

BIPP



PENSER L'ACTION l'AFPEP - SNPP au travail

AFPEP - SNPP

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

Les publications :

Psychiatries
revue de recherche et d'échanges

BIPP
Bulletin d'Information
des Psychiatres Privés

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

Caractères
la newsletter

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 :
Patrice Charbit

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Sommaire

Éditorial – <i>Patrice Charbit</i>	p. 3
Assemblée Générale 2012	
- <i>Rapport d'activité</i> – <i>Élie Winter</i>	p. 5
- <i>Rapport moral et d'orientation</i> – <i>Michel Marchand</i>	p. 9
- <i>Élections des délégués du Collège National</i>	p. 11
- <i>Motions</i>	p. 12
- <i>Bureau AFPEP – SNPP 2013</i>	p. 13
Le mot de la rédaction – <i>Thierry Delcourt</i>	p. 14

DERNIÈRES INFOS

Dialogue avec les pouvoirs publics... en attente	
<i>Michel Marchand</i>	p. 15
Les brèves du DPC – <i>Élie Winter</i>	p. 16
Le point sur l'accueil des CMU – <i>Claude Gernez</i>	p. 17
Droit de réponse	p. 19
Le progrès selon l'IDEPP et la psychiatrie privée !	
<i>William Markson</i>	p. 20
Position du diagnostic en psychiatrie	
<i>Jean-Jacques Laboutière</i>	p. 20

TRIBUNE LIBRE

De l'hérédité à la filiation des idées en psychiatrie	
<i>Jérémie Sinzelle</i>	p. 24
Fragilités des neurosciences – <i>André Coret</i>	p. 26
Mémoires de psychiatres – <i>Michel Jurus</i>	p. 27
Avoir un logement ou l'habiter : deux choses fort différentes – <i>Jacqueline Légaut</i>	p. 28
L'envers du décor – <i>Jean-Jacques Bonamour du Tartre</i>	p. 30
Les non dupes errent-ils ? – <i>Hélène Baudoin</i>	p. 35
Séminaire de Printemps – <i>Anne Rosenberg</i>	p. 36
Formations in situ	p. 38
Annonces : Assises citoyennes, Nice, Paris	p. 39

DÉSIR DE LIVRES

CAHIER CENTRAL

Bulletin d'adhésion 2013	p. I
Lettre du trésorier – <i>Béatrice Guinaudeau</i>	p. II
Journées Nationales 2013 – Lyon	p. III
Programme	p. VII

Éditorial

Vérité et fin du mensonge : un temps pour l'éclat

Paul Claude Racamier laissait entendre, à propos de l'attitude à adopter face à certaines perversions institutionnelles, qu'il était contre-productif d'avoir raison trop tôt. Il insistait sur la nécessité d'attendre le bon moment. A son sens, pas question d'œuvrer à faire respecter la loi, si impuissante face à la perversion, mais plutôt faire éclater la vérité lors d'une situation clef. Les suites ne s'en faisaient pas attendre, nous pourrions dire : naturellement. La vérité « à point nommé », antidote à la perversion, levier à l'envoyer sévir ailleurs. La conviction issue de l'éclat de l'évidence dévoilée.

Jacques Lacan, pour sa part, affirmait que « la vérité demandait à être dite ». Coup de force usuel chez Lacan, qui considérait ainsi la vérité tel un sujet, tout comme il le fera avec la science d'ailleurs. Là aussi cela pouvait prendre du temps, parfois plusieurs générations. Mais la vérité a la particularité d'insister, d'attendre son heure.

Si je fais appel à ces grands auteurs pour introduire ce propos, c'est en raison d'une impatience à ce que certaines vérités s'élaborent, j'allais dire au grand jour. La bulle psychiatrique dite « moderne » que l'on cherche partout à nous imposer semble se fissurer et tarder à se dissoudre mais n'en continue pas moins de sévir.

Le moins que l'on puisse dire dans cette affaire est que les intérêts sont colossaux, tant financiers que de civilisation, et que l'avis des modestes praticiens que nous sommes, bien qu'en première ligne, ne semble que consultatif pour nos tutelles.

Toujours est-il que les fissures au sein de la bulle sont multiples, peut-être décisives, et qu'il s'agirait, peut être pas trop tard, de le prendre en compte.

Le journal le Monde publie une étude de la prestigieuse revue « Nature Reviews Neuroscience » en date du 10 Avril 2013 qui émet plus que des doutes sur la fiabilité des neurosciences. Seules 15 % des études seraient crédibles. Ce résultat serait la conséquence du mode de financement de la recherche et de la nécessité d'être « sexy » pour se retrouver en Une des gazettes. La pseudo-modernité de la psychiatrie fondée sur ces recherches est donc à 85 % caduque. Les soi-disant découvertes ne sont pas reproductibles mais les études qui l'attestent ne sont pas publiées par les dites gazettes. Les investissements prévus, tant européens qu'américains, dans les programmes de recherche sur le cerveau sont si importants qu'il n'est décemment plus possible de se contenter d'études de complaisance. Le ménage se prépare. Certains ont peut être du souci à se faire, l'idéologie risque de ne plus être suffisante.

La revue « Prescrire » épingle notre prestigieuse HAS sur ses recommandations concernant l'autisme. Certaines de ces recommandations sont justifiées par des données de niveau de preuves intermédiaires ou de faible niveau, les autres sont issues d'un « consensus formalisé » qui ne reflète que l'opinion de certains professionnels. Le guide ainsi construit privilégie les méthodes cognitivo-comportementales et écarte les autres approches sans argument solide. Ce choix exclusif est non ou mal étayé. Il n'aide pas les soignants de premier recours et les familles à faire des choix éclairés (sic). Comme cela a été souligné lors de notre récent Séminaire de Printemps de Reims, les conflits d'intérêts ne se limitent pas aux aspects financiers mais comportent également des ressorts idéologiques et intellectuels. La HAS va sans aucun doute corriger le tir...

Le futur DSM V est partout décrié. Les rédacteurs des anciennes versions ne tarissent pas de critiques, des neurobiologistes américains de renom soulignent que le DSM IV a retardé la recherche et qu'il faut changer de référentiel, il est déjà reproché au DSM V de ne pas favoriser l'effort de

réflexion des utilisateurs, de cantonner la psychiatrie à un niveau regrettable, d'être à la solde d'une idéologie mercantile. Des pétitions sont en route sur les réseaux sociaux et des mesures de boycott de grandes envergures sont envisagées.

La prescription « rigoureuse » d'antidépresseurs de ses dix dernières années en Islande (la plus grosse consommation d'antidépresseur par habitant) n'a rien changé à la prévalence du suicide.

Le Monde en date du 25 avril 2013 évoque les « rencontres de Lourmarin » organisées par Daniel Vial, véritable « Davos de la pharmacie », où se rencontraient, avant le vote du budget de la Sécu, ministres de la santé, professionnels du médicament, responsables d'agences sanitaires et députés. Ce lobbyiste de l'industrie pharmaceutique, lié à Jérôme Cahuzac, s'attendrait à être convoqué par les juges.

La construction de la loi HPST, issue de « la théorie de l'agence » de l'école de Chicago, datant des années 70, déconstruit, sous prétexte d'économies et de mode de gouvernance, l'indépendance professionnelle. L'adaptabilité aux réalités de terrain ne se décrète pourtant pas par des courbes de Gauss. Une moyenne n'a que peu à voir avec la singularité et le quotidien. Produire des normes de cette façon conduit à légitimer une gouvernance autoritaire, certainement pas à assurer des soins pour tous.

L'état de notre outil de soins psychiatriques se dégrade, les urgences sont prises d'assaut, les hospitalisations psychiatriques raccourcies souvent au mépris des indications, la démographie s'enlise, la mise en concurrence régionale pourrait écarter les plus audacieux, la « normalisation » des soins gagne en étendue.

J'aurais pu allonger la liste et nous faut-il attendre un « syndrome Cahuzac » de la psychiatrie pour que l'évidence soit enfin reconnue ? Notre système se pervertit à marche forcée, la bulle se fissure : faudra-t-il attendre une destruction plus grande encore d'un tissu de soins patiemment élaboré pour accepter de voir ce que nous avons sous les yeux ? A quand le temps de l'éclatement de la bulle ? Mais parlons également de notre actualité syndicale.

Le Développement Professionnel Continu (DPC), devrait progressivement s'installer à partir de cette année. L'AFPEP – SNPP tente, avec un succès significatif, d'y tenir toute sa place, ceci en collaboration étroite avec la Fédération Française de Psychiatrie. Nos Journées, nos actions, nos formations seront très probablement validantes. Les thèmes de formation et les évaluations seront, pour partie, de notre responsabilité. Il nous a fallu pour cela mettre sur pied une « ODPC – Psychiatrie Privée » qui fera partie de l'organisation nécessaire. Je tiens à rendre hommage à l'action du Dr Michel Marchand qui a été déterminante dans cette élaboration. Il a cessé ses activités de président de l'AFPEP – SNPP, poste qu'il occupait depuis 2 ans, et a été élu Président d'Honneur de notre association, à l'unanimité, lors du Conseil d'Administration électif de mars dernier. Il a maintenu le cap dans des conditions parfois difficiles. Je tenais à l'en remercier et à lui signifier le plaisir de continuer à travailler avec lui. L'équipe qui s'est constituée autour de lui continuera le travail, et je tiens à souligner le dévouement, la chaleur et l'efficacité de chacun de ses membres. C'est une très belle équipe qui honore notre syndicat.

Le DPC est une entreprise chronophage mais stratégique. Veiller à la formation continue des psychiatres, en particulier celle des jeunes confrères, est sans doute un moyen d'assurer la pérennité de la psychiatrie française. Je profite de cette occasion pour vous inciter à vous engager à nos côtés. Nous allons avoir besoin de forces supplémentaires dans cette construction. Une telle opportunité ne se représentera pas avant longtemps. Nous avons l'occasion de tempérer une idéologie abusive : ne la ratons pas.

Patrice Charbit
Président de l'AFPEP – SNPP

Assemblée Générale 2012

Rapport d'activité

Chers ami(e)s,

2012, à nouveau, a été une année mouvementée pour la psychiatrie privée.

En tout premier lieu par le décès soudain de notre compagnon Antoine Besse, le 8 octobre 2012, en sortant d'une réunion de la FFP. Et malgré qu'il ait été un grand bavard, et qu'il savait parfois donner des coups de gueules mémorables, nous nous rendons surtout compte de sa très grande discrétion dans tout le travail associatif, scientifique et syndical, qu'il menait en particulier pour l'AFPEP – SNPP. A l'AFPEP – SNPP depuis 1980, dont il a été président pendant 4 ans, et depuis président d'honneur, au bureau de la FFP, président du collège de « thérapeutiques » de la FFP, à l'international où il nous représentait à la WPA, à Alfapsy où il venait d'être élu président, et dans les réunions entre les associations françaises impliquées à l'international, où il promouvait un nouveau mouvement international : la psychiatrie centrée sur la personne, à contre-courant du réductionnisme ambiant. Il avait trouvé le temps d'y ajouter l'organisation du colloque de Cerisy en 2011... tout en gardant une activité de pédopsychiatre de ville et directeur de CMPP. L'ensemble du Bureau du Conseil d'Administration de l'AFPEP n'a pas encore réussi à reprendre tous les dossiers sur lesquels il travaillait. Et nous réalisons, comme l'a souligné Yves Froger dans le BIPP consacré au départ d'Antoine, que celui-ci n'était justement pas bavard, qu'il ne débordait pas, mais qu'il faisait au contraire un énorme effort de concision, et que c'est nous qui n'arrivions pas assez à le suivre.

Pour ma part, je me rappellerai surtout de sa fidélité, tant à ses proches amis qu'à ses convictions et ses engagements, ce qui l'a amené à maintenir ses missions quand son candidat à la présidence de l'AFPEP – SNPP ne l'avait pas emporté. Antoine, un peu distant, furieux sans doute, restait là, travaillait, ne lâchait rien, et était parvenu, quelques jours avant son décès, lors

des Journées Nationales de Bordeaux, à renouer les liens avec tous ses compagnons de route de l'AFPEP. Quel personnage !

C'est grâce à ce tout dernier point, cette capacité à avoir renoué les liens in extremis pour relancer le travail, qu'une transition est possible ce matin dans mon rapport d'activité, et que l'AFPEP se doit justement de travailler encore et toujours plus. Voici donc le rapport proprement dit sur nos activités de l'année.

A l'AFPEP tout d'abord, car c'est notre cœur de métier, et la raison d'être de toute répercussion syndicale.

En juin, le Séminaire d'Été de l'AFPEP était intégré aux Francopsies d'Alfapsy, à Montpellier, réunissant 53 inscrits, proposant un travail sur les différentes modalités de pratiques, avec l'exposé de Victor Royer qui a interviewé différents praticiens, et jusqu'au référentiel métier que Jean-Jacques Laboutière met en place à la FFP.

L'enquête sur la pratique d'urgence reste ouverte, et devrait trouver une application dans le prochain DPC.

Les Journées Nationales de Bordeaux sur le soin ont été l'occasion de nos habituelles retrouvailles, et à nouveau, il convient de remercier Béatrice Guinaudeau pour le travail accompli.

L'année a beaucoup été marquée par les préalables de la mise en place du DPC (développement professionnel continu). L'approche de la concrétisation de ce nouveau système qui succède à la FMC est un enjeu majeur, tant financier qu'idéologique, qui replace en surface un important clivage de la psychiatrie. Je dois vous en dire quelques mots pour que chacun ait les informations lui permettant de ne pas se tromper... à l'heure où il faudra participer au DPC.

Nous sommes donc en présence de deux parties, prétendant représenter la psychiatrie pour le DPC en constituant un Conseil National Professionnel

de Psychiatrie (CNPP). Une fois constitué, ce CNPP pourrait facilement devenir un représentant officiel de la psychiatrie, interlocuteur des pouvoirs publics, bien au-delà du DPC... Ces deux parties sont d'une part la Fédération Française de Psychiatrie (FFP, créée en 1992) et le Conseil National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP, créé en 2008), créant donc un clivage institutionnalisé dans la profession sous prétexte de « fédérer » les associations de psychiatres.

La FFP, depuis bien longtemps, tente de réunir l'ensemble des composantes du monde psychiatrique, avec une présidence tournante entre universitaires, hospitaliers et libéraux. Elle devait donc « naturellement » devenir CNPP.

