducatives inadaptées peuvent susciter une hyperkinésie « réactionnelle » et réversible, mais l'hyperactivité peut n'être qu'un élément symptomatique d'une entité clinique différenciée affectant l'ensemble du développement

de l'enfant avec des conséquences prévisibles sur son développement psycho-affectif ultérieur. L'intention générale de ce projet interdisciplinaire est de permettre aux participants, généralistes, pédopsychiatres et psychiatres, à partir de leur pratique, d'élaborer des grilles d'analyse et des protocoles communs de communication de nature à améliorer la confiance des soignants entre eux, et des enfants et des familles envers leurs soignants.

Objectifs

Définir des modalités adaptées de prise en charge d'enfants présentant des troubles des conduites ; définir les modalités de communication interdisciplinaire adaptées à cette prise en charge.

Proposition de mise en place d'un séminaire clinique conjoint avec l'AFFEP et/ou UTOPSIES, genre échanges de pratiques à l'intention des praticiens d'Ile de France

Proposition élaborée par Françoise Labes, Elie Winter et Jean-Jacques Bonamour

La question de la formation et de la transmission est au centre du métier et du parcours du psychiatre, et rejoint directement celle de la réflexion clinique, qui jalonne toute notre carrière.

La plupart d'entre nous sait l'intérêt de l'exposé clinique d'une situation clinique, discuté dans un climat de respect des pratiques, des personnes, de neutralité et de confidentialité.

Ce serait donc autour de l'exposé clinique que s'organiserait ce séminaire, introduisant à un temps de discussion et d'élaboration : la participation de praticiens d'ancienneté et de formation diverses devrait être un atout pour la richesse de la réflexion. Il ne s'agirait pas de suivre la voie des groupes de contrôle, mais d'ouvrir une libre parole sur la complexité de l'exercice clinique du psychiatre, qui nous invite à manier aussi bien le médicament, l'acte ou la décision psychiatrique que la prise en compte du transfert, que ce soit en cabinet, à l'hôpital ou ailleurs.

Ainsi pourraient être entendus les orientations et questionnements des jeunes praticiens qui n'ont pas forcément arrêté leur futur mode d'exercice, tout autant que les retours critiques de l'expérience des praticiens plus anciens dans le métier, à la rencontre de la diversité et de la fécondité de la position de psychiatre.

L'introduction de ce séminaire pourrait se faire au travers d'un appel à participation des adhérents de l'AFPEP-SNPP par voie de courrier, de même pour les adhérents de l'AFFEP et /ou de UTOPSY, après accord formel des instances organisationnelles concernées.

Ce séminaire serait ouvert à tous les praticiens d'Ile de France d'exercice privé ou public, et pourrait se tenir le soir à rythme mensuel et par groupe d'une dizaine de participants.

Si vous êtes intéressés contactez le secrétariat de l'AFPEP.

Annonces

Notre prochain rendez-vous

XXXIX^{es} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée TRANSMETTRE : HASARD ET NECESSITE

Dinan

30 septembre – 2 octobre 2010

C R E C

Centre de Rencontres Economiques et Culturelles de Dinan

Auditorium Jean Rochefort

21 rue Victor Basch – Dinan

Travail en ateliers

1 > Les aventures de la transmission

Comment opère — dans un premier temps à leur insu — la transmission réciproque entre patient et psychiatre ?

Renoncer à une direction dogmatique de la prise en charge peut-il être la condition nécessaire à la création d'un objet de transmission ?

Saurons-nous nous inspirer de l'exemple de Vincent Van Gogh, qui abandonne l'idée de sauver les âmes, et dans ce mouvement même, découvre une nouvelle manière de peindre ouvrant des perspectives créatives aux générations suivantes ? De la même manière nos patients nous enseignent-ils nos théorisations ?

2 > Fonder sa pratique

(enseigner, transmettre, hériter)

Génération... ou « Notre héritage n'est précédé d'aucun testament ! » (René Char)

Le métier de psychiatre libéral est-il un métier traditionnel lentement évolutif, au savoir faire artisanal qui se transmet « de père en fils », apprentissage d'une technique, compagnonnage du geste, relation de filiation ?

L'évolution techno scientifique ringardise rapidement la légitimité de l'aîné comme pair

expérimenté, au profit de l'« efficace, rapide, plus flexible... Moins coûteux ».

Deux focus majeurs de la connaissance ont orienté la culture psychiatrique : d'abord la révolution analytique, et plus récemment les neurosciences. Mais le « savoir-faire thérapeutique » ne peut s'y réduire.

Les logiques de l'évaluation et un idéal d'efficacité ciblé, rapide, objectivable, favorisent des modèles bijectifs, souvent tautologiques mais à prétention hégémonique...

Ainsi, là où la transmission échoue, c'est quand se formatent des raisonnements simplistes : tout est cerveau ! Tout est médicament ! Tout est corps. Tout est social ? Tout est parole !

Tout est génétique !

N'avons-nous pas avant tout à transmettre un plaisir de penser la complexité, un désir d'entendre, une aptitude à se laisser enseigner autant par nos patients que par l'innovation en science.

Transmettre n'est pas cloner !

Comment un psychiatre libéral fonde-t-il sa pratique spécifique : comment en hériter (formation) ?

Comment l'inventer ? la transmettre ?