Mais en 2008, la création du CNQSP a changé la donne, instituant un clivage marqué de la profession entre ces deux groupes. Les universitaires (CNU) et les comportementalistes (AFTCC) n'ont pas tardé à démissionner de la FFP pour rejoindre la nouvelle structure, qui prétend devenir le seul représentant de la psychiatrie française. Le CNQSP « représente un courant émergent fort en psychiatrie que l'on peut résumer en une psychiatrie moderne basée sur les éléments de validité que les patients sont en droit d'attendre des professionnels et sur lesquels doivent être fondés les pratiques »... et ne supporte pas qu'on mette dès lors en cause les conclusions de la HAS sur l'autisme par exemple. Pourtant, à prendre au pied de la lettre cette exigence de niveau de preuve suffisant, la revue *Prescrire* publie¹ une critique acerbe de la recommandation de la HAS, rappelant que « *la plupart des recommandations ne sont pas consensuelles, et plusieurs participants ont exprimé des réserves ou un désaccord. Présenter de façon équilibrée les quelques certitudes et les différentes options aurait aidé les familles et les soignants non spécialisés. Les*

recommandations de ce guide ne reflètent que l'option des spécialistes des méthodes cognitivo-comportementales. Mieux vaut ne pas se laisser leurrer par un faux « consensus ».

Un autre travail représentatif du CNQSP, qu'ils mettent en avant sur leur site web et dans les congrès, est la recommandation de bonne pratique : « Amélioration de la coopération entre médecin généraliste et psychiatre », ou comment standardiser « les courriers d'adressage et de réponse » entre psychiatres et généralistes. En pratique, il s'agit d'une liste des questions que le généraliste doit poser au psychiatre, et d'une liste des réponses que le psychiatre doit donner. Il aura fallu pour ça réunir 122 participants à un groupe de lecture, 24 pour le comité d'organisation... pour lire 175 articles dont seuls 3 ont un bon « niveau de preuve » (grande A), 19 témoignent d'une présomption scientifique (niveau B), 10 un niveau faible de preuve (grande C), et 143 ne sont qu'indicatifs.... Mais malgré tout, voilà comment une recommandation de bonne pratique se retrouve validée par la HAS et pourrait un jour être imposée aux praticiens ! Voilà surtout comment le CNQSP déclare vouloir promouvoir une psychiatrie moderne basée sur les éléments de validité... et nous fait passer des vessies pour des lanternes².

L'AFPEP et le SNPP ont donc participé à de multiples réunions sous haute tension, avec la FFP et les syndicats du CASP, opposés au CNQSP (et le syndicat public IDEPP associé aux universitaires du SUP).

Le rôle particulier du SPF et de l'AFP est à noter : adhérent à la fois à la FFP ET au CNQSP, ils sont le soutien permettant au CNQSP d'avoir une représentation des psychiatres libéraux, et donc prennent de fait partie, sous des faux airs de neutralité.

1 *Prescrire*, avril 2013, page 305

2 En complément à ce rapport d'activité de mars 2013, on retrouve à peu près les mêmes signataires dans le « Collectif pour une Psychiatrie de Progrès » qui a lancé en avril 2013 un manifeste aux faux airs progressifs, pour qui « A priori, tout patient doit bénéficier des méthodes de prise en charge qui ont fait la preuve de leur efficacité. Il n'est plus possible que chaque équipe de psychiatrie « générale », ou de psychiatrie infanto-juvénile, s'organise exclusivement autour d'une seule approche théorico-pratique ». Nous en concluons qu'il faut fermer la clinique de Laborde, de St Martin de Vignogoul... et bientôt la plupart des cabinets libéraux puisque la psychiatrie privée « doit trouver sa place au sein d'une offre de soins coordonnée dans un esprit de coopération avec le secteur public, et avec les autres spécialités médicales, pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de soins exprimés par la population et en préservant la liberté de choix des patients »... là encore, c'est une étonnante inversion des choses, puisque les psychiatres privés sont justement en contact beaucoup plus fréquent avec les médecins généralistes que ne le sont les psychiatres publics !

Nous attendons désormais une réunion au ministère pour trancher ce conflit...³

En tout état de cause, l'AFPEP – SNPP sera représenté au CNPP et portera les revendications spécifiques de la psychiatrie privée, avec un poste de représentant syndical, et une représentation à définir au sein de la FFP. A noter que le CNPP doit statutairement être composé de 50 % de « salariés » et 50 % de « libéraux » (ce qui ne recouvre pas exactement la notion de public / privés).

L'activité de l'AFPEP, c'est aussi la préparation du programme de formation 2013, avec les Journées Nationales 2013 de Lyon sur le thème « Résistance », ainsi que plusieurs formations spécifiques en cours d'année « Transcription » (comment transcrire nos conceptions de la psychiatrie et nos pratiques dans un langage permettant le dialogue avec les tutelles), « gérontopsychiatrie » ou encore « prescrire sans proscrire » (formation à la prescription médicamenteuse en toute indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique, et avec un intervenant de la revue Prescrire).

A quoi s'ajoute le Séminaire de Printemps 2013 à Reims, sur le thème du « Diagnostic ».

Du côté syndical maintenant, le SNPP n'a pas chômé non plus ! 2012 était l'année enfin attendue de la revalorisation du CNPSY, inchangé depuis 1995. Rappelons l'action déterminante du SNPP dans les négociations conventionnelles pour refuser toute augmentation « à la marge » très peu utilisée comme les C2,5 pour les urgences, ou des lettres clés additionnelles pour des consultations particulières. Nous avons revendiqué encore et toujours l'acte unique, le seul effectivement côté en pratique, le centre de notre pratique, et obtenu une augmentation du CNPSY de 7,8 % (6,5 % du total CNPSY + MPC + MCS).

Le SNPP maintient également son exigence de libre choix du mode de transmission des feuilles de soin : papier ou électronique. Les sanctions brandies contre ceux qui refusent toute télétransmission nous paraissent illégitimes. La pression porte maintenant sur les patients eux-mêmes puisque la sécurité sociale va jusqu'à leur

écrire pour leur suggérer de changer de médecin pour aller voir un télétransmetteur, leur indiquant que sinon, le traitement des feuilles de soin papier risque d'être fort long ! Recul inacceptable du service public qui doit permettre le même accès aux soins à tous les patients sans faire porter la responsabilité sur les praticiens.

Rappelons que rien ne justifie que les frais de télétransmission soient à la charge du praticien (matériel, entretien, mise à jour, abonnement). Certes la prime à la télétransmission est sensée compenser ces frais, mais elle est désormais soumise à un « pack » et n'est donc versée qu'à ceux qui acceptent aussi la P4P (prime à la performance), ET remplissent toutes les conditions (dont la connexion au service ameli-pro). Ceux qui sont simplement équipés d'un boîtier de télétransmission ne toucheront donc rien du tout !

Rappelons aussi la jungle que représentent les différentes sociétés de télétransmission, marché fort lucratif, depuis la version gratuite sur PC (« 123 santé édition spéciale ») aux versions payantes sur ordinateur ou avec un boîtier spécifique, allant jusqu'à 50 € par mois.

Rappelons aussi les divers dysfonctionnements du système qu'il faut résoudre en fin de consultation quand le patient suivant attend déjà... avec un service de hot line téléphonique.

Ne serait-ce pas plutôt à la sécurité sociale de nous fournir un matériel gratuitement, à s'assurer de sa mise à jour, pour nous donner permission de faire leur travail gratuitement ?

Notre entrevue à la CNAM en 2012 a permis d'aborder ces sujets, et d'obtenir quelques réponses : il n'y a pas d'intérêt pour la CNAM à lancer de longues procédures contre les récalcitrants proches de la retraite (mais à quel âge fixeront-ils le seuil ?), et de toute façon, la procédure passe par une commission paritaire locale où le praticien pourra se défendre et être aidé par les syndicats.

L'actualité syndicale a aussi été l'avenant 8 sur les dépassements d'honoraires. Le SNPP ne s'oppose pas à une limite quand on voit les dérives de certains, épinglés dans la presse. Notons

³ Qui a eu lieu depuis l'AG de l'AFPEP de mars 2013, et aboutit à un équilibre des forces en présence, le CNQSP obtenant une « minorité de blocage »... mais que veulent-ils bloquer ?

cependant qu'il s'agit surtout de psychiatres universitaires, dont un facture jusqu'à 200 € la consultation ! Pourtant, il est bien possible que les médecins hospitaliers ne soient pas concernés par l'avenant 8, ni les praticiens parisiens...

Le SNPP met par contre une condition à la limitation des dépassements : le CNPSY doit continuer à être revalorisé ! Il est absurde d'imaginer que les praticiens acceptent longtemps des honoraires bloqués, inférieurs à la plupart des pays occidentaux, avec un désengagement constant de la Sécurité Sociale et une culpabilisation des praticiens sur le reste à charge pour les patients. Le SNPP n'appelle pas au déconventionnement, mais nous recevons depuis un an des courriers de confrères prêt à envisager cette éventualité, sans pour autant passer à l'acte pour l'instant puisque nous n'avons à faire qu'à des menaces, et pour l'instant à aucune sanction. Ces courriers sont nouveaux, et montrent qu'en prétendant chercher à favoriser l'accès aux soins, le résultat à long terme pourrait bien être l'inverse...

Rappelons qu'en comptant les augmentations des charges sociales et l'absence de remboursement des MPC et MCS, un psychiatre en secteur 2 doit facturer 55 € pour avoir le même revenu qu'un psychiatre en secteur 1... mais que le patient n'est alors remboursé que 25,90 € par la Sécurité Sociale contre 30,59 € s'il avait consulté en secteur 1 ! Plus c'est cher, moins la Sécurité rembourse !

Côté intersyndical, le SNPP a continué son action au sein du CASP, qui réunit 6 syndicats de psychiatres sur 8. Ne sont pas ou plus représentés le SUP (universitaires) et l'IDEP (hospitaliers proches du SUP) qui sont les mêmes qui par ailleurs ont choisi de soutenir le CNQSP. Reste donc l'immense majorité des praticiens, représentés au CASP via le SNPP, le SPF, le SPH, la CFEGCG, l'USP et le SPEP (qui n'a pas adhéré au CASP mais est invité à nous rejoindre bien souvent).

Côté centrales syndicales de médecine libérale, suite à notre démission de la FMF l'an dernier, nous restons en contact avec les centrales, et évaluons l'intérêt d'une adhésion à la CSMF, la FMF, le SML. Rien n'est tranché actuellement...

L'application de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sous contrainte (réforme de la loi de 1990) pose énormément de problèmes en psychiatrie publique,

mais nous avons eu très peu de remontées des confrères du privé, peu sollicités sur ce point. Le SNPP reste cependant très vigilant sur la question, et s'inquiète des dérives possibles des soins ambulatoires sous contrainte, qui ne doivent jamais devenir un moyen de palier le manque de moyens de la psychiatrie. Rappelons l'avis du Conseil Constitutionnel sur la question : les soins ambulatoires sous contrainte dits « programme de soin » sont « obligatoires » mais en aucun cas « coercitifs ». En cas de non-respect des obligations du programme de soin, la seule contrainte possible soumise au patient est la réhospitalisation à temps plein, qui seule permet d'envisager un traitement imposé. D'autres modalités précises (L3213-8 et L3211-12) d'hospitalisation concernant les UMD et les irresponsables pénaux notamment imposent une réforme de la nouvelle loi avant le 1^{er} octobre 2013, et le SNPP participera avec le CASP à ces réformes.

Notons que cette loi de 2011 a multiplié les démarches administratives dans les hôpitaux, liées au nouveau rôle systématique du juge des libertés et de la détention (JLD). Les documents officiels à remplir pour une hospitalisation sous contrainte sont ainsi passés de 10 à 47, et ça coûte jusqu'à 500 000 € annuel pour un hôpital psychiatrique comme le Vinatier à Lyon, et l'embauche de 10 équivalents temps pleins à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif, pour la seule application de la loi.

Grande question : les libertés individuelles des patients, et leur accès aux soins s'en sont-ils trouvés améliorés ? Non bien sûr : si on suit bien le formalisme juridique, il est désormais plus facile de procéder à un internement « arbitraire », mais par contre, le juge des libertés est contraint de faire sortir de l'hôpital des patients pour divers problèmes de procédure... par exemple quand le psychiatre a bien fait son certificat à la bonne date, mais que la transmission du certificat d'un service administratif à l'autre se fait avec un jour de retard. Des patients en SDRE (la nouvelle HO) sont ainsi sortis de l'hôpital, avec mention spéciale de les réinternement immédiatement vu leur dangerosité manifeste et la nécessité de soins psychiatriques sous contrainte dont le juge est bien convaincu ! Le patient éventuellement persécuté doit alors refaire la série des certificats par plusieurs psychiatres successifs et repasser devant le juge, et réexpliquer toute son histoire à chaque fois... malgré son sentiment de persécution !

Le SNPP constate donc le manque de sérieux des pouvoirs publics qui :

- Prétendent favoriser l'accès aux soins en organisant un moindre remboursement pour les patients qui consultent en secteur 2 où ils payent plus cher
- Prétendent améliorer les conditions des soins sous contrainte en psychiatrie en aboutissant à plus de sorties pour vice de forme et aucune amélioration des libertés individuelles

- Méprisent les professionnels en cherchant systématiquement à entraver nos pratiques et jamais à nous aider à mieux travailler

Le programme de l'année à venir est donc tout tracé.

Élie Winter

114 votants : adopté à l'unanimité.

Rapport moral et d'orientation

Le mandat qui vient de s'écouler a connu à nouveau une activité très soutenue tant sur le plan associatif que syndical.

L'année 2012 a été avant tout marquée par la disparition brutale de notre ami Antoine Besse.

Nous mesurons jour après jour le vide qu'il laisse, notamment dans notre implication à l'international.

Hommage lui a été rendu dans la dernière édition du BIPP, mais aussi dans le bulletin de l'association mondiale de psychiatrie. Le numéro spécial de Psychiatries, paru en décembre, lui a été dédié. Nous lui disons à nouveau toute notre gratitude pour son engagement total et l'exemple d'humanité et d'ouverture qu'il nous a donné.

Les trois éditions de Psychiatries, la richesse du BIPP dans sa nouvelle livrée fort appréciée, ainsi que les nombreuses newsletters, vous ont tenu informés de l'intensité du travail poursuivi sans relâche par une équipe dont le dynamisme n'a d'égal que la convivialité.

Les nombreux participants au Séminaire d'Été, intégré aux Francopsies de Montpellier, ainsi qu'aux Journées Nationales de Bordeaux ont apporté leur contribution à ce vivier que représentent ces moments forts de notre travail scientifique.

Basés sur les orientations définies lors de la dernière assemblée générale et le travail de synthèse mené par le Bureau, nous avons fixé les fondamentaux à rappeler fermement à nos interlocuteurs ainsi que nos propositions face aux empêchements qui s'accroissent et altèrent notre pratique.

Nous avons dès lors multiplié les contacts et rencontré successivement :

- l'UNCAM pour défendre notre refus du paiement à la performance, le maintien du choix de mode de transmission des feuilles de soins et l'indispensable revalorisation du CNPsy. Ceci pendant que les centrales négociaient l'avenant 8 de la convention sur les dépassements, avenant déjà récusé dans ses modalités d'application.

- le conseiller spécial du Président de la République pour exposer notre pratique et ses exigences. Nous avons été interrogés sur l'éventualité d'un forfait de soins pour les ALD et sur l'état de la recherche clinique.

- le ministère, dans une entrevue regroupant tous les syndicats du Comité d'action syndical des psychiatres (CASP), pour une défense commune de notre exercice dans notre diversité et complémentarité. La refonte de la loi du 5 juillet 2011, déclarée inconstitutionnelle, s'impose avant le 1^{er} octobre prochain : c'est la priorité du ministère, qui annonce par ailleurs son désir de concertation et l'abandon du Plan psychiatrie et santé mentale.

- la mission d'information sur la psychiatrie à l'Assemblée Nationale, pour être auditionnés avant que soient arrêtées de nouvelles dispositions législatives. Un nouveau contact nous laisse espérer d'être entendus de façon plus sérieuse cette fois.

Parce qu'elle se situe à l'interface de la singularité de chacun et de l'évolution sociale – qu'il s'agisse de l'organisation des soins, de la solidarité

permettant l'accès aux soins ou des textes de loi – la psychiatrie a incontestablement une dimension politique.

La question de la psychiatrie est en effet un enjeu de société et par conséquent l'affaire de tous. Elle nous renvoie, quant à nous psychiatres, au primat de notre fonction soignante, fondée sur les enseignements de la psychopathologie, la psychodynamique et la prise en compte de l'humain dans son entier.

Notre conception du soin implique une proximité et une disponibilité qui caractérisent notre mode d'exercice privé, affirmant notre spécificité dans une offre de soins qui doit rester diversifiée.

Le travail mené à Bordeaux sur l'inventivité du soin, la réflexion conduite à Montpellier sur les urgences et la permanence des soins, mais aussi dans quelques jours à Reims sur le diagnostic, ou encore prochainement dans nos locaux sur la transcription, la prescription et la gérontopsychiatrie, nous permettent d'étayer nos propositions face aux instances décisionnaires.

Chaque fois il s'agit de mieux faire comprendre la réalité de notre pratique et ses conditions indépensables, tout comme sa spécificité.

Et d'expliquer inlassablement nos fondamentaux : la nécessité de notre indépendance professionnelle, que ce soit dans nos choix thérapeutiques ou dans notre formation, le libre choix du psychiatre par le patient, l'absolue confidentialité gage de la relation de confiance entre soignant et soigné, le retour à l'accès direct évitant ainsi de différer ou d'empêcher le soin, l'affirmation de notre fonction soignante sans restriction de notre champ d'intervention, le maintien d'un remboursement solidaire des soins par l'assurance maladie et d'une démographie suffisante pour rendre possible l'accès aux soins pour tous, et enfin la mise à niveau de notre acte de consultation nous permettant d'y consacrer le temps nécessaire dans des conditions décentes.

Sans oublier une formation initiale abordant les différentes approches théoriques et faisant toute sa place à la dimension relationnelle et psychothérapique, ainsi qu'une formation continue placée sous la responsabilité de la profession. Nous avons pour cela décidé de créer une association de formation DPC propre à l'AFPEP – SNPP. 2013 est en effet l'année de la mise en œuvre du développement professionnel continu,

avec comme préalable la création d'un Conseil National de la Psychiatrie (CNPP). L'accouchement au forceps des statuts de ce conseil révèle au grand jour l'opposition farouche de tenants d'une psychiatrie dite "moderne" et d'un certain nombre d'universitaires à la conception humaniste de la psychiatrie que nous soutenons. Nous en avons été témoin lors de la négociation censée finaliser la création du CNPP. Nous serons amenés à nous y impliquer activement, sur le versant syndical comme sur le versant scientifique.

Le rôle du CNPP sera de proposer et valider des actions de formation et d'évaluation professionnelle et les contours d'un référentiel de notre pratique.

Dans le même temps vient d'être confirmée la représentation de notre profession à la Commission Scientifique Indépendante (CSI) chargée, elle, de valider les propositions du CNPP, avec la nomination d'un praticien hospitalier et d'un psychiatre d'exercice privé issu de nos rangs, Yves Froger.

Présents sur tous les plans, nous le sommes à la Fédération Française de Psychiatrie, présidée dès à présent par Jean-Jacques Laboutière que nous félicitons, fédération au sein de laquelle Jean-Jacques Bonamour a été élu président du collège des thérapeutiques.

Nous assurons également la permanence et l'accueil du CASP, comité aussi nécessaire que fragile, lieu d'un dialogue permanent entre les différents modes d'exercice et d'une expression commune qui facilite l'audience de la profession.

C'est l'articulation étroite de tous ces registres et la vue d'ensemble du paysage professionnel, social et politique, entre notre travail de recherche, de réflexion, de formation et celui de notre défense syndicale, qui nous permet de tracer le chemin à même d'assurer les meilleures conditions à l'exercice de notre métier.

Un seul point noir dans ce panorama reste la difficulté d'assurer notre équilibre financier. Bien que nous soyons parvenus à stabiliser le nombre de nos adhérents, en baisse continue depuis de nombreuses années – comme pour l'ensemble des syndicats d'ailleurs – et malgré une réduction conséquente des dépenses de fonctionnement, nous avons dû nous résoudre à nous séparer prochainement d'Evelyne Barraud, venue en appui du secrétariat depuis fort longtemps avec une conscience professionnelle que je salue ici.

Un nouveau site va être créé dans les prochains mois pour nouer une relation plus interactive avec les adhérents et futurs adhérents.

Après avoir assumé diverses responsabilités au sein de l'AFPEP – SNPP, je suis arrivé au terme de mon engagement en tant que président.

Depuis deux années un cap a été donné, de façon nette et affirmée, à l'issue de débats fructueux, sans dogme et sans concession, pour tenir bon sur l'idée que nous nous faisons du métier de psychiatre.

Je prends la dimension du chemin parcouru et tiens à souligner une nouvelle fois le plaisir que j'ai eu à présider un travail collectif et amical d'une équipe soudée, engagée, ardente.

Un grand merci à tous.

A Élie Winter et Patrice Charbit avec lesquels s'est formé un trio de choc.

Au quatuor de vice-présidents toujours à l'œuvre dans leurs domaines respectifs : Jacqueline Légaut, Claude Gernez, Thierry Delcourt et Françoise Labes. Et Thierry sait combien nous lui

devons pour son labeur infatigable d'animateur scientifique et de responsable des publications.

A la sagesse vigilante d'Olivier Schmitt, président d'honneur.

Au soutien permanent et indéfectible d'Anne Rosenberg, Françoise Coret, Béatrice Guinaudeau, Michel Jurus, Jérémie Sinzelle, et Paul Lacaze qui a dû reprendre transitoirement le flambeau d'Alfapsy après la disparition d'Antoine Besse.

A Jean-Jacques Bonamour très présent à la FFP aux côtés de Françoise Labes.

Et à tous les membres du Conseil d'Administration.

Je rends hommage au dévouement et à l'implication de Chantal Bernazzani, notre secrétaire, et Evelyne Barraud, saluée tout à l'heure, ainsi qu'au militantisme souriant de notre chargée de communication Marie Kretschmar.

Michel Marchand

119 votants : adopté à l'unanimité.

Renouvellement des Conseillers Nationaux

Cinq postes à pourvoir.

Sont élus

- | | | | |
|--------------------|------------|-------------------|---------------------------|
| - Patrice Charbit | : 123 voix | - Françoise Labes | : 118 voix |
| - Capucine Rivière | : 121 voix | - François Oury | : 72 voix (élu pour 1 an) |
| - Thierry Delcourt | : 120 voix | | |

Décision prise par l'Assemblée Générale

1 – Montant des cotisations 2014 :

- 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années d'exercice : **180 €**
- 4^{ème} année et au-delà : **360 €**
- Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : **125 €**
- Retraités actif : **310 €**
- Psychiatre ayant cessé d'exercer : **215 €**
- Internes : **60 €**
- Abonnement à Psychiatries seul : **60 €**

Adopté à l'unanimité moins 2 abstentions.

Motions

1/ Les fondamentaux de l'AFPEP – SNPP

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

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

L'indépendance professionnelle consubstantielle à une réelle responsabilité,

La confidentialité et le strict respect du secret professionnel,

Le respect du libre choix du psychiatre par le patient.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Le libre choix des techniques, tant psychothérapeutiques que biologiques ou sociales. Dans la pratique comme dans la formation, nous soutenons l'apport de la psychanalyse. Le psychiatre ne peut se contenter des seules « données acquises de la science » ou de l'Evidence Based Medicine, qui représentent des données beaucoup trop partielles dans son champ d'intervention. Il prend en charge l'intégrité de la personne souffrante, alors que les neurosciences actuelles et les études sur les médicaments et les comportements ne peuvent qu'apporter une vision partielle et réductrice. Les recommandations de la HAS, comme les travaux à vocation de publication dans les revues internationales à impact factor, ne sont qu'un outil et le praticien doit impérativement garder une totale indépendance dans sa pratique et décider en conscience des modalités de son intervention thérapeutique. Nous défendons une polyvalence des pratiques face à une demande de soins hétérogène.

Adopté à l'unanimité.

2/ Formation et création d'un ODPC

Réaffirmant la place centrale des praticiens dans la formation, à l'échelon local, régional et national, l'AFPEP – SNPP décide d'appeler à fonder un organisme de développement professionnel continu de la psychiatrie privée « ODPC PP ».

Adopté à l'unanimité.

3/ Refus de la loi du 5 juillet 2011

Cette loi, déclarée inconstitutionnelle, doit faire l'objet d'une révision : l'AFPEP – SNPP en exige une refonte profonde, refusant l'introduction de soins ambulatoires sans consentement et une judiciarisation mal conçue.

Adopté à l'unanimité.

4/ Relations avec les centrales syndicales

Sans être affiliée à aucune centrale, l'AFPEP – SNPP développe ses échanges avec les centrales syndicales représentant les spécialités en vue d'obtenir des avancées conventionnelles.

Adopté à l'unanimité.

5/ Avenant 8

L'AFPEP – SNPP regrette et dénonce l'aveuglement de l'Assurance Maladie qui persiste à exercer des contraintes contre le secteur 2 alors que seule une revalorisation significative du tarif opposable permet de garantir l'accès aux soins.

Adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

6/ Avenant 2

L'AFPEP – SNPP continue d'exiger le maintien du libre choix du mode d'établissement des feuilles de soins.

Adopté à l'unanimité.

7/ Registre des psychothérapeutes

Les psychiatres sont de fait psychothérapeutes : ils n'ont pas à faire de démarches d'inscription au registre des psychothérapeutes.

Adopté à l'unanimité.

8/ Assises Citoyennes pour l'hospitalité en psychiatrie et dans le médico-social

L'AFPEP – SNPP soutient la tenue de cette rencontre organisée les 31 mai et 1^{er} juin 2013 par le Collectif des 39 et les Ceméa.

Adopté à l'unanimité moins 7 abstentions.

Bureau AFPEP-SNPP 2013

Présidents d'honneur

Hervé Bokobza
Jean-Jacques Laboutière
Michel Marchand
Olivier Schmitt

Président Patrice Charbit

Vice-Présidents

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Thierry Delcourt
Claude Gernez
Françoise Labes
Jacqueline Légaut

Secrétaire Général Élie Winter

Trésorière Béatrice Guinaudeau

Le mot de la rédaction

Penser l'action ; l'AFPEP – SNPP au travail : la photo de couverture en témoigne, alors que le Bureau s'accorde une petite pause lors d'un long week-end de réflexion sur les actions à mener et les positions à prendre pour l'année 2013. C'était un Bureau d'été animé par notre président Michel Marchand, qui vient juste de laisser la place à Patrice Charbit, après deux années de travail intense et efficace à la tête de l'AFPEP – SNPP... Et il peut être fier du travail accompli par son action et celle de notre syndicat, engagé sur plusieurs fronts avec des résultats probants dont chacun de nous, psychiatres privés, mais aussi du médico-social, peut apprécier la qualité.

Le nouveau Bureau, élu en mars 2013 lors de l'Assemblée Générale est déjà, toujours et encore au travail sur des dossiers complexes dont les enjeux restent la préservation des fondamentaux de notre pratique tels que nous les avons exposés dans le précédent BIPP 63 et dans le numéro spécial de Psychiatries 158. Le DPC est un de ces dossiers que nous avons pris à bras-le-corps malgré les contraintes qu'il nous impose dans la mise en place de nos projets. Il vous sera possible, très prochainement, de faire entrer nos actions de formation et nos échanges lors des Journées Nationales et du Séminaire de Printemps, réputés de qualité et riches de débats, dans votre DPC, sans perdre la maîtrise de vos choix de formation.

L'AFPEP – SNPP compte parmi ses membres et ses compagnons de route des femmes et des hommes engagés, et reconnus comme tels dans le milieu psychiatrique comme dans la

société civile. Certains publient régulièrement et tous s'engagent dans le débat citoyen pour une psychiatrie à visage humain. Nous avons cette année, perdu un membre éminent en la personne d'Antoine Besse, qu'aucun d'entre nous n'oublie. Nous apprécions le précieux concours de Jean-Jacques Laboutière, d'Hervé Bokobza, d'Albert Le Dorze, de Marie-Lise Lacas, de Robert Palem, de Raymond Bénévent, d'Annette Régi, de Paul Lacaze, d'Olivier Schmitt et de tant d'autres qui écrivent, interviennent et alimentent le débat et la pensée en action de notre Bureau et du Conseil d'Administration.

Il nous reste à entretenir mieux encore les relations au niveau local et avec les associations régionales dont on sait la qualité des actions entreprises tant au niveau de la formation que de la place de la psychiatrie dans la cité. Et pour cela, nous avons besoin de forces vives et des liens étroits assurés par les adhérents de l'AFPEP – SNPP. Ceux-ci doivent pérenniser la volonté qu'a toujours eue l'AFPEP – SNPP de rester au plus proche de la pratique concrète et des préoccupations des psychiatres privés à l'échelon local, sans ménager ses efforts pour assurer leur défense lorsqu'ils sont confrontés à des conflits avec les tutelles. Et pour cela, comme vous le savez, nous avons besoin de votre engagement dont la première étape est votre adhésion à l'AFPEP – SNPP.

Thierry Delcourt

DERNIÈRES INFOS

Dialogue avec les pouvoirs publics... en attente

Nous avons été reçus, non sans une forte insistance de notre part, tant par le président de la mission d'information parlementaire sur la psychiatrie que par le ministère, cette fois dans le cadre du Comité d'Action Syndical des Psychiatres.

Mais les psychiatres d'exercice privé ne pèsent pas lourd au regard du coût de la santé en général et de l'hospitalisation publique en particulier, malgré nos 17 millions de consultations annuelles et une file active de 2 millions de patients.