3 > Psychopathologie et transmission en souffrance

Dans quelle mesure peut-on considérer le symptôme psychique comme étant une difficulté à se débrouiller

avec cet héritage qu'implique le fait d'être l'enfant de nos parents, eux-mêmes

enfants de leurs propres parents, etc. ?

L'expérience clinique nous démontre à l'environnement combien hériter ne va pas de soi, il demeure toujours aussi scandaleux qu'inévitable que nous héritions des failles et des souffrances de nos parents, de même que nos enfants hériteront des nôtres.

Peut-on négliger cette empreinte ou la refuser ? Elle nous rattrape de manière parfois bien détournée.

L'opportunité qui nous reste, et qui n'est pas des moindres, demeure, outre la nécessité de faire l'inventaire de cet héritage, d'en accepter les termes afin de pouvoir en faire quelque chose d'intéressant plutôt que d'en rester victime.

Qu'implique cette acceptation ? Ici s'ouvre tout le champ de la créativité, et de cette curiosité jamais déçue dans l'accompagnement de nos patients. Comment vont-ils trouver le moyen de s'en débrouiller, que vont-ils pouvoir en faire, par quels chemins la reconnaissance de cet héritage va-t-elle les faire passer ? En quoi notre propre cheminement personnel est-il déterminant dans ce compagnonnage ?

4 > Former des étudiants à la pratique

de cabinet : suggestion s et propositions

Alors que tout nous pousserait à croire qu'il existe un enseignement psychiatrique se passant de transmission, ou bien une pratique psychiatrique qui se passerait de toute dimension relationnelle, l'atelier sera l'occasion de s'interroger sur « l'objet obscur » de la transmission en psychiatrie.

Objet qui ne se laisse pas simplement réduire à un enseignement ou à un héritage. Dans cette perspective, la transmission serait donc avant tout affaire de rencontres et de compagnonnage transmettre les ficelles du métier, la connaissance et les techniques, le désir d'exercer, le plaisir également.

Dans ce contexte, qu'est-ce qu'un interne peut attendre d'un psychiatre privé ? Qu'est-ce qui change dans la pratique quand l'indépendance

professionnelle est maximale ? Que l'engagement est individuel ? Quelles configurations pratiques sont à élaborer pour permettre cette transmission ? Comment faire connaître aux plus jeunes une pratique ignorée du cursus officiel pour choisir son mode d'exercice en connaissance de cause ? L'exemple des généralistes, mais aussi des psychiatres suisses, nous donnera les premières bases pour créer un projet nouveau et pourtant vieux comme la médecine.

5 > L' évolution des modes de transmission modifie - t - elle ce qui est transmis ?

La transmission orale laissait à la parole le pouvoir de se réinventer. Ce « nouveau » également doublé d'une perte constituait une culture de l'usage. Le corps sollicité ne serait-ce qu'à travers le souffle, portait vivant le message.

Avec « la galaxie Gutenberg » la parole cristallisée dans l'écrit ne peut plus échapper. Elle constitue le droit. En réglant les échanges, le jeu des malentendus disparaît, la tolérance s'étiole et l'incertain s'évanouit. Seules les extrémités du corps sont aptes à la trace, lui-même s'évidant peu à peu...

L'arrivée (avec le 20^e siècle) de l'électronique, offre à l'image le parler d'une langue. Totalité et singularité s'y meuvent. Le corps disparaît, emporté dans son mouvement. L'œil suit à distance toute cette cinématique... et remonte le temps.

Enfin avec le numérique la crypte est le dernier avatar de la langue. Le chiffre nous met en apesanteur, et nous fait accéder à l'intemporel. Ce réducteur de tête confie notre cerveau à la puce et à ses multiples cœurs.

En tant que psychiatres, ne sommes-nous pas sensibles à la dimension essentielle de la relation et du manque ? Et qu'avons-nous à dire pour que cette évolution qui introduit l'ordinateur dans nos cabinets, qui permet des psychothérapies sur Internet, n'installe pas subrepticement de nouveaux mythes de complétude ? Le droit au masquage du masquage respecte-t-il le droit à l'inconscient ?

Programme

JEUDI 30 SEPTEMBRE

18 h 00 Pot de bienvenue à la Mairie

21 h 00 **CONFÉRENCE INAUGURALE**

Monsieur Yehezkel BEN ARI

Neurobiologiste, fondateur et directeur honoraire de l'Institut de Neurobiologie de la Méditerranée, Lauréat 2009 du grand concours de l'INSERM

« Inné et acquis dans les maladies neurologiques : la thèse de la neuroarchéologie, ou pourquoi il faut se méfier des simplifications abusives »

Modératrice : Anne Rosenberg

VENDREDI 1^{er} OCTOBRE

8 h 30 Accueil des participants

9 h 00 Introduction par Chantal Jacquié

9 h 30 **SÉANCE PLÉNIÈRE « La transmission à l'insu »**

Présidente de séance : Jacqueline Légaut

Hélène BAUDOIN et Thierry DELCOURT : « Patrimoine et langue maternelle »

Olivier GRIGNON : « Y a-t-il encore une place pour la psychanalyse ? »

11 h 00 Pause

11 h 30 Ateliers

13 h 00 Déjeuner servi sur place

14 h 30 **SÉANCE PLÉNIÈRE « Nécessité et condition de la rencontre »**

Président de séance : Hervé Bokobza

Claude GERNEZ : « Authenticité et rupture »