Promesse de concertation il y a. Nous sommes pourtant obligés de constater l'absence d'un réel partenariat avec les instances décisionnaires au risque de voir naître des dispositions législatives et des décisions administratives erronées et bien éloignées des nécessités du soin et de la réalité quotidienne de notre pratique.

Devons-nous accepter la légèreté avec laquelle nous sommes considérés, au ministère comme au parlement, au moment où les pouvoirs publics tentent de se débrouiller de la révision de la loi du 5 juillet 2011 et de l'organisation des soins en région ?

Il est grand temps de faire admettre les conditions matérielles et morales qu'exige notre pratique : une pleine responsabilité et l'indépendance professionnelle qui en est son corollaire, la disponibilité avec les larges plages horaires de consultation qui caractérisent notre exercice, le temps et l'attention portés à chaque patient, la réinvention permanente du soin et la diversité des approches thérapeutiques. Encore faut-il que nous soyons assez nombreux pour ce faire et que la rémunération de notre acte soit mise à un niveau décent.

Une vraie politique de santé doit se préoccuper de donner un cadre de soin respectueux de ces conditions et accessible à tous.

C'est de ce cadre d'exercice que nous voulons discuter avec nos partenaires institutionnels, dans une élaboration permanente et non sur le mode des « pigeons ».

Alors, à quand les prochains rendez-vous ?

Michel Marchand

Les brèves du DPC

Mise en place du DPC

2013 sera l'année de la mise en place du Développement Professionnel Continu.

Version simplifiée : l'AFPEP vous orientera pour valider votre DPC sans trop changer vos habitudes. Nos Journées Nationales seront conçues pour permettre la validation du DPC en y ajoutant des questionnaires visant à rendre compte de l'apport de la formation concernée. Nous nous chargeons de l'essentiel.

Vous n'aurez probablement plus à payer d'inscription (hors soirée de gala) et pourrez être indemnisé pour le temps passé à hauteur de 172,50 €/ demi-journée.

Version plus complète, pour rendre compte de la complexité du travail sous-jacent, et des enjeux de pouvoir, de représentativité de la psychiatrie, et d'argent :

Ce « DPC » n'est pas superposable à l'ancienne formule de la FMC, puisqu'il inclut non seulement des informations théoriques (« formation cognitive ») mais aussi une vérification de l'impact de cet enseignement sur nos pratiques professionnelles (« EPP : évaluation des pratiques professionnelles »), d'où les questionnaires à remplir avant et après formation.

Le DPC a vocation à être une démarche permanente, annuelle, et évidemment obligatoire.

Des thèmes d'orientation nationale seront établis par le CNPP¹, et d'autres thèmes régionaux proposés par les ARS. Tout est ensuite analysé par la CSI², et validés par le ministère par arrêté. Un des thèmes nationaux nous concernant est intitulé « santé mentale et psychiatrie »... laissant un large espace de liberté d'action !

Les praticiens auront à choisir un organisme de formation en DPC (ODPC), en particulier pour les psychiatres privés : « l'**ODPC PP** » (ODPC des psychiatres privés en cours de création, proche de l'AFPEP, et appelé à être validant pour les Journées Nationales et autres formations) et l'**ODPC PSM** (ODPC psychiatrie santé mentale) proche de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) à laquelle l'AFPEP apporte son soutien. Vous recevrez beaucoup de sollicitations d'autres ODPC mettant en avant telle ou telle caution scientifique, et il appartiendra à chacun de décider ce qu'il veut promouvoir en participant à tel ou tel ODPC !

Une grande nouveauté (qui explique l'appétit de certains) est le mode de financement, puisque les médecins auront un budget de formation alloué pour payer leur formation via une sorte de chèque-formation (de l'ordre de 300 € par programme de formation DPC, versé à l'ODPC), et pourront être indemnisé à hauteur de 172,50 € par demi-journée par exemple... d'où les appétits aiguisés de certains professionnels de « la qualité » qui voient là l'occasion d'imposer aux psychiatres notamment les méthodes qui ont dévasté le monde du travail en général : déshumanisation, standardisation des procédures (par exemple de l'échange de courrier entre psychiatre et médecin traitant qui devraient suivre les nouvelles recommandations du CNQSP), évaluation annuelle, bref, management des carrières !

L'AFPEP veillera à promouvoir une version du DPC mettant en avant la diversité des pratiques, et le fonctionnement spécifique des psychiatres libéraux, dont le métier semble de plus en plus différent de celui de nos universitaires. Nous saisisons ainsi l'occasion d'en faire aussi un outil de promotion du travail des acteurs de terrains,

1 Conseil National Professionnel de Psychiatrie, auquel l'AFPEP et le SNPP participeront

2 Commission Scientifique Indépendante où deux psychiatres participent : un titulaire public issu du SPH Jean Oureb, et un suppléant privé ancien président de l'AFPEP Yves Froger. Le conflit concernant le CNPP évoqué dans le rapport d'activité du secrétaire général dans ce numéro du BIPP s'étant aussi à cette CSI où les universitaires voudraient représenter les psychiatres pour la formation continue...

par exemple concernant le travail des « urgences psychiatriques », en mettant en avant par exemple toute notre attention à ces questions bien qu'elles se posent différemment de l'activité de psychiatrie de secteur. Bref, une sorte de DPC de la base vers le haut plutôt qu'une soumission aux protocoles établis dans de « hautes sphères » qui n'ont plus les pieds sur terre !

Élie Winter

Secrétaire Général de l'AFPEP – SNPP

Certificats

Suite à la sollicitation d'une collègue, nous rappelons à tous une règle essentielle concernant l'établissement des certificats médicaux, et portant également par sécurité sur le texte des arrêts de travail : le psychiatre traitant ne doit jamais établir de causalité directe. Il ne peut que constater par

exemple une dépression « que le patient relie à une pression professionnelle ». Etablir un document déclarant « dépression due à une pression professionnelle » ou pire « à un harcèlement professionnel » mettrait immédiatement en cause la responsabilité du praticien qui devra pouvoir prouver la relation de causalité devant un tribunal, l'employeur étant dès lors poussé à se défendre par l'attaque, surtout si le harcèlement est bien réel !

En cas de doute, il est toujours possible d'expliquer au patient que l'établissement du certificat nécessite du travail et de la réflexion, et sera remis à une prochaine séance.

Ce temps vous permettra de prendre avis auprès de nous ou de l'ordre des médecins, très sensible à ces questions.

Le point sur l'accueil des CMU

Réglement et pénalités concernant la couverture mutuelle universelle (CMU)

La loi portant création de la Couverture Maladie Universelle date du 27/07/1999, publiée au Journal Officiel du 28/07/1999. Cette protection, à cette époque, concernait déjà six millions de personnes.

Dés l'année suivante, des refus de soins étaient constatés pour les patients au motif qu'ils étaient bénéficiaires de cette CMU ; notamment parce qu'ils sont dispensés d'avance de frais et aussi qu'il est impossible de leur demander un dépassement d'honoraire, sauf en cas d'exigence particulière du patient.

Cette attitude de refus est passible de poursuites disciplinaires parce que contraire à la déontologie médicale :

__Article 2 du code de déontologie, « Le médecin... exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » cette dernière notion implique une pratique sans discrimination de condition sociale.

__Article 47 Porte sur l'obligation de la continuité des soins et des urgences en toutes circonstances. Le même article précise qu'un médecin peut refuser ses soins pour des raisons personnelles et professionnelles mais cette possibilité, contrairement à ce que certains ont cru pouvoir invoquer, ne s'applique pas à la CMU en tant que telle, puisqu'il s'agirait alors d'un critère de situation sociale, et donc d'un manquement au devoirs d'humanité inscrit dans le même article du code.

__Article 50 « le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit ».

__Par ailleurs, la loi HPST précise que les directeurs de CPAM et les services médicaux de ces CPAM sont tenus de signaler au président de l'ordre départemental les manquements à la déontologie. Ceci revient à rappeler que les refus de soins aux détenteurs de la CMU et CMU/C ne

relèvent pas de la convention ni de la commission des pénalités mais bien de la déontologie, domaine du conseil de l'ordre.

En pratique, les patients qui s'estiment être l'objet d'une discrimination abusive se signalent le plus souvent à leur caisse primaire, certains s'adressent directement au président de l'ordre départemental, qui transmettra aussi cette information au directeur de la CPAM locale.

Le médecin concerné sera, après enquête, convoqué à une conciliation avec le patient qui a déposé plainte au niveau du conseil départemental. Il faut rappeler que les documents fournis par le médecin à la CPAM ne doivent pas être transmis au négociateur en charge du dossier, mais au service médical, pour respecter la confidentialité des informations.

En cas d'échec de la conciliation, le dossier est transmis à l'échelon régional, selon la procédure habituelle.

Actuellement, il reste difficile de quantifier le phénomène des refus, d'autant que les CPAM semblent associer les plaintes pour dépassements « abusifs » aux plaintes pour refus, et qu'un certain nombre de demandes refusées ne soient pas signalées. Il demeure possible, mais sans preuve formelle, que les demandes de rendez-vous par téléphone commençant par « Docteur, vous prenez les CMU ? » soient un essai pour établir une statistique du nombre des refus ; impossible de connaître l'éventuel commanditaire de ce travail.

Les CPAM, par ailleurs, ne communiquent pas leurs chiffres, difficile, dans ces conditions, d'accorder crédit aux informations émanant des uns ou des autres, et aux conclusions qui en sont tirées.

Claude Gernez

Droit de réponse au « Collectif pour le progrès de la Psychiatrie »

Nous assistons depuis quelques semaines à la collecte de signatures pour un manifeste s'intitulant : « Collectif pour le Progrès de la Psychiatrie » !!!

Le signe du progrès serait que la psychiatrie soit définie comme une spécialité médicale comme une autre.

Ce serait aussi de ne plus tenir compte de l'environnement. Lors de notre Séminaire de Printemps sur le diagnostic, ce sont les neuroscientifiques qui sont venus nous rappeler qu'un gène ne code pas un destin, mais s'exprime en fonction de l'environnement.

« Les membres du collectif soussignés pensent que le moment est venu de refonder les pratiques de la psychiatrie, de redéfinir son rôle dans la société, dans l'esprit **d'un progrès**, nécessaire et attendu ».

Le champ sémantique est éclairant : Il est question de « techniques de réhabilitation », de « processus d'évaluation », d'« outils de compensation », d'« indicateurs avancés du diagnostic », pour déboucher sur « la mise au point de pratiques recommandables » : vocabulaire technico-commercial, bilans statistiques à l'horizon, ainsi que dressage comportemental et DSM à l'appui, bien sûr. Depuis les années 1970, les politiques de maîtrise des dépenses de santé ont eu un succès limité jusqu'à présent car elles avançaient à visage découvert. Les citoyens et les médecins pouvaient mieux se défendre. Aujourd'hui la maîtrise comptable prend le masque de la rigueur de la science pour mettre en place **une organisation scientifique du travail médical et psychiatrique**. Cette définition se retrouve dans ce manifeste, et aussi dans le livre blanc de la psychiatrie, c'est-à-dire au service de l'économie et de la rentabilité.

Cet argumentaire trace bien la ligne de partage entre la logique du besoin, très fortement revendiquée par ces signataires, et celle du désir, qui est sans doute le marqueur le plus solide d'une pratique inspirée par la psychanalyse.

À la question « quel est votre désir ? », vient se substituer l'affirmation : je connais vos besoins.

En filigrane, suffisamment subtilement pour qu'on puisse s'égarer en première lecture, apparaît que, ce qui s'oppose au « progrès » est exactement ce qui constitue nos fondamentaux : ce « progrès » se ferait contre notre histoire, contre l'affirmation de la subjectivité, contre l'idée même d'existence de l'inconscient, contre l'indépendance professionnelle, tout simplement contre l'activité de penser.

Victor Klemperer dans « LTI » ou plus récemment Eric Hazan avec « LQR » ont démontré comment la langue pouvait être occupée.

Ne nous laissons pas intimider par l'idée de progrès qui nous laisserait au rang de conservateurs, de réactionnaires. Le progrès de notre discipline, c'est ce à quoi nous travaillons jour après jour avec nos patients. C'est cette recherche clinique incessante que nous menons, appuyée sur notre référence théorique que doit rester la psychopathologie et sur notre engagement.

Le collectif au travail de l'AFPEP – SNPP

Le progrès selon l'IDEPP et la psychiatrie privée !

Après tout ce qui est critiquable sur le plan de l'idéologie de ce Livre blanc de la psychiatrie, produit par l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique, et disponible sur Internet, voyons les propositions concrètes qui visent la psychiatrie privée.

D'abord, on est gratifié de lire que la psychiatrie libérale française est *une richesse, y compris en termes de santé publique*. Mais cette offre précieuse sera amenée à évoluer, selon trois thèmes proposés au débat :

1. La disparité géographique des psychiatres libéraux devra être corrigée. La Sécurité Sociale pourrait reconsidérer l'utilité de solvabiliser les soins si *des régions entières semblent pouvoir s'en passer*.

2. Les actions de soins devront être hiérarchisées selon *les priorités*, en premier lieu les urgences et la permanence de soins, pour aboutir à une articulation étroite entre les dispositifs libéral et public.

3. Les psychiatres libéraux devront s'impliquer dans les soins sans consentement ambulatoires, *ou, pourquoi pas, hospitaliers*.

Et pour conclure, nos confrères du public appellent de leurs vœux une «Loi d'orientation de santé mentale».

La psychiatrie privée a dans notre pays un passé prestigieux, accordent-ils.

Leur plan permet de lui enlever tout avenir.

William Markson

Position du diagnostic en psychiatrie (Synthèse des travaux en cours sur le référentiel métier)

Je voudrais avant toutes choses saluer l'effort tout particulier de l'AFPEP concernant le projet de référentiel métier qui a été initié par la FFP – CNPP à la fin de l'année 2011. Un effort qui s'est d'abord traduit par son implication dans le travail d'élaboration du référentiel métier, puisque l'AFPEP est l'une des rares associations à avoir été en mesure de mobiliser des représentants dans chacun des quatre groupes de travail mis en place pour parvenir à réaliser ce référentiel métier. Mais aussi un effort en terme de communication puisque c'est aujourd'hui la deuxième fois que je suis invité à exposer l'avancée des travaux dans le cadre de ce Séminaire de Printemps.

L'an passé, à Montpellier, j'avais présenté les conclusions de la phase de réflexion préalable à l'élaboration du référentiel métier. Aujourd'hui, en cohérence avec le thème de cette journée, mon

propos sera centré sur la question du diagnostic dans le référentiel métier. Toutefois, avant d'en venir au cœur du sujet, il convient de faire deux remarques liminaires.

La première est que le travail d'élaboration du référentiel métier n'est à l'heure actuelle pas encore complètement terminé. Une réunion des quatre groupes de travail doit se tenir dans une dizaine de jours et elle sera suivie courant mai d'une dernière réunion de mise en commun et d'harmonisation des travaux de chacun de ces groupes. Si les positions concernant le diagnostic semblent d'ores et déjà suffisamment stabilisées pour pouvoir être présentées, elles peuvent donc encore bénéficier de quelques ajustements avant de trouver leur forme définitive et les apports de cette journée, ainsi que le débat qui va suivre, ont tout leur intérêt sur ce plan.

La seconde remarque découle de la première : je prends le fait que les organisateurs m'ont demandé de prendre la parole à la suite des autres intervenants ne signifie en rien que les réflexions développées sur le diagnostic dans le cadre du référentiel métier devraient conclure les travaux de cette journée. Non seulement c'est au président de l'AFPEP qu'il appartiendra de conclure tout à l'heure mais encore j'interprète l'ordre de passage qui m'a été dévolu comme une invitation à me faire le porte-parole des travaux de cette journée au sein du groupe de travail qui s'est plus particulièrement attelé à cette question.

J'en viens maintenant à la position du diagnostic en psychiatrie telle qu'elle émerge des travaux menés sur le référentiel métier. La réflexion sur le diagnostic a été menée dès la phase préparatoire, c'est-à-dire à ce stade dans le cadre d'un groupe de travail très large, réunissant les représentants de toutes les associations puis approfondie lors de la phase de travail suivante dans le cadre du groupe plus restreint qui était en charge de la réflexion sur le tronc commun des compétences du psychiatre. Je ne m'arrêterai pas ici à décrire le cheminement de la réflexion et vais vous livrer une synthèse de l'état actuel des choses.

Une démarche clinique particulière

Le premier point est que le diagnostic psychiatrique s'inscrit dans une démarche clinique particulière qui se distingue de la démarche clinique médicale mais sans s'y opposer radicalement non plus. En effet, ce qui caractérise le mieux le métier de psychiatre est avant toute chose la capacité de soutenir constamment un abord multidimensionnel du patient. Par ce terme, le référentiel métier veut signifier que le psychiatre articule constamment au moins les trois niveaux de lecture suivants : d'abord un abord médical, ensuite un abord psychodynamique, enfin un abord environnemental.

L'abord médical consiste à recueillir l'anamnèse ainsi que les signes et les symptômes présentés par le patient pour parvenir à un diagnostic. Les signes et symptômes ainsi recueillis concernent tout autant le corps que la clinique psychopathologique. En effet, s'il n'intervient pas directement sur le corps, le psychiatre reste médecin et doit savoir

en déchiffrer les manifestations puisqu'il est aussi un spécialiste du diagnostic différentiel des pathologies somatiques pouvant emprunter une expression psychiatrique bien qu'il ne prenne généralement pas ces dernières en charge au niveau de la thérapeutique.

L'abord psychodynamique vise à décrypter les mouvements de la vie psychique du patient dans le cadre de la relation thérapeutique.

Enfin l'abord environnemental cherche tout autant à explorer la résonance du patient avec son environnement qu'à ajuster sa position aux contraintes de l'entourage affectif ou professionnel du patient, aux conditions de la demande de soins, aux impératifs médico-légaux ou judiciaires.

Ces trois abords du patient constamment articulés, qui renvoient au modèle bio-psycho-social, n'excluent pas que d'autres niveaux de lecture viennent encore enrichir la clinique, soit en fonction des références théoriques du psychiatre, soit en fonction de publics particuliers (enfants et adolescents par exemple). Ces trois niveaux de lecture sont en revanche irréductibles pour caractériser la clinique psychiatrique de la clinique somatique.

Dans certaines circonstances, il peut arriver qu'il soit impossible au psychiatre de soutenir par lui-même simultanément ces différentes dimensions de l'abord du patient. Dans ce cas, il peut faire appel à un autre professionnel afin de mettre en œuvre une prise en charge à plusieurs, chacun des professionnels privilégiant un abord différent du patient.

Par exemple, dans le cas d'un patient présentant d'importantes co-morbidités somatiques, un psychiatre se chargera plus particulièrement de l'abord médical, un autre de l'abord psychodynamique. Ou bien, pour un patient sous main de justice, un psychiatre se chargera plus particulièrement des aspects médicamenteux et administratifs alors qu'un autre se consacrera plutôt à la dimension relationnelle des soins.

Toutefois, il convient d'insister sur le fait que les professionnels impliqués ne limitent pas pour autant leur abord du patient à une seule dimension. Ce type de prise en charge à plusieurs consiste à mettre l'accent sur une dimension particulière mais sans pour autant renoncer aux autres.

En conclusion de ce premier point, le référentiel métier se propose donc d'établir une distinction entre la clinique médicale somatique et la clinique psychiatrique qui peut se saisir par une image géométrique. La clinique somatique se développe sur une ligne déroulant l'apparition, l'évolution et la disparition de symptômes qui vont être regroupés en syndromes pour parvenir à un diagnostic. La clinique psychiatrique en revanche se déploie dans un espace multidimensionnel, à trois dimensions au moins, mais éventuellement davantage en fonction des références théoriques du psychiatre ou des nécessités propres au public pris en charge.

On voit cependant par cette image que cette conception de la clinique ne s'oppose pas à une conception strictement médicale. Cette dernière est complètement prise en compte mais ne constitue qu'une dimension, certes indispensable mais insuffisante, de la clinique psychiatrique.

Position et fonctions du diagnostic

Le diagnostic est une notion médicale. Dans le cadre de cette clinique multi-référencée, il se situe donc uniquement dans la dimension médicale de la clinique. Sa fonction première reste donc comme partout en médecine de situer le patient dans le cadre d'une nosographie.

Dans la mesure où il ordonne la dimension médicale de la clinique, il convient de le rechercher dès la première rencontre avec le patient. En effet cette première rencontre a prioritairement pour but de mettre en place le triple niveau de lecture dans lequel viendra s'inscrire progressivement la clinique. C'est précisément par la recherche d'un diagnostic dès la première rencontre que va se mettre en place le niveau de lecture médical de la clinique qui va s'articuler avec les niveaux psychodynamiques et environnementaux qui vont être installés simultanément.

Cependant, ce diagnostic présente des particularités par rapport au diagnostic médical en médecine somatique. Ces particularités peuvent se décrire d'une part dans la dimension médicale, d'autre part dans l'espace multidimensionnel de la clinique psychiatrique.

D'un point de vue strictement médical tout d'abord, le diagnostic est généralement beaucoup plus évolutif qu'en médecine somatique. Il n'est en tout

cas jamais complètement figé. Le fait même que la clinique se donne rarement à voir d'emblée mais émerge généralement de manière progressive au fil des consultations suppose impérativement la liberté de pouvoir le remettre toujours en cause. Le diagnostic est indispensable à chaque instant de la prise en charge pour situer le patient sur le plan nosographique mais il ne doit pas le fixer une fois pour toutes dans une position pathologique.

Cela implique que le fait de communiquer un diagnostic au patient, ou à ses parents quand il s'agit d'enfants, suppose une grande prudence, l'énonciation du diagnostic pouvant éventuellement provoquer un effet de fixation dans une position pathologique. Les précautions devant la communication du diagnostic sont d'autant plus nécessaires que le diagnostic psychiatrique ne renvoie généralement pas à une étiologie, de sorte qu'il n'est pas spontanément évident qu'il fasse sens pour le patient. Or il est évident qu'il ne peut valablement être communiqué au patient que s'il fait sens pour lui. Donner un diagnostic au patient en psychiatrie comme en médecine, c'est considérer le patient comme actif dans ses soins et l'inviter à y participer, non pas l'enfermer dans une pathologie.

Au-delà de l'abord médical, dans l'espace de la clinique psychiatrique considérée dans toutes ses dimensions, le diagnostic présente une autre particularité essentielle : du fait même qu'il ne se situe que dans une seule dimension de la clinique, le diagnostic ne peut suffire à déterminer les modalités de la prise en charge en psychiatrie. Cette dernière doit en effet impérativement intégrer les données cliniques issues des deux autres niveaux de lecture, psychodynamique et environnemental, afin d'élaborer des indications thérapeutiques adaptées au cas précis de chaque patient.

On voit donc que la fonction du diagnostic est radicalement différente en psychiatrie de ce qu'elle est en médecine somatique.

Le schéma médical classique s'inscrit dans la séquence linéaire classique signes, diagnostic, traitement. Même s'il suppose des ajustements en fonction des particularités de chaque patient, le traitement reste essentiellement ordonné au diagnostic. De ce fait, il est possible d'envisager de

le codifier dans un protocole qui viendrait décrire, de manière certes assez idéalisante, le meilleur traitement possible devant un diagnostic donné.

Une telle ambition est impossible en psychiatrie car le diagnostic ne fait ici que la moitié du chemin qu'il fait ailleurs en médecine : seulement cette partie qui va depuis les signes jusqu'au diagnostic. La fonction du diagnostic n'est donc pas de déterminer le traitement mais de soutenir la dimension médicale d'un espace clinique multidimensionnel. C'est à ce titre qu'il est indispensable. Les modalités de la prise en charge s'élaborent en revanche à partir de l'intégration des deux autres dimensions de la clinique, psychodynamique et environnementale, qui sont tout aussi nécessaires à décider du traitement.

Conclusions

Au stade où en sont les travaux, le référentiel métier soutient une conception multidimensionnelle de la clinique psychiatrique qui la distingue de la clinique médicale somatique sans réfuter cette dernière, la clinique médicale en constituant l'une des dimensions.

Le diagnostic s'inscrit dans cette dimension médicale. Le rechercher dès la première rencontre avec le patient, l'interroger constamment, le remettre en cause éventuellement sont précisément les attitudes qui permettent au psychiatre de soutenir la dimension médicale de la clinique tout au long de la prise en charge.

Toutefois, du fait du caractère multi référencé de la clinique, chaque cas clinique est singulier. Un diagnostic peut s'appliquer à un grand nombre de patients mais il ne préjuge pas du fonctionnement psychodynamique d'un patient donné et ne dit rien de son rapport à son environnement relationnel.

C'est pourquoi, contrairement au modèle qui domine en médecine somatique, le diagnostic ne peut suffire à décider des modalités thérapeutiques qui seront proposées au patient. Ces modalités ne peuvent s'élaborer qu'au cas par cas en intégrant pour chaque patient les différents niveaux de lecture que le psychiatre articule dans son abord clinique.

Jean-Jacques Laboutière
Psychiatre, Mâcon

TRIBUNE LIBRE

De l'hérédité à la filiation des idées en psychiatrie

Dans notre époque, où la découverte de l'ADN par Watson et Crick il y a 60 ans n'est ignorée de personne en Occident, la recherche sur double hélice est un combat populaire qui fascine toutes les générations, mobilisées chaque année autour de la grande cause du Téléthon.

La révolution génétique a profondément marqué la science et la société, et nous comptons en France, parmi les grands chercheurs du 20^{ème} siècle, Jérôme Lejeune, qui, dans sa céléberrime découverte en 1959, expliqua le syndrome de Down par la trisomie du chromosome 21.

Cette promesse d'un monde meilleur n'a pas laissé les psychiatres et les neuro-scientifiques indifférents. La pression de la découverte se fait insistante, pour que la psychiatrie, selon un processus habituel, s'élève au même rang que les autres disciplines médicales. En effet, que nous permettra la génétique dans le domaine de la psyché ? Il est encore trop tôt pour conclure avec autant de clarté que Lejeune (à l'image d'Antoine-Laurent-Jessé Bayle avec sa découverte de l'arachnoïdite dans la paralysie générale en 1822).

L'on entend ici et là, dans des annonces médiatiques sans lendemain, que la génétique a «apparemment» ouvert de nouvelles perspectives et validé de nouveaux modèles dans notre discipline. Mais qui a découvert quoi que ce soit de génétique dans le monde psychique qui serait ainsi «apparemment» maîtrisé ?

La question de l'hérédité des pathologies mentales n'a pas encore – pour l'instant – permis de trancher clairement entre la part de l'inné et de l'acquis dans les processus psychiques. Et d'ailleurs, nos maladies n'ayant pas encore de base lésionnelle organique bien établie, chargerait-on les généticiens de nous apprendre

la psychopathologie ? La tâche dévolue, plus aux neurosciences (c'est-à-dire à la science et à son savoir-faire composé de rigueur et d'objectivation chiffrée) qu'à la psychiatrie, n'en est qu'à ses balbutiements.

Et donc, faute de mieux, nos maladies psychiatriques n'ont pas encore foncièrement changé d'identité depuis environ un siècle. Malgré des efforts soutenus dans ce sens et le souhait d'une psychiatrie plus scientifique et objective, les modifications des conceptions psychopathologiques sont bien plus, en psychiatrie, basées sur le sens clinique, et l'intuition étayée par la statistique (à défaut de disposer d'anatomopathologie), que sur la méthode expérimentale et l'Evidence Based Medicine.

La psychiatrie est donc une discipline recherchant l'objectivité sans y parvenir encore tout à fait. Elle reste appuyée sur une tradition dans l'exercice clinique et dans les diagnostics, organisés au sein de grandes classifications.

Sur quels arguments repose une recherche objective où l'inclusion repose sur l'appréciation subjective, par un clinicien, de symptômes verbaux regroupés par tradition en grands syndromes et en pathologies ? Pouvons-nous nous contenter de diagnostics établis pour la plupart il y a un siècle, sans cesse réévalués et renommés pour des questions éditoriales ou sociologiques ? La statistique du DSM reste-t-elle, elle-même, un argument plus valable qu'un autre ? Le DSM propose des diagnostics statistiques pour le développement d'une recherche basée sur l'évaluation chiffrée et l'évolution de la pharmacopée. Il n'a pour l'instant pas représenté un corpus devant révolutionner la psychopathologie clinique, contrairement à une idée très répandue.

Notre discipline est basée sur nos vieilles classifications finalement très peu réactualisées dans leurs concepts. Le ciment le plus dur dans notre profession reste composé des mots dont nous nous servons pour interpréter les mots de nos patients.

Benedict-Augustin Morel dès 1857 dans sa conception des folies héréditaires dans son ouvrage sur la Dégénérescence voulait prédire quelle serait la pathologie des descendants de ses malades. Les deux parents étant malades, une aggravation des maladies mentales était à redouter, au fur et à mesure, de génération en génération.

Et plutôt que d'affubler l'un ou l'autre d'un codage CIM pour prédire quelle sera la pathologie de la descendance, peut-être pourrions-nous, dans la modification du nom des concepts au cours du temps, mais dont le contenu, plus moderne, ressemble au précédent tout en étant enrichi de nouvelles conceptions, regarder comment ces termes diagnostiques se croisent entre eux.

La filiation d'idées entre les cliniciens-chercheurs, influencée par la technique de leur époque (aujourd'hui la génétique), peut être retracée à partir des écrits classiques où nos auteurs précurseurs citent leurs prédécesseurs, en général de manière limpide, et se réclament de conceptions plus anciennes. Pour ces nouveaux mots nous héritons de nouvelles conceptions, créées par de nouveaux maîtres, anciens disciples des maîtres d'avant.