Pierre Yves DENIELLOU : « Résistances à la transmission »

16 h 00 Pause

16 h 30 Ateliers

18 h 00 Fin des travaux de la journée

SAMEDI 2 OCTOBRE

9 h 00 **SÉANCE PLÉNIÈRE « Transmission du métier »**

Président de séance : Elie Winter

Philippe CORNET et Michel DUREL :

« Un enseignement original à la faculté : initiation à la dimension psychosomatique en médecine générale »

Yves CLOT : « Rendre compte du métier »

11 h 00 Pause

11 h 30 Ateliers

13 h 00 Déjeuner servi sur place

14 h 30 **TABLE RONDE : Demande de formation**

Modérateur : Michel Marchand

Michel AMAR

Pédopsychiatre, Université de Nantes

Antoine BESSE

Psychiatre, psychanalyste à Saint-Germain-en-Laye

Représentant de l'AFPEP à l'international

Yves CLOT

Titulaire de la chaire de psychologie du travail du CNAM,

Directeur du CRTD (EA 4132)

Clémence DE SOLMS

Interne en psychiatrie à Brest (AFPEP)

Philippe GENEST

Psychiatre, Enseignant à l'UBO, Brest

Roy GIL

Psychiatre, Maître de stage en cabinet de ville à Vevey (Suisse)

Alexandre REZVANI

Interne en psychiatrie, Vice Président de l'AFPEP

Pascal VESPROUMIS

Médecin généraliste formateur à Saint-Brieuc

CONCLUSIONS

Yves FROGER

Président de l'AFPEP

La « newsletter » de l'AFPEP-SNPP



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

info@afpep-snpp.org

INSCRIPTION

*à retourner dûment complété et accompagné de votre règlement par un seul chèque à l'ordre de :
AFPEP - 141, rue de Charenton - 75012 Paris*

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

Tél. : Fax :

Courriel :

Nombre de personnes accompagnantes : Navette OUI NON Balade sur la Rance

DROITS SIMPLES CONGRÈS + PAUSES + REPAS DE MIDI adhérents : 270 € x = €

non adhérents : 320 € x = €

Inscription formation permanente (n°11751209275) 350 € x = €

Non médecins 160 € x = €

Etudiants et internes (*présentation de la carte d'étudiant*) gratuit

Déjeuners (*seul/accompagnant*) 40 € x = €

FORFAITS CONGRÈS + PAUSES + REPAS DE MIDI + SOIRÉE DE GALA adhérents : 310 € x = €

non adhérents : 360 € x = €

Inscription formation permanente (n°11751209275) 390 € x = €

Non médecins 200 € x = €

Etudiants et internes (*présentation de la carte d'étudiant*) 60 € x = €

SOIRÉE FESTIVE AU WINDSOR 70 € x = €

(Nombre de place limité à 100, merci de vous faire connaître de bonne heure)

Il est possible de participer à une journée seulement, les frais sont à régler sur place et sont demi-tarifs par rapport aux droits simples. **TOTAL =** €

DIMANCHE 3 OCTOBRE
10 heures
REUNION SYNDICALE – CREC

Assemblée Générale 2010

Rapport d'activité

Il y a un an, le Conseil d'Administration m'a confié la fonction de Secrétaire Général auprès d'Olivier Schmitt, notre Président.

Le moment est venu de vous rendre compte du chemin parcouru avec une équipe qui a travaillé sans relâche pour mettre en œuvre les orientations fixées par la précédente Assemblée Générale.

L'action syndicale :

L'action du Conseil d'Administration et du Bureau doit être comprise en la situant dans son contexte, contexte particulièrement délétère pour la psychiatrie dans son ensemble, et pour la psychiatrie d'exercice privé en particulier, comme en témoignent :

- les tentatives d'en réduire la fonction soignante pour faire endosser aux psychiatres un rôle normatif, sécuritaire et à rentabilité immédiate,
- le durcissement législatif de l'hospitalisation sous contrainte,
- le budget de la santé verrouillé par une volonté politique d'ignorer l'évolution des coûts des soins et le vieillissement de la population, par la diminution des cotisations sociales du fait de la baisse de l'activité économique et des exonérations de charges décidées par l'Etat et non compensées dans leur totalité, sans compter la gabegie de la campagne H1N1,
- l'encadrement administratif croissant avec la montée en charge de la nouvelle organisation des soins : mise en place des ARS et regroupement des professions de santé dans les URPS, installation des GLC,
- l'abandon progressif de la solidarité nationale par l'Assurance Maladie au profit des assurances à vocation lucrative (au moment même où les Etats-Unis essaient de corriger cette aberration qui a fait tant de ravages dans l'accès aux soins),

- le dévoiement de la convention collective par la mise en place de conventionnements individuels (CAPI),
- la déconsidération grandissante du corps médical orchestrée par les tutelles : taxations des feuilles de soins, pénalités, sanctions, déclaration obligatoire de congés,
- l'érosion démographique organisée,
- l'échec des négociations conventionnelles avant même d'aborder la question de la revalorisation des spécialités cliniques.

Publications, lettres ouvertes, communiqués de presse, interventions diverses ont fait connaître et valoir les positions de l'AFPEP - SNPP, étayées au cours des séances du Conseil d'Administration tenues en juillet, septembre, novembre 2009 et février 2010 ainsi que lors des réunions téléphoniques du Bureau tous les quinze jours, rythmant ainsi la vie de notre syndicat et de notre association.