Si « le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant », nous pourrions comprendre alors les termes diagnostiques comme des « entités vivantes ». Nées à la vie sous la plume d'un clinicien pionnier (comme « autisme » par exemple, un aïeul créé par Bleuler en 1912, et dont descendent les conceptions de Kanner & Asperger en 1943), douées d'une vigueur reposant sur leur force euphonique et poétique propre (comme « schizophrénie », un nouveau chef de famille dans les classifications diagnostiques statistiques), d'une durée de vie limitée (comme démence précoce : 100 ans)... En poursuivant cette idée, nous pouvons alors peut être imaginer un arbre généalogique des entités cliniques : par exemple les troubles schizo-affectifs comme un croisement entre schizophrénie et psychose

maniaco-dépressive, les troubles anxieux comme des descendants des névroses de Freud (avec leur déclinaison névrose d'anxiété > anxiété généralisée, névrose obsessionnelle > TOC, névrose phobiques > phobies, névrose hystérique > personnalité histrionique), la démence précoce comme un croisement entre démence et dégénérescence, paranoïde entre paranoïa et psychose, etc.

Dans notre époque qui en a vu d'autres, « prête » à recevoir un tout nouveau DSM-5, en ces temps de débat sociétal intense sur l'union entre les humains, il nous reste, la liberté de décider du degré de légitimité des unions des concepts entre eux, et la nature de cette filiation bien établie entre la psychiatrie d'hier et d'aujourd'hui.

A quoi cette parabole pourrait-elle nous servir ? Peut-être à prendre en compte notre relation (transférentielle ?) avec ces mots de la clinique, avec ces objets conceptuels bien vivants, et créés par des auteurs, souvent pour des raisons devenues éventuellement obsolètes, ce dont nous ne sommes plus forcément conscients, dans notre époque contemporaine. Ces objets conceptuels correspondent-ils encore à notre clinique d'aujourd'hui, bien plus orientée vers la thérapeutique que sur l'établissement de diagnostics, pierre angulaire de la médecine en général, et souvent une source de légitimité des médecins qui montrent ainsi la puissance de leur savoir ?

Mais ce savoir (ou cet imaginaire théorique) est en pratique bien plus solide par l'expérience du clinicien (dont la transmission est encore orale), que par sa maîtrise et sa connaissance littérale (ou littéraire) des concepts psychiatriques. L'aisance à utiliser le vocabulaire technique et le recul vis-à-vis de la clinique ne s'acquiert que sur le terrain, baigné d'une diversité sémantique. Elle aide à supporter l'effraction bien réelle (et même viscérale) de la clinique dans le psychisme du (jeune) psychiatre, et à approcher une réalité psychique (et un signifié) insaisissable.

C'est peut-être notre fascination pour des théories cohérentes sur le papier, alimentant notre stock de vocabulaire symbolique, qui nous fait choisir dans notre pratique l'utilisation préférentielle d'un concept sur les autres, et nous fait abandonner la lecture des auteurs classiques de la psychiatrie

d'il y a un siècle, en particulier les nosographies de Kraepelin, très riches sur le plan clinique (et qui ont résulté en une étude statistique en 1913), sur lesquelles sont basées les classifications statistiques d'aujourd'hui (dont découlent nos usages cliniques modernes).

Après tout, peut être que cette grande famille qu'est la psychiatrie, qui nous a accueillis en son sein, est la famille des mots, des signifiants ; et qu'un fossé toujours plus moderne et technique éloigne le médecin du malade. Retranché derrière des théories anachroniques, se superposant les unes sur les autres, difficiles à comprendre et dont la logique propre et les objets conceptuels nous emmènent encore aujourd'hui, en déconstruisant les classifications et sans perdre de vue les enjeux historiques et les nécessités contre-transférentielles qui les ont vu naître (un « Titanic sémantique » en l'absence de mots, comme l'évoque David Frank Allen), le médecin peut peut-

être améliorer la qualité de sa thérapeutique et trouver une solution au fossé technique qui peut rigidifier la relation médecin malade.

Si l'apprentissage en psychanalyse pouvait suivre les étapes du raisonnement de Freud (à l'image de l'adage de la théorie de la récapitulation du biologiste et philosophe prussien Karl Haeckel en 1866 : « l'ontogénèse résume la phylogénie »), en recontextualisant l'apparition de la psychiatrie, comme discipline dans son époque, et les enjeux philosophiques de son émergence, conséquences d'une nouvelle conception de l'humain, l'aspiration à une plus grande humanité en psychiatrie pourrait être éclairée par une étude à rebours de l'histoire de la psychiatrie.

Jérémie Sinzelle
Psychiatre, Paris

Fragilités des neurosciences

L'omnipotence revendiquée par la plupart des chercheurs en neurosciences pour traiter des problèmes de santé mentale serait-elle en train de se fissurer de l'intérieur ? C'est ce qu'ont montré les travaux de François Gononⁱ alors qu'aux États-Unis comme en Grande Bretagne d'importantes études mettent maintenant en évidence les nombreuses erreurs méthodologiques des neurosciences.

C'est ainsi que dans *Le Monde* du 14 avrilⁱⁱ nous trouvons un compte-rendu d'un travail mettant en cause les neurosciences et paru dans *Nature Reviews Neuroscience* du 10 avrilⁱⁱⁱ. A la lecture de cet article scientifique de 37 pages effectué par des universitaires américano-britanniques, le mot « doute » que le titre du *Monde* emploie apparaît comme un euphémisme tant la critique sur l'usage des statistiques par ces chercheurs en neurosciences est tranchante : seules 15 % des publications en neurosciences sont conformes aux critères d'un bon usage des statistiques et sont donc fiables. Ainsi, par exemple, les méta-analyses concernant la détection des anomalies du cerveau par mesure de ses variations de volume

font apparaître des biais qui rendent globalement problématiques ce type de mesure : après 25 ans de recherches dans ce domaine on n'a toujours pas trouvé les conditions dans lesquelles les résultats pourraient être qualifiés de fiables^{iv}. Cela n'empêche nullement la multiplication des « études » montrant par exemple la diminution du volume du cerveau sous l'effet du stress ou de la dépression^v.

Quant aux produits des neurosciences, à savoir les médicaments, rappelons un article de l'an passé du *British Journal of Psychiatry* dont le résumé prudent mais très clair est le suivant^{vi} :

L'évidence concernant la surestimation de l'efficacité des antipsychotiques et de la sous-estimation de leur toxicité aussi bien que les données qui apparaissent concernant les possibilités de traitement alternatifs, suggère qu'il est peut-être temps de tenir compte du choix du patient et de reconsidérer, si quelqu'un se trouve confronté aux critères d'un diagnostic « spectre de la schizophrénie », le fait d'avoir recouru aux antipsychotiques pour guérir (traduction).

Pourquoi adhérer à l'AFPEP-SNPP ?

L'avenir de notre profession est clairement menacé : courbe démographique décroissante, dégradation des conditions matérielles, assujettissement croissant aux commandes sociales sécuritaires et de formatage des soins, atteintes répétées à l'indépendance professionnelle et à l'indispensable confidentialité.

Une vigilance constante et un rappel permanent des fondements de notre exercice s'imposent plus que jamais. Nous nous y employons avec ténacité.

Les membres actifs de l'AFPEP-SNPP, bénévoles, et praticiens comme vous, s'engagent très fortement dans une élaboration sans cesse revivifiée au sein de l'Association, ainsi que dans la défense permanente de nos conditions d'exercice par le Syndicat. En toute indépendance financière.

L'ampleur de votre soutien fait notre force pour vous défendre.

Par votre adhésion vous contribuez à préserver votre avenir, et l'avenir de toute la profession.

SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHIATRES PRIVÉS ASSOCIATION FRANÇAISE DES PSYCHIATRES D'EXERCICE PRIVÉ COTISATION 2013

Le docteur, Madame, Monsieur :

adresse :

tél. : portable : fax :

e-mail (**impératif pour recevoir la newsletter**) :

année de naissance : année d'installation :

- exercice libéral hospitalisation privée
 exercice médico-social hospitalisation publique

merci de cocher tous vos modes d'exercice

le cas échéant, association à laquelle vous participez localement :

règle sa cotisation A.F.P.E.P. - S.N.P.P. pour 2013 par chèque bancaire ou postal à l'ordre du **S.N.P.P.**

- 1^{re}, 2^e et 3^e année d'exercice **175 €**
 4^{ème} année d'exercice et au-delà : **350 €**
 Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : **120 €**
 Membres honoraires et retraités : **215 €**

règle l'abonnement exclusif – non-adhérent(e) à « PSYCHIATRIES » : **55 €**. Chèque à libeller à l'ordre de l'**A.F.P.E.P.**

*Bulletin à compléter et à retourner, accompagné de votre règlement, par chèque bancaire ou postal,
au siège de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., 141, rue de Charenton - 75012 Paris*

Le mot du trésorier

Je remercie le Conseil d'Administration du 24 mars de m'avoir accordé sa confiance pour occuper ce poste de trésorier.

Les finances de l'AFPEP – SNPP présentent un budget prévisionnel en équilibre pour 2013 grâce au travail rigoureux de l'équipe précédente.

De multiples défis attendent notre métier de psychiatre et il convient de nous en donner les moyens : liberté de pensée, pluralité, indépendance, y compris à l'égard de l'industrie pharmaceutique, pour pouvoir poursuivre le travail syndical et scientifique avec les journées nationales, les séminaires, les publications, la formation.

Dans un contexte de baisse de la démographie des praticiens, il convient de poursuivre une gestion attentive des comptes pour que toute la vitalité de ce travail puisse perdurer.

La vraie richesse de l'AFPEP – SNPP ce sont ses adhérents et je ne peux que vous convier à renouveler votre engagement ou à nous rejoindre par le biais précieux de vos cotisations et de votre présence dans ce travail collectif.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

XLII^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

RÉSISTANCE

3 - 4 et 5 octobre 2013 - Lyon

Engagement, Transmettre, Violence, Invention... Nos Journées sont à chaque fois portées par la force et les résonances d'un mot. Cette année, l'actualité et le lieu du congrès, Lyon, en ont imposé un : Résistance.

La résistance se crée dès qu'un mouvement a lieu. Le vivant parvient ainsi à résister à des conditions ou des sollicitations inhabituelles. Agissant autant en physique et en biologie que chez l'humain, la résistance est universelle. Elle existe chez l'homme dans son rapport à sa propre altérité, à l'autre, à la société et au monde. Elle tend à s'imposer quand des événements, des pensées, des actions perturbent des valeurs essentielles ou menacent la vie quotidienne d'un individu ou d'un groupe.

Résister, est-ce une affaire personnelle ou collective, est-ce se montrer réfractaire au changement ? La résistance est-elle la force obscure qui s'opposerait aux nécessaires évolutions ou au contraire l'aptitude des êtres humains à faire face à toute forme d'abus et de mise en danger de son humanité ? Dire non représente-t-il la force nécessaire pour préserver un équilibre, limiter les volontés hégémoniques, relativiser l'aire de la religion, du pouvoir et de la science ? Dire non et savoir résister, n'est-ce pas réaffirmer des valeurs ?

Tant dans la vie privée que dans le champ professionnel, une nouvelle tyrannie de la norme, issue d'une logique de concurrence et de rentabilité du marché, tend à s'imposer. Elle réclame notre assujettissement. Y résister impose-t-il à chacun d'exercer sa créativité pour s'affirmer comme sujet ?

Mais à l'instar du concept freudien, la résistance s'entend aussi comme fermeture, répétition du même, autant côté patient que côté praticien avec le risque d'éluder l'écoute, la parole et le soin. Quand le patient résiste, il nous met au travail, nous aide à questionner notre manière de soigner. Car la résistance consiste aussi à repenser et réinterroger notre pratique. Cela nécessite de laisser de côté les sirènes de la pensée unique, de garder un esprit critique, de ne pas se contenter d'un entre nous aussi rassurant que stérile et de s'ouvrir aux nouveaux champs de notre pratique : souffrance au travail, exclusion, troubles narcissiques...

La tâche la plus digne du psychiatre est probablement celle qui permet à l'autre de tenir bon, de résister à ce qui le rend fou en vivifiant ses capacités inventives et non sa soumission. Résister, c'est inventer, c'est créer, au risque de se tromper, c'est se tenir debout en faisant face, d'instinct ou par conviction. Gageons que ces Journées Nationales de l'AFPEP seront l'occasion pour chacun de prendre part à ce plus à élaborer ensemble, car parler est un acte de résistance.

Programme

Jeudi 3 octobre

21 h **CONFÉRENCE INAUGURALE**
Résistance, norme et subjectivation *Pierre DARDOT*
Lycée Sainte-Marie - 4, montée Saint-Barthélemy - ouvert au public
Discutante : Françoise LABES

Vendredi 4 octobre

8 h 30 Accueil des participants
9 h Introduction : Michel JURUS et Didier GAUCHY
9 h 30 **SÉANCE PLÉNIÈRE**
Psychopathologie actuelle et clinique en résistance
Président : Michel MARCHAND – Discutant : Olivier SCHMITT
Intervenants : Claude GERNEZ, Sofiane ZRIBI

- 11 h 00 Pause
- 11 h 30 **SÉANCE PLÉNIÈRE**
Norme et subjectivation
Président : Élie WINTER – Discutant : Pierre DARDOT
Intervenants : Hervé BOKOBZA, Patrick LANDMAN
- 13 h 00 Déjeuner libre
- 14 h 30 **SÉANCE PLÉNIÈRE**
Résistance et souffrance sociale : être là, se tenir debout
ouvert au public
Président : Michel JURUS – Discutante : Jacqueline LÉGAUT
Intervenants : Jean FURTOS, Antoine LAZARUS
- 16 h 00 Pause
- 16 h 30 Atelier A – Créer et résister. Résister et créer
Thierry DELCOURT – Jean-Pierre KLEIN
Atelier 1 – Résistance : le sujet et la norme
Atelier 3 – Pratique clinique et résistance
- 18 h 00 Fin des travaux de la journée

Samedi 5 octobre

- 9 h **SÉANCE PLÉNIÈRE**
Soin, psychanalyse et résistance
Présidente : Anne ROSENBERG – Discutant : Claude GERNEZ
Intervenants : Jean-Jacques BONAMOUR du TARTRE - Patrick FAUGERAS
- 11 h 00 Pause
- 11 h 30 Atelier B – Continuer à penser la clinique
Alain GILLIS – Sarah GATIGNOL – Françoise LABES
Atelier 2 – Transfert et résistance
Atelier 4 – Enfance, adolescence - Résister et créer
- 13 h 00 Déjeuner libre
- 14 h 30 **SÉANCE PLÉNIÈRE**
Résistance, psychiatrie et progrès
Président : Patrice CHARBIT – Discutant : Thierry DELCOURT
Intervenants : Nicolas GEORGIEFF - Jean-Pierre WINTER - Georges ZIMRA
- 17 h 00 Conférence de Jacques HOCHMANN
- 17 h 45 **CONCLUSIONS**
Patrice CHARBIT – Président de l'AFPEP
- 21 h 00 **SOIRÉE FESTIVE**
Restaurant Le Caro de Lyon – 25, rue de Bât d'Argent – 69001 Lyon

Réservations hôtelières

Nous vous incitons à vous inscrire au plus tôt mais surtout à effectuer vos réservations hôtelières dès que possible, car, en simultané, il y a le salon de l'auto de Lyon sur le même emplacement de la Presqu'île Terreaux-Bellecour-Vieux Lyon. (cf. *Caractères* avec adresses d'hôtels.)

Ainsi, les tentatives d'explication de la pathologie mentale par un défaut physique de l'organe « cerveau » ou par les désordres électrochimiques des échanges intersynaptiques montrent leurs limites par le mésusage qu'elles font des mathématiques et ne sont alors qu'un forçage « neuroscientiste ».

André Coret

-
- i F. Gonon, « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », *Esprit*, novembre 2011, 54-73.
 - ii P. Barthélémy, « Doutes sur la fiabilité des neurosciences », *Le Monde*, 14 mars 2013.

- iii K. S. Button, J.P.A. Ioannidis, C. Mokrysz, B. A. Nosek, J. Flint, E. S. J. Robinson and R. Munafo, « Power failure : why small sample size undermines the reliability of neuroscience », *Nature Reviews Neuroscience*, 10 avril 2013. <http://www.nature.com/nrn/journal/vaop/ncurrent/full/nrn3475.html>
- iv Ioannidis J.P., *Excess significance bias in the literature on brain volume abnormalities*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 68, 773-780 (2011).
- v T. Pedersen, « How depression, stress trigger loss of brain volume », *Psych Central News*, 28 novembre 2012.
- vi A. P. Morrison, P. Hutton, D. Shiers and D. Turkington, « Antipsychotics : is it time to introduce patient choice ? », *British Journal of Psychiatry*, 201, 83-84 (2012).

Mémoires de psychiatres

Appel à témoin pour une nouvelle rubrique animée par Michel Jurus

Qu'est ce qui a fait de chacun de nous un psychiatre ?

Quelles sont les rencontres, les surprises, les erreurs, bref les expériences qui ont forgé notre pratique d'aujourd'hui ?

Nous vous avons fait part dans un numéro spécial de *Psychiatries* : « Être psychiatre aujourd'hui », des parcours de trois psychiatres pour illustrer ce qui fonde notre pratique et fait notre clinique. Vous avez été nombreux à dire que cela éveillait en vous des réflexions sur votre histoire. Et nous avons eu envie de vous donner la parole.

Votre témoignage est pour nous tous, essentiel. Chaque psychiatre est important et sa vie professionnelle est unique. Nous souhaiterions partager et faire partager vos parcours pour illustrer la psychiatrie de notre époque.

Nous vous proposons une nouvelle rubrique qui sera le produit de ce que vous nous confierez, des premiers pas (à vos souvenirs) à votre pratique quotidienne et de tout ce qui fait de vous aujourd'hui un psychiatre.

Votre expérience est irremplaçable.

Envoyez nous votre écrit par mail à l'AFPEP – SNPP : info@afpep-snpp.org.

Avoir un logement ou l'habiter : deux choses fort différentes

(Intervention faite dans le cadre du Conseil local
de santé mentale de Grenoble)

Tous les acteurs sociaux ont pu constater que permettre l'accès au logement à quelqu'un qui en est dépourvu et vit dans la grande précarité s'avère bien souvent un échec, surtout si cette attribution n'est pas soigneusement accompagnée par ailleurs, et quand bien même cet accompagnement est mis en œuvre, le résultat n'est pas forcément au rendez vous.

Il me semble important de bien faire entendre combien cet apparent échec n'est pas à mettre sur le compte du défaut de qui que ce soit, mais est bien plutôt lié à la difficulté et à la complexité qu'implique le fait même d'habiter un logement.

Chacun d'entre nous, lors d'un déménagement, peut parfaitement repérer combien, même si cela est souhaité, attendu, ce déménagement s'avère déstabilisant, fragilisant, et il faut plusieurs mois au minimum avant de pouvoir retrouver ses marques, réinventer de nouvelles habitudes, se sentir à nouveau chez soi...

Le langage populaire n'hésite pas à dire de quelqu'un qui ne va pas bien : « il déménage » ou « ça déménage chez lui ».

Nous observons aussi régulièrement combien quelqu'un qui va mal ne se supporte plus chez lui, et n'a de cesse de s'échapper à l'extérieur, de fuir, comme s'il tentait par là de « s'en sortir », ou bien tout au contraire il va s'enfermer chez lui dans une sorte d'incapacité de s'en extraire, ou alors le moindre bruit extérieur peut être vécu de façon persécutrice et quasiment intrusive.

Ici nous pouvons repérer combien ces processus de fuite ou d'enfermement sont parfaitement en cohérence avec notre façon de fuir certaines pensées, ou alors de les ruminer sans pouvoir nous en détacher, voire en être littéralement persécuté comme cela se voit dans la psychose.

Nous savons avec quelle fréquence le tête à tête avec soi même, dans la solitude et l'isolement d'un logement peut être particulièrement insupportable,

voire totalement inenvisageable pour nombre de personnes, en tout cas dans certaines périodes, sans pour autant relever nécessairement d'une pathologie particulière, mais de l'impossibilité à un moment donné de se « fréquenter » soi même.

Inversement, il peut s'agir de l'impossibilité de partager ce lieu avec qui que ce soit sans se sentir « envahi », et sans moyen de préserver un minimum d'intimité.

Toutes sortes de rituels très courants sont mises en œuvre dès que l'on arrive chez soi, comme allumer le téléviseur, mettre un fond sonore, allumer les lampes, etc. comme si implicitement l'idée même de se retrouver tout d'un coup au calme, voire dans le silence, était problématique, voire insupportable, et qu'il soit nécessaire de l'appivoiser.

Tout ceci démontre à l'envie combien se retrouver entre quatre murs une fois la porte d'entrée refermée est une chose qui ne va pas de soi, et qui oblige à poser différemment la question de l'« habiter », c'est-à-dire en l'abordant sous l'angle du rapport à soi même.

Qu'est ce qui fait que l'on peut se supporter soi même ou pas ? Et qu'est ce qui nous permet de le faire ?

Chacun d'entre nous a pu expérimenter combien le vécu de la solitude dans un logement, solitude temporaire ou non, voulue ou subie, est à l'évidence le reflet fidèle de l'état psychique dans lequel nous nous trouvons à ce moment là.

(J'insiste sur ce point, ayant été très frappée d'entendre qu'à Grenoble 47 % des logements sont occupés par des personnes qui vivent seules, chiffre donné par le CCAS, et dont je n'aurais jamais pensé qu'il était si élevé).

Prendre soin de son logement est un équivalent très précis du « prendre soin de soi », notamment prendre soin de son corps avec tout ce que cela

comporte, et qui reflète la façon dont les figures parentales nous ont investi enfant comme objet méritant ou non de l'attention. Autant « s'occuper de son intérieur » comme l'on dit, peut quasiment aller de soi, être une habitude, ou quelque chose d'agréable et d'important, autant cela peut devenir tout simplement impossible voire impensable sans la médiation par un tiers extérieur (acteur social, ami, proche) bienveillant qui ne cherche pas à tout prix à « changer les choses ».

Par ailleurs, chacun d'entre nous rejoue dans sa relation avec son logement des éléments de son histoire, de celle de ses parents : le lieu où nous vivons est aussi un lieu de mémoire, grâce aux objets, à notre façon d'y mettre notre style.

La difficulté qu'il y a à rendre son logement habitable se traduit par des modalités très diverses et plus ou moins problématiques pour l'environnement.

Par exemple certains états d'encombrement maximal de logements par toutes sortes d'objets voire toutes sortes d'immondices, permettent malgré tout à son occupant de ne pas être trop exposé au vide, au manque d'entourage, de contact, de bords.

Ce moyen d'« habiter » un logement fait évidemment problème à bien des égards, mais néanmoins il faut bien d'abord l'entendre comme une façon de rendre ce logement habitable, vivable, pour cette personne, à ce moment là de son chemin.

Chacun sait que vouloir à tout prix changer cet état de choses sans tout un dispositif d'accompagnement et d'acceptation étapes par étapes, mène à coup sûr soit à une décompensation psychotique ou névrotique de l'habitant, soit au mieux à la récurrence dans des délais souvent remarquablement brefs.

Du reste, lorsque l'on réfléchit aux difficultés multiples soulevées par ces appartements envahis d'immondices, on pense forcément tout de suite à la façon dont collectivement il nous est tellement problématique de changer nos modes de vie de manière à arrêter de transformer notre planète en dépotier généralisé.

Dans ces conditions, on ne peut que se demander ce que signifie de vouloir imposer à quelqu'un d'avoir un logement décent, et en quoi cette demande est-elle légitime.

D'autres modalités bien moins problématiques peuvent s'observer, qui ne témoignent pas moins de la complexité qu'il y a à rendre un logement habitable pour une personne donnée : changements fréquents de la disposition des meubles, quitte à générer des nuisances sonores pour le voisinage, fond sonore bruyant qui évite tout tête à tête avec soi-même, accès incoercibles de rangement, de tri, de ménage, nécessité impérative de ne pas ouvrir les volets, de ne pas risquer d'être aperçu par les voisins, ou au contraire de s'afficher au maximum, etc.

Plus discrètement encore, on observe la fréquence avec laquelle un habitant va avoir besoin de vérifier plusieurs fois si la porte est bien fermée, s'il a bien coupé le gaz, si la maison ne risque pas de prendre feu ; il peut tout aussi bien s'agir de la crainte plus ou moins obsédante d'être cambriolé, ou que le plancher ne s'effondre brusquement du fait d'un excès de charge, etc.

De la même façon l'éloignement de ce logement peut amener des difficultés très invalidantes et imposer le retour immédiat : peur de n'avoir pas fermé la porte, de n'avoir pas éteint le gaz sous la casserole, etc.

Tout ceci démontre à l'envie combien habiter tranquillement un logement ne va absolument pas de soi, n'est jamais vraiment acquis, et reste un point de cristallisation de beaucoup de craintes, de souhaits, d'attentes : un logement reste avant tout une sorte de lieu de projection de toutes sortes de fantasmes, qui ont trait au corps propre, à la relation à autrui, à tel point que l'ignorer ne peut que conduire à une absolue incompréhension des réactions des habitants, réactions qui sont toujours avant tout commandées par une toute autre logique que celle d'une simple affaire immobilière.

Jacqueline Légaut
Psychiatre, Grenoble

L'envers du décor

(Texte paru dans Perspectives Psychiatrie, vol 51, numéro 4 oct-dec 2012)

Se former en tant que psychiatre n'est pas une évidence et encore moins une sinécure, tant son orientation peut être diverse ; et son projet fait passer l'impétrant par différents stades successifs, sans qu'ils soient d'ailleurs ni clairement énonçables sur le moment, ni jamais vraiment clos. Mon souvenir d'interne et de jeune praticien est celui d'une angoisse considérable devant l'ampleur de la tâche d'apprentissage et la lourdeur de la responsabilité à prendre, la rencontre clinique valant à chaque fois redoutable mise à l'épreuve de ce que je pouvais bien comprendre à la vie du patient, à sa pathologie et à sa personne. De là, la genèse et la crainte répétée de ce sentiment d'imposture qui, pour s'atténuer progressivement, ne se fait guère oublier, notre vie professionnelle durant...

Quelques décennies plus tard, les choses paraissent sensiblement plus simples : les années de pratique nous ont permis de nous forger quelques convictions, voire quelques certitudes, nous nous sommes donné des conditions d'exercice suffisamment sécurisantes, un certain tri s'est opéré dans nos choix théoriques et dans nos références en général. **On pourrait même dire qu'il peut arriver au psychiatre de connaître le stade de l'assomption jubilatoire de sa fonction de thérapeute clinicien quand il a pu, quelque soit le contexte de son exercice, salarié ou libéral, se constituer en personne privée et lieu d'adresse : ceci me paraît le pré requis l'autorisant à prendre le risque de recevoir en psychothérapeute, celle ou celui qui consent à l'impliquer dans le trouble de sa vie en vue de l'éclaircir.**

Quand je disais que les choses paraissent plus simples, il faut toutes proportions gardées, car la rencontre clinique initiale reste, en tout cas pour moi, le moment toujours nouveau d'une exacerbation intellectuelle et sensible, un acte majeur d'ouverture sur les questions de la vulnérabilité et du partage. Elle est ce qui fait que jamais la formation du psychiatre ne peut s'achever, puisque devant toujours se réactualiser à l'aune du clair-obscur de la relation thérapeutique naissante.

Mais qu'est-ce qui nous apprend notre métier et précisément nous guide vers le travail psychothérapeutique ?

1 - Et tout d'abord, d'où venons-nous et vers quoi tendons-nous au cours de cette formation ?

D'un cursus médical, avec dans sa culture, toute la prévalence du signe, prévalence de l'objectivation au travers de l'interrogatoire, de l'examen clinique, des examens de tout genre ; la formation du médecin passe par l'incontournable sémiologie, y compris dans notre discipline, et son positionnement sera celui de la recherche de ces signes comme autant de précurseurs diagnostiques et d'arguments thérapeutiques. Le médecin se doit de savoir, et sa formation lui permet d'anticiper sur la parole de son patient grâce au décodage que lui permettent ses connaissances de la sémiologie et de la nosographie.

Le jeune psychiatre est formé à faire entrer le discours du patient dans la grille du vocabulaire du spécialiste des troubles mentaux qu'il est en train de devenir.

Sa discipline n'échappe donc pas à cette marque de fabrique, quand bien même elle s'éloigne sensiblement de la possible objectivation, qui, pour la plupart des médecins, assoit la scientificité de leur domaine : on a vu à quel point les psychiatres soucieux de réintégrer de plein droit le champ de la médecine ont eu à cœur de faire grimper la clinique aux échelles de tout genre, la quantification étant de nos jours la condition requise pour avoir droit de s'adresser à la communauté scientifique (à noter au passage que le terme d'examen clinique s'est vu remplacé par celui d'évaluation, appartenant nettement au registre des chiffres...). Car une autre condition pour être reconnu médecin par la communauté a trait à la capacité à faire preuve, condition qui impose le recours aux chiffres pour être validée, comme on dit maintenant, au nom de l'Evidence Based Medicine.

Malgré cet effort, il n'empêche que déjà le psychiatre n'est plus tout à fait un médecin comme les autres, autres qui d'ailleurs, tendent à le renvoyer à sa particularité, si ce n'est à son anormalité médicale...