Les négociations conventionnelles :

Nous avons pu nous faire entendre sur nos revendications par la voix d'Yves Froger au sein de la FMF (ce dernier a été élu depuis vice-président de la FMFspe). Lui-même et Olivier Schmitt sont intervenus aux Tribunes Libérales organisées par la FMF.

Cette centrale a bien pris en compte nos arguments, mais force est de constater l'absence de résultats, pour nous comme pour tous les praticiens d'exercice clinique d'ailleurs.

Les négociations conventionnelles ont repris le 2 juillet et ont échoué lamentablement en fin d'année. Le règlement arbitral est censé suppléer le vide conventionnel, en attendant les élections professionnelles, reportées à l'automne, qui détermineront la représentation syndicale.

La reprise des négociations n'interviendra qu'après ces élections, c'est-à-dire en 2011.

Nous devons peser de tout notre poids pour qu'une priorité absolue soit donnée à la revalorisation de l'exercice clinique, avec un Cpsy unique significativement augmenté et un retour à l'accès direct spécifique pour tous.

Le recours en cassation :

Formé par le Ministère de l'Economie à l'encontre des sept syndicats médicaux, dont le SNPP, qui avaient été reconnus dans leurs droits en appel après une lourde condamnation prononcée par la direction de la concurrence et des Prix, ce recours fait l'objet d'une défense commune, convenue entre tous les syndicats incriminés. Un mémoire de défense a été établi.

Rappelons et saluons la contribution volontaire, appelée début 2009, de plus de 250 de nos adhérents, à hauteur de 21 000 €, nous permettant de financer les frais de justice.

Le Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie :

Le SNPP est très présent dans ce comité qui regroupe les différents syndicats de psychiatres pour une meilleure défense de notre discipline dans tous ses modes d'exercice. Olivier Schmitt vient d'en être élu Vice-président.

Le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire :

A une très large majorité le Conseil d'Administration a soutenu la participation de membres de l'AFPEP - SNPP à ses travaux. Ceux-ci ont notamment contribué à la rédaction de la Charte des 39 pour défendre les valeurs de la psychiatrie et lutter contre la dérive sécuritaire de nos gouvernants. Le soutien à cette charte sera proposé à l'Assemblée de ce jour.

La loi HPST :

La future organisation des soins va modifier le paysage régional et local. Elle implique que nous soyons présents ou représentés dans les instances qui seront mises en place pour préciser la spécificité de l'exercice privé et l'engagement des psychiatres d'exercice privé dans les soins de premier recours.

La loi annoncée sur la psychiatrie et les états généraux de la santé mentale :

Dès la parution du rapport Milon visant à préparer ces états généraux, nous avons exigé une concertation préalable. Aucune information à ce jour.

DMP :

Participation d'Elie Winter aux réunions sur ce dossier, véritable serpent de mer, dont la mise en place ne sera pas sans conséquences redoutables.

CAPi :

Le SNPP a dénoncé ces Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles, qui sont une forme déguisée de conventionnement individuel, indexant, qui plus est, le choix des soins à un intérêt financier pour le médecin (à noter le récent avis de la Cour Européenne de Justice condamnant la prime aux prescripteurs instituée en Grande Bretagne, ce qui pourrait faire jurisprudence) !

Les feuilles de soins :

Le SNPP a signifié son refus de toute taxation des feuilles papier, prônant le maintien d'un libre choix pour le praticien moyennant une participation symbolique, la télétransmission nécessitant quant à elle d'être prise en charge financièrement par l'Assurance Maladie (temps passé, matériel investi et maintenance).

La Commission Legmann :

Le président du CNOM a été saisi par le Président de la République pour faire des propositions de refonte de la médecine libérale, contournant ainsi la représentation syndicale.

Associé à la FMF, le SNPP a été auditionné par la voix de son président.

Le médico-social :

Le grignotage du rôle des psychiatres s'y poursuit méthodiquement, pour devenir une quasi amputation. Le SNPP finance une étude juridique pouvant faire référence sur le rôle des médecins directeurs et les fondements des CMPP comme structures de soins.

L'hospitalisation privée :

Vigilance du SNPP sur le problème de la tarification, de la permanence des soins et des places respectives des médecins et de l'Administration.

Le SNPP a participé, le 27 septembre 2009, à une réunion du Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée sur ce sujet.

Les retraites :

Nous organisons une rencontre d'information avec un représentant de la CARMF, en particulier sur la menace qui plane sur l'ASV. Cette rencontre devrait se dérouler à notre siège courant mai.

La démographie :

La décroissance du nombre de psychiatres exerçant en cabinet de ville est en route : baisse de 2,8 % en 2008, quand le nombre total des psychiatres augmentait encore de 1 %.

Le *numerus clausus* et les conditions d'exercice devenues décourageantes en sont l'explication.

Je ne développe pas davantage toutes les réponses et interventions syndicales faites à la demande des adhérents sur de nombreux sujets relatifs à la pratique quotidienne.

Du côté de l'AFPEP, l'activité a été intense également :

La formation :

Le Développement Professionnel Continu (DPC) a été instauré par la loi HPST.

Pas moins de 37 moutures du décret d'application ont été écrites par le Ministère.

Nous avons tout à redouter de la volonté résolue de cantonner les médecins dans un rôle marginal et consultatif dans l'Organisme de Gestion de ce dispositif (OGDPC) et de la suppression des agréments des futurs organismes de DPC.

A noter la présence continue de Martine Burdet-Dubuc au Bureau de l'Unaformec.

Nous devons veiller à ce que la formation reste organisée en toute indépendance par les médecins et pour les médecins, ce qui est actuellement fortement remis en cause.

Notre association est sollicitée pour participer activement à Intermed en décembre 2010.

Une convention de délégation d'agrément a été signée avec l'Unaformec à l'automne dernier.

- Un premier module de formation a été initié le 16 janvier sur « *La prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie* » et a connu un franc succès.

Merci à Béatrice Duquesne et Marc Maximin. D'autres suivront.

- Le Séminaire de juin 2009 s'est tenu à Marseille (organisé par ce dernier) sur le thème « *Médico-social et psychiatrie. Du soin à l'accompagnement : quelle clinique ?* » avec de remarquables interventions.

- Les Journées Nationales de Nice (octobre 2009) : une réussite qui n'a rien de « *virtuel* », thème de ces journées coordonnées par Hélène Baudoin.

- En octobre également l'AFPEP, représentée par Françoise Coret, William Markson et moi-même, a participé au Congrès National des Internes en Psychiatrie, puis à l'Assemblée Générale de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP), où nous avons pu jeter les premières bases d'une implication de l'AFPEP dans la formation des étudiants en psychiatrie.

- Ce qui nous conduit directement aux futures Journées de Dinan (septembre-octobre 2010), prises en charge de haute main par Chantal Jacquié sur le thème « *Transmettre : hasard et nécessité* », avec un programme très avancé. Ces Journées seront mises en œuvre conjointement avec l'AFFEP.

Il a été décidé de ne solliciter aucun financement de la part de l'industrie pharmaceutique.

- Auparavant se tiendra le Séminaire de Printemps le 10 avril prochain à Paris (Yannick Cann et Marc Maximin) qui traitera du « *Principe de précaution : diktat prédictif ou prévention ?* ».

- Et, dès à présent, nous lançons les bases des Journées 2011 qui se tiendront à Amiens avec une équipe emmenée par notre collègue Jean-Louis Planque.

Les publications :

A ces manifestations s'ajoute l'édition de quatre numéros de Psychiatries : Les actes du Séminaire d'avril 2008, les actes des Journées d'Annecy (octobre 2008), ceux du Séminaire de juin 2009, enfin l'Etude clinique élaborée par Patrice Charbit, Anne Rosenberg et Claude Gernez.

Un numéro spécial en mémoire du dixième anniversaire de la disparition de Gérard Bles est en préparation, de même que les actes des Journées de Nice.

Souignons le travail inlassable du Comité de Rédaction autour de Claude Gernez et Anne Desvignes.

La Fédération Française de Psychiatrie :

L'AFPEP continue de s'y impliquer fortement avec Jean-Jacques Laboutière, son Secrétaire Général, Antoine Besse et Jean-Jacques Xambo.

L'AFPEP y défend le principe de sauvegarde de l'unité de la psychiatrie dans le respect de sa diversité, évitant par là-même la mainmise des tenants d'une psychiatrie réductrice et réifiante.

L'international :

Participation à ALFAPSY.

Implication dans la WPA, principalement en la personne d'Antoine Besse, pour défendre la psychiatrie de la personne et participer à la révision de la CIM 10 (WPA-OMS).

La communication :

L'ensemble de ces savoir-faire nécessite de les faire savoir.

Aussi avons-nous mis l'accent sur la communication avec supports papier et informatique, les relations de presse, et les revues de presse confiées à Marie Kretschmar, dont nous avons augmenté le temps de travail.

Pièce essentielle pour informer de façon réactive et brève, « *Caractères* », la newsletter informatique, a été créée à l'initiative de Patrice Charbit avec l'active complicité d'Elie Winter et de Claude Gernez.

Quatre numéros sont sortis. A vous de nous dire votre appréciation.

Le BIPP est paru en juin et en décembre, avec un contenu plus dense et des articles de fond.

La refonte du site de l'AFPEP – SNPP est en cours.

Les élections des délégués régionaux :

Ont été organisées les élections de :

- Champagne-Ardenne : Jacques Barbier réélu délégué titulaire, Thierry Delcourt réélu délégué suppléant,
- Bourgogne : Jean-Jacques Laboutière élu délégué titulaire,
- Languedoc-Roussillon : Hervé Granier élu délégué titulaire,
- Paris : Françoise Labes élue déléguée titulaire, Jean-Jacques Bonamour du Tartre élu délégué suppléant,
- Franche-Comté : pas de candidat,
- Picardie : processus d'élection en cours.

Selon la formule consacrée, mais ô combien vérifiée durant cette année, tout ce travail accompli n'aurait pu être mené à bien sans le soutien permanent et amical de notre Président, sans la discrète mais vigilante rigueur de notre trésorier, sans le concours précieux et actif des nombreux membres du Bureau et du Conseil d'Administration, sans le dévouement attentif de Marie Kretschmar, d'Evelyne Barraud et de Chantal Bernazzani.

Un grand merci à tous.

Michel Marchand

Adopté à l'unanimité (231 votants).

Discours de politique générale

Je m'étais engagé pour trois ans à la présidence de nos associations si bien sûr le Conseil d'Administration me gardait sa confiance, ce qu'il a fait. Au terme de ce mandat, je peux dire que j'ai beaucoup appris, ce fut une expérience de vie passionnante. Mais il est temps pour moi de passer la main. Aussi, je ne vais pas développer des points précis que la prochaine équipe aurait à mon sens à travailler, mais vous donner un aperçu de ce que j'ai cru comprendre et de mes convictions forgées par tant d'années de participation au Bureau de l'AFPEP-SNPP (plus de 15 ans quand même !).

Ceci n'est pas un testament, je compte bien rester des vôtres encore longtemps.

Il est parfois nécessaire de caricaturer, forcer le trait pour faire apparaître les points saillants, l'essentiel d'une figure pour y voir plus clair.

Affirmer que c'est une caricature, c'est garder à l'idée que les choses restent complexes et marquées d'ambivalence.

C'est une banalité de dire que la psychiatrie et sa pratique sont en prise directe avec les conceptions que l'on a de l'humain et des rapports sociaux. Cela mérite toutefois quelques développements.

Ces conceptions sont marquées par un clivage qui, pour fondamental qu'il soit, n'en reste pas moins complexe et la ligne de partage ne sépare pas les bons et les mauvais, mais passe à l'intérieur de chacun de nous et nous sommes tous pétris et bousculés par cette dialectique.

Pour bien me faire comprendre, je vais donc opposer deux approches :

La première conception peut se qualifier d'humaniste, je qualifierai la seconde de consumériste.

La première considère le sujet en tant que citoyen. Attentive à la subjectivité, elle n'en est pas moins rationnelle, la seconde se veut objective, mais elle expose ainsi le citoyen à une rationalisation réifiante.

Pour la première, le doute est réaliste, scientifique et constructif, pour la seconde, sous prétexte d'efficacité, le doute est à proscrire, la démarche se dit pragmatique, elle tient pour irréfutables les données actuelles de la science (ceci pourrait être une bonne définition du scientisme).

La première tient compte de l'intersubjectivité et se nourrit du collectif, la seconde est individualiste et communautariste.

La première soutient l'hétérogénéité, la seconde classe en cohorte.

La première met en avant la dignité, la seconde recherche la rentabilité.

La première soigne des malades, la seconde traite des maladies.

La première a besoin de tranquillité, de confiance et de temps, la seconde se soumet au contrôle, à l'évaluation chiffrée et aux économies de temps.

La première agit au cas par cas et valorise la spécificité, la seconde exige des protocoles et promeut la standardisation.

La première respecte la confidentialité, la seconde ne jure que par la transparence.

La première a besoin de professionnels expérimentés garants du cadre indispensable à un espace de liberté, la seconde se contente d'experts interchangeables garants des protocoles.

La première a besoin d'un équilibre entre les pouvoirs, la seconde hiérarchise et concentre les pouvoirs en des instances totalitaires (comme la HAS par exemple).

La première pense dialogues et conventions, la seconde ne peut que contraindre ou appâter.

La première encourage l'indépendance et la subsidiarité dans les rapports entre les hommes, la seconde promeut la dépendance, la servitude et l'exploitation du gisement humain.

Pourquoi cet envahissement à l'échelle mondiale de la deuxième conception de l'humain ? Plusieurs analyses sont possibles :

- L'on pense bien sûr à la servitude volontaire épinglée depuis longtemps par Etienne de la Boétie lorsqu'il avait 18 ans. La liberté fait peur.
- Je pense aussi à l'illusion consumériste qui consiste à croire que le bonheur est dans l'accumulation de biens. Ajoutons aussi l'illusion de croire que la richesse est une quantité constante et que cette accumulation ne peut s'obtenir que par une répartition inégale des biens et la production de biens de moins en moins coûteux. Il faut donc augmenter — à tout prix si je puis dire — la rentabilité et la productivité. Cela débouche inévitablement sur la dictature comptable.

Ce n'est pas un mystère pour vous, adhérents de l'AFPEP-SNPP, que nos pratiques relèvent de la première conception de l'Homme et des rapports sociaux. Et nous sommes donc confrontés maintenant à la dérive de nos conditions d'exercice selon la deuxième conception.

Nier l'incompatibilité de ces deux approches nous laisserait dans l'illusion de pouvoir préserver l'une tout en nous soumettant à l'autre, même a minima.

Bien sûr, nous nous battons pour préserver des conditions d'exercice conformes à notre conception de l'humain. Mais, à prendre les choses du point de vue corporatiste, nous nageons à contre-courant et nous nous épuisons. Nos tutelles profitent des divisions pour nous soumettre et nous diviser encore : contrats individuels, mise en concurrence, valorisation illusoire des soumis, sanctions sévères des récalcitrants, multiplication des statuts et des modes de rémunération, spécialisation à outrance. Alors, de petites victoires en batailles perdues, nous nous rendons compte que le problème est en amont : philosophique et politique.

Depuis les années 80, l'idéologie à la fois bureaucratique et consumériste a envahi les instances dirigeantes. Nous sommes, à mes yeux, dans un creux de civilisation qui, cette fois, est planétaire. Le combat que nous menons est considérable.

Nous devons subvertir les divisions anciennes car nous sommes confrontés au même conflit philosophico-politique et épistémologique :

public/privé, secteur 1/secteur 2, médecins/non médecins etc. alors même que l'essentiel nous relie. Avant d'être anéantis, il est vital d'élargir le combat dans l'intérêt de notre métier, dans l'intérêt de nos patients.

Il n'est pas d'autre solution me semble-t-il que de s'attaquer à la source de cette dérive phénoménale c'est-à-dire soutenir les mouvements qui s'appuient sur la même conception de l'humain au niveau national comme au niveau international.

C'est pour cela qu'il est important de siéger dans les structures et les mouvements où nous pouvons rencontrer les confrères et les professionnels de la psychiatrie confrontés à la même dictature bureaucratique et financière, à la même déréliction conceptuelle. C'est pour cela que nous nous intéressons au CASP, aux 39, à la Fédération, à la WPA... Nous avons tout intérêt à lutter à l'intérieur pour rappeler nos fondamentaux et rompre avec la méfiance et la crainte de l'autre qui divisent encore et favorisent les replis sur des petits pouvoirs dérisoires.

Déjà ce combat se renforce et s'étend :

Dans un des derniers numéros de Courrier International, la "une" affichait en gros « La tyrannie de la transparence ». C'est un signe encourageant.

L'audience des 39 s'élargit de jour en jour. Je vous lirai la charte à la rédaction de laquelle j'ai participé ; ce travail n'a pas été facile bien sûr, la tendance aux clivages est toujours prégnante. Elle fera l'objet d'un vote de soutien lors des motions tout à l'heure.

Au plan international, les trois grandes associations scientifiques françaises dont la nôtre font cause commune pour soutenir le courant qui nous est cher de psychiatrie pour la personne.

Etc.

Pour moi, la liberté c'est avoir le choix de ses servitudes, tant nous avons besoin de servir à quelque chose : un idéal, une conviction, une cause, un mouvement. Mais aussi servir ceux qui en ont le plus besoin sans pour autant les asservir. C'est ce que nous tentons de faire tous les jours dans notre métier.

Je vous remercie.

Olivier Schmitt

Motion d'orientation générale

Réunie en Assemblée Générale le 27 mars 2010, l'AFPEP-SNPP confie au Conseil d'Administration et au Bureau le soin de mettre en œuvre les orientations suivantes :

1. défendre en son nom propre la conception de la psychiatrie, telle qu'elle a été élaborée par ses instances, en tant que discipline, dans ses différents modes d'exercice, et dans l'exercice privé en particulier ;
2. soutenir, en évitant qu'elle soit dénaturée, la place de la psychiatrie privée dans l'organisation des soins prévue par la loi HPST ;
3. préserver l'accès aux soins pour tous :
 - en refusant le désengagement actuel de la solidarité nationale par l'assurance maladie au profit d'un système assurantiel à but lucratif,
 - en maintenant une démographie apte à répondre à la demande de soins ;
4. sauvegarder le système conventionnel collectif avec l'assurance maladie, dans le respect de ses partenaires ;
5. refuser toute forme de conventionnement individuel ;
6. assurer des conditions d'exercice intellectuelles et matérielles garantissant des soins de qualité : indépendance professionnelle, confidentialité,

acte unique significativement revalorisé, retour à l'accès direct spécifique ;

7. maintenir la formation continue sous l'égide et la responsabilité des psychiatres eux-mêmes ;
8. exiger de la centrale syndicale, chargée de relayer les revendications des psychiatres dans la négociation conventionnelle, un renversement des priorités, à savoir une priorité absolue donnée à l'exercice clinique et à la revalorisation des honoraires opposables, c'est-à-dire le CNPsy, avant tout autre point de l'ordre du jour des dites négociations ;
9. développer le travail intersyndical au sein du Conseil d'Action Syndical de la Psychiatrie ;
10. poursuivre l'élaboration inter associative au sein de la Fédération Française de Psychiatrie et, dans sa dimension internationale, au sein de l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) pour promouvoir la psychiatrie de la personne ;
11. soutenir la Charte des 39 ci-dessous ;
12. concrétiser l'implication des psychiatres d'exercice privé dans la formation des étudiants en psychiatrie, en collaboration avec l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie.

Motion adoptée à l'unanimité moins une abstention.

Motion de soutien à la Charte des 39

Le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire a adopté une charte incluant tous les professionnels et les modes d'exercice de la psychiatrie (voir ci-dessous). L'AFPEP-SNPP dont certains membres ont participé à son écriture soutient ce texte qui participe à la défense de la discipline de plus en plus malmenée tant du point de vue scientifique que des conditions de la pratique.

CHARTRE DU COLLECTIF DES 39 contre la Nuit Sécuritaire

La folie n'est concevable qu'irréductiblement liée à la condition humaine.

Contrairement à la maladie somatique, il existe une modalité particulière de souffrance psychique liée à certains modes de structuration subjective. Elle ne

relève pas d'une causalité linéaire mais d'un déterminisme pluri factoriel marqué du sceau de la complexité.

Détachés des idéologies marquées du pragmatisme, l'art et les techniques psychiatriques prennent en compte la personne dans son ensemble : il s'agit de soigner quelqu'un et non une maladie.

Engagée dans la réalité sociale, la psychiatrie se doit éthiquement de préserver la singularité et l'originalité des personnes qui se confient à elles ou lui sont confiées ; elle ne se conçoit qu'en relation avec les patients, leurs familles mais aussi avec les acteurs du social et du champ médico-social et prône par conséquent une politique psychiatrique inscrite dans la communauté.

Nous, soignants en psychiatrie affirmons que :

- Notre engagement thérapeutique tient d'abord à la considération de la vulnérabilité et de la créativité des patients ; il doit par ailleurs nous conduire à promouvoir tous les lieux nécessaires à une hospitalité pour la folie qui constitue l'enjeu de notre travail : dans l'hospitalisation, comme dans les lieux ambulatoires qui doivent mettre l'accueil au cœur de leur projet.
- La dimension relationnelle est au cœur de tout processus de prévention et de soins.
- Les valeurs républicaines de liberté, égalité et de fraternité sont le socle constitutif de toute pratique.
Aussi refusons-nous avec force :
- L'abandon des patients renvoyés à la rue ou à la prison.
- L'idéologie sécuritaire qui stigmatise, contient, isole et maltraite les plus démunis des citoyens.
- Toute modification ou interprétation des lois qui confirmerait la ségrégation et la stigmatisation des patients en les assujettissant à des lois spécifiques et aggraverait la tendance à l'enfermement.

- L'idéologie falsificatrice qui ferait croire que soigner sous la contrainte dans la cité serait une avancée pour les patients ou leur famille.
- L'imposture des protocoles standardisés pseudo scientifiques déniaient la singularité de chaque acte, de chaque projet soignant, de chaque patient.
- La mainmise de l'appareil technico gestionnaire tentant d'annihiler, de nier et d'écraser la dimension créative et inventive de tout processus de soin.

Aussi soutenons-nous toute pratique qu'elle soit publique en accord avec les acquis du secteur, libérale conventionnée ou associative, garantissant en particulier la continuité des soins et prônant l'attachement à des valeurs fondamentales telles que : respect du secret professionnel, engagement relationnel, indépendance professionnelle, respect de l'intimité du patient.

Nous défendons un enseignement reposant en particulier sur la psychopathologie, et nécessitant la réintroduction de formations spécifiques désarrimées de la logique, du cadre théorique et des intérêts hospitalo-universitaires actuels autant que de l'emprise des laboratoires pharmaceutiques et ceci pour tous les professionnels de la psychiatrie.

Avec et pour ces valeurs nous continuerons à dénoncer toutes les dérives politiques, techniques, gestionnaires et sociales qui enfermeraient peu à peu les patients dans un carcan déshumanisant. Nous affirmons que ce combat est essentiel pour que la psychiatrie ne bascule pas dans la barbarie où rejeter et punir ferait disparaître les pratiques accueillantes de soins désaliénistes.

Résolution concernant les supports de communication

Il est décidé, à l'unanimité, de poursuivre sur le mode actuel : 2 BIPP par année et la newsletter « *Caractères* » à un rythme soutenu.

Cotisation 2011

Il est décidé d'augmenter de 10 € les cotisations pleines au titre de l'année 2011.

Le tarif sera ainsi de :

- Etudiants, internes, 1re,
2e et 3e année d'exercice : 170 euros
- 4^e année d'exercice et au-delà : 340 euros
- Membres associés,
membres de soutien à l'AFPEP : 115 euros
- Membres honoraires, et retraités : 210 euros

Adopté à une forte majorité.

Renouvellement des Conseillers Nationaux

Ont été élus

- Frédérique De Ona
- Yannick Cann (sortant)
- Thierry Delcourt
- Jean-Jacques Xambo (sortant)
- Dominique Jeanpierre (sortante)
- Jean-Louis Place (sortant)

BUREAU AFPEP – SNPP 2010

Présidents d'honneur

Joseph Angel
Antoine Besse
Hervé Bokobza
Jean-Jacques Laboutière
Olivier Schmitt

Président

Yves Froger

Vice-Présidents

- au médico-social	Marc Maximin
- à l'exercice clinique	Hervé Granier
- à l'inter formation	Martine Burdet Dubuc
- à la pratique des soins	Jean-Jacques Xambo

Secrétaire Général

Pierre Cristofari

Trésorier

Jean-Louis Place

Secrétariat à la psychiatrie infanto-juvénile

Béatrice Duquesne

Secrétariat à la transmission et à la formation des internes

Pierre Coërchon

Secrétariat à la recherche et à la formation à la psychothérapie

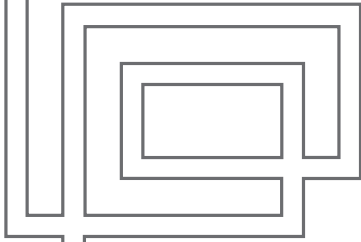
Yannick Cann

Secrétariat à l'exercice mixte public/privé

Elie Winter

Secrétariat à l'international

Chantal Jacquié



Les publications :

Psychiatries : revue de recherche et d'échanges

BIPP : Bulletin d'Information des Psychiatres Privés

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

Caractères : la newsletter

Nos prochains rendez-vous :

XXXIXes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée
30 Septembre - 2 octobre 2010 – DINAN

voir p. 24

Séminaire les 19 et 20 Novembre 2010
« Enfant difficiles : un problème de société ? Quels repères pour mieux coopérer ? »
Hôtel Mercure NOISY-LE-GRAND

voir p. 22-23

XXXXes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée
22 - 23 et 24 Septembre 2011 – AMIENS