Car nous fréquentons un autre territoire que nos déjà lointains collègues du somatique, qui, tout comme les patients et nous-mêmes, sans doute, ont besoin que torchons et serviettes ne soient pas confondus. Le psychiatre fait son miel de ce que le médecin somaticien considère généralement comme un artefact, une gêne sur le chemin de la vérité, une entrave à sa jouissance clinique et scientifique, pourrait-on dire, car, fondamentalement, le psychisme est un facteur d'indiscipline, de trouble, d'erreur et donc de rejet...

Sans doute la différence s'organise-t-elle aussi autour de **la nécessité de la confiance, en rapport avec l'intimité psychique** ; le psychiatre a besoin que son patient se livre un tant soit peu, qu'il donne accès à quelque chose en rapport avec le secret de son être pour espérer que son art s'exerce, dimension que le médecin cherche plutôt à éviter ordinairement, en replaçant avec insistance la question au niveau du corps, du soma, sous entendant que le reste n'est pas son affaire.

Mais si un corps se laisse examiner (du moins celui de l'adulte demandeur), une psyché n'admet pas qu'on l'explorât sans imposer elle-même le rythme, et pour le moins opposer quelques esquives et résistances...

Quelques soient les louables efforts des confrères investis dans l'imagerie du cerveau ou dans l'exploration de sa chimie, il me semble que le psychiatre est de fait marginalisé dans la profession médicale, et qu'il est vain d'y résister...

2 - Ce premier sacrifice plus ou moins consenti (certains n'en feront jamais leur affaire, et c'est parfaitement leur droit...), il nous appartiendra de faire plus ou moins le saut vers la subjectivité, avec ce qu'il représente d'abandon relatif au moins de l'espérance objectiviste, et de nécessaire ouverture à la question de la parole et de son déploiement dans le temps.

Il s'agit alors pour l'apprenti-psychiatre de s'éloigner du seul le champ du signe, excusez le mauvais jeu de mots, c'est-à-dire des objets que l'observation met en bottes pour en faire des syndromes ou des maladies, pour entrer dans celui du symptôme au sens de la métapsychologie, c'est-à-dire une production qui a un sens et une fonction dans une organisation psychique complexe. Dès lors le signe cesse d'être en priorité l'expression d'une pathologie, pour peut-être simplement « faire signe » qu'il y a par là quelque chose à entendre, encore à l'état d'ébauche, de germe, mais en tout cas quelque chose qui sollicite un hébergement psychique externe pour peut-être un jour pouvoir se révéler.

Probabilité incalculable et imprévisible d'un sens à venir, à partir d'une parole qui se construit dans le champ d'une écoute, qui lui est accordée de personne à personne.

La rencontre clinique invite alors le psychiatre à prendre la mesure de la complexité du rapport à la parole, de la force de ce que le patient induit dans la situation, de la temporalité particulière à chacun dont il lui faut prendre acte : c'est ce champ auquel je faisais allusion dans le titre de mon propos, comme constituant l'envers du décor.

Ce qui constitue généralement le début d'une aventure personnelle autant que professionnelle pour le praticien, qui pressent qu'il va s'engager sur la voie infinie du déploiement de cette parole, celle de ses patients comme la sienne propre, sans jamais pouvoir prétendre arrêter définitivement un sens, une version, de façon stable ; devenir psychothérapeute, c'est peut-être accepter avec une sérénité relative le destin de cette intranquillité durable et féconde, que représente la position d'écoute et d'ouverture sur les mystères de la parole.

3 - Mais à la réflexion, il est clair que mon raisonnement renvoie à une certaine acception de la psychothérapie, en filiation directe avec la psychanalyse, ce qui est tout à fait tendancieux de ma part, je le reconnais sans difficulté.

Ceci pour revenir sur ce terme de psychothérapie et son ambiguïté : de quoi parle-t-on, avec cet énoncé-là ? Bien difficile de le dire, tant il semble renvoyer à un vaste marais dans la pratique, acceptant quelques centaines de versions, parait-

il, dont beaucoup se veulent techniques et ciblées dans leur projet. Peut-être avons-nous un peu trop fait l'impasse sur l'immense hétérogénéité des psychothérapies, lorsque nous avons élaboré le projet de cette journée, laissant ce concept à son « amphibologie »... Peut-on par exemple, si facilement ranger dans le même tiroir, la psychanalyse, l'hypnose et les TCC ?

J'aurais en tout cas envie d'affirmer que non, et que la différence est radicale dans le champ des psychothérapies, notamment entre celles qui constituent des techniques visant à réduire certains symptômes ou forcer la confiance, et celles qui cherchent plutôt à déterminer et à entretenir un processus de remaniement psychique de fond, au travers du moteur de la prise de parole et de son adresse, notamment.

Il me semble tout aussi nécessaire de démarquer la notion de psychothérapie de sa mission de soutien, telle qu'on a pu la voir proliférer depuis la banalisation du « psy » : la psychothérapie qu'on fait chez son « psy », profession incertaine, où se mêlent des positions de confident, de psychologue, peut-être, de conseiller, de thérapeute, d'un chouia de psychiatre, si on insiste un peu, mais un gentil psychiatre, pas pour les fous, voire de supposé psychanalyste éventuellement, mais un gentil psychanalyste, pas générateur d'angoisse, comme peut l'être pour certains patients ce silence distant et glacial, élevé au rang de stigmaté d'une profession toute entière !

C'est le « psy » suggéré dans le « Ça fait du bien de parler ! », qu'énonçait le patient dans une publicité déjà ancienne pour une marque de machines à écrire particulièrement silencieuses, permettant au psychanalyste logé dans son dos de rédiger sans déranger ses recettes de lapin sur ce bel outil, le patient débitant ses malheurs avec délectation sur le divan... Belle caricature d'une non-parole plus ou moins déboutée par une fausse écoute, tout le monde paraissant y trouver son compte ; et le risque n'est pas négligeable, pour le psychiatre libéral en particulier, de voir sa pratique envahie par ce genre, et d'être tenté de laisser filer son imaginaire vers les recettes de lapin, ou n'importe quoi d'autre que ce flot intarissable de plainte complaisante.

La psychothérapie que j'évoque aujourd'hui est celle liée à une approche psychanalytique, telle qu'elle se détermine progressivement dès lors qu'on s'est engagé dans une cure à titre personnel, et qu'on s'investit d'une façon ou d'une autre dans un processus de formation.

Et il me semble que seule cette approche permet de poser de façon féconde la question suivante : qu'est-ce que parler veut dire ?

Pour moi, la psychothérapie qui vient au psychiatre comme une rencontre avec son destin, c'est celle qui lui fait prendre conscience que d'une part, les paroles et les autres productions de son patient ont sans doute une portée bien plus conséquente que leur énoncé, et d'autre part, que l'évolution de ces paroles et productions est étroitement dépendante de l'écho qu'elles vont trouver chez lui-même, le praticien.

Autrement dit, il y a comme une fatalité pour le psychiatre à devoir renoncer à la maîtrise attendue de la position d'observation et d'objectivation, et comme une richesse à conquérir, celle d'une position de réception de ces paroles et productions, en tant qu'elle constitue un élément déterminant de la relation thérapeutique.

Là où le psychiatre « médical » observera et analysera, le psychiatre sensibilisé à la psychothérapie, ce médecin génétiquement modifié par la psychanalyse, en quelque sorte, acceptera que son patient l'éprouve, au cœur même de son psychisme, et se révèle ainsi, au-delà du discours tenu.

On pourrait dire qu'il se produit une double mutation, d'une part d'une position de maîtrise nettement marquée au sceau du masculin, vers une position tirant plutôt vers le féminin d'une position de réception, d'autre part, de la prévalence du visible et du manifeste vers le ressenti et le latent.

4 - Mais revenons plutôt sur ce qui permet éventuellement au psychiatre de rencontrer cette question et d'effectuer cette mutation. Je dis éventuellement, car est-ce vraiment le sort de tout psychiatre au travers de son parcours et de son développement professionnel ?

Certes non, surtout à une époque où fricoter avec la psychanalyse devient un jeu de plus en plus suspect, si ce n'est dangereux, et pour ne pas dire franchement déconseillé si l'on brigue ou défend une respectabilité officielle. Mais nul psychiatre n'a besoin de devenir psychanalyste à tout prix, ce qui ne l'empêche pas d'être par contre immanquablement amené à approcher la notion et la pratique de la psychothérapie, si on la considère comme le champ de ce qui agit dans la relation de soins au-delà de ce qui est objectivable. Et qui peut également l'amener à considérer un tant soit peu que les objets en jeu dans la relation avec son patient représentent également des objets psychiques investis par ce dernier, et par là même potentiellement remaniés si ce n'est dévoyés.

Autrement dit, un malade n'est pas un sémaphore, littéralement un « porte-signes », c'est une personne qui nous parle, et dès lors, une plainte peut n'être qu'une plainte, un symptôme une occasion de jeu, un médicament un objet d'amour ou de haine, et l'ensemble de la consultation le lieu d'une mise en scène à déchiffrer parfois comme un rébus... Et gare à la méprise qui nous ferait rapporter chacune de ces productions à l'expression de la seule maladie, là où elle est une tentative d'adresse d'une parole, triviale ou essentielle !

5 - Mais qu'est-ce qui nous met sur le chemin de la psychothérapie, si ce n'est la rencontre clinique ?

Certes, notre sensibilisation à la psychothérapie est largement déterminée par nos lectures et les divers enseignements que nous avons pu recevoir, officiels et officieux : j'en profite pour rappeler que la formation à la psychothérapie, sans doute quelque soit son genre, ne se fait guère qu'à la marge, et en tout cas rarement à l'Université, ainsi en a-t-il été pour les gens de ma génération, en tout cas. Et je ne vois pas qu'il puisse en être autrement : pour accéder à l'envers du décor, il faut généralement passer par les coulisses.

Deux brèves anecdotes personnelles qui ont introduit à des moments maturatifs importants pour moi.

Une première patiente, dame volubile de la cinquantaine, qu'il me fut donné de suivre dans le cadre d'une vacation de CMP dont j'ai pu bénéficier à la sortie de mon internat des hôpitaux psychiatriques. Traitée à plusieurs reprises pour

des états délirants et hallucinatoires, elle reçoit chaque mois une ordonnance ritualisée à l'issue de la consultation au CMP, qu'elle occupe pleinement d'un bout à l'autre du récit intarissable des menus événements familiaux... Les années passent et les ordonnances défilent, imperturbables, car on ne change pas une équipe qui gagne, avant qu'un beau jour où cette dame est un peu plus excitée de d'habitude, au point que je m'en étonne, elle me confie qu'en fait, il y a des années qu'elle a cessé de prendre tout traitement, bien que fidèle aux consultations et à la réception de l'ordonnance. La sagesse populaire soutient que le cocu est toujours le dernier informé, je ne vous cacherai pas que, sur le moment, je me suis senti un peu partager le sort de cet infortuné, le temps de trouver une élaboration de la chose qui me la rende moins vexante... Cette femme a joué son rôle de malade docile, j'avais joué mon rôle de jeune psychiatre naïf, mais après tout, cela avait tout de même assez bien marché !!

Seconde anecdote, survenue dans le même cadre : je suis amené à recevoir chaque mois une dame d'âge incertain, peut-être la quarantaine, et de sexe indéfinissable. Toute petite, cheveux coupés courts, la démarche laborieuse du fait de lourdes chaussures orthopédiques, elle a le profil d'une personne déficitaire ayant connu des troubles psychotiques dans un passé désormais lointain. Elle vient aux consultations accompagnée de sa maman, petite dame paraissant soigneusement retraitée de la vie depuis toujours. Le temps aidant, on bavarde, on se lie, la patiente me parle des travaux d'aiguille auxquels elle aime à se consacrer et qui constitue son domaine d'expertise, notamment la confection de chaussettes tricotées, dont elle m'apporte un jour le produit fini, de remarquable facture, d'ailleurs. Je lui demande là encore naïvement, si elle accepterait de m'en faire pour mes enfants, et elle est ravie. Quelques semaines plus tard, une fois l'ouvrage terminé et livré dans les délais, j'apprends que la patiente est hospitalisée en urgence après un moment d'agitation chez elle, en rapport avec un état délirant qui la rend convaincue de l'imminence de son mariage et d'une prochaine conception. Je n'ai pas mis bien longtemps à faire le lien entre ma demande de chaussettes et la flambée délirante de ma patiente, qu'elle avait probablement reçue comme une intention de séduction et intégrée comme il lui convenait...

Ces deux expériences, survenues dans mes premières années de pratique, comme un certain nombre d'autres d'ailleurs, m'ont été extrêmement salutaires pour me faire prendre conscience que le métier de psychiatre n'était peut-être pas tout à fait ce que j'avais cru, et notamment qu'il pouvait comporter des enjeux insoupçonnables, mais repérables parfois dans l'après-coup. Au-delà de l'apparence, de la ritualisation d'un acte médical somme toute ordinaire, de la bonne conscience que je pouvais me donner dans mon rôle, les patientes en question ont de leur côté mis en scène quelque chose ; elles ont fabriqué le personnage de psychiatre qui leur convenait, l'une pour montrer qu'il ne fallait peut-être pas prendre une malade pour une malade, l'autre pour s'évader de sa pauvre condition de fille sans avenir de femme. En tout cas, l'une comme l'autre m'ont fait me rendre compte que derrière leurs apparences bien dociles, il y avait des femmes qui n'avaient pas totalement démissionné de leur parole, et qui pouvaient demander qu'on en prenne acte... Elles se sont saisies à leur manière du personnage du psychiatre pour le lui faire entendre.

6 - En fin de compte, j'aimerais insister sur deux éléments qui m'ont paru importants dans mon parcours personnel en tout cas : d'une part, la vertu formatrice de la consultation au long cours, d'autre part, le rôle de la rencontre avec les patients psychotiques.

Sur le premier point, il me semble qu'il est déterminant pour un jeune praticien de s'éloigner du territoire de l'hôpital, de l'institution soignante qui, malgré lui et à son insu, l'enferme et le caricature dans une position de pouvoir médical. Nous sommes le plus souvent formés initialement dans les lieux de l'urgence et de la crise, et très peu dans ceux du suivi au long cours, où là, nous faisons généralement seuls nos expériences et notre apprentissage, ce qui n'est sans doute pas plus mal.

Il est clair que ce n'est pas du tout la même chose pour un patient que de voir un médecin dans un service hospitalier, ou de le rencontrer dans un quelconque CMP ou une consultation privée, là où la puissance de l'institution est nettement moindre, et l'accès aux personnes des soignants bien plus probable. Je ne vois

pas qu'on puisse être sensibilisé à la question de la psychothérapie, sans qu'on accepte des conditions d'exercice où les forces sont rééquilibrées au profit du patient, et dans ce sens, le suivi ambulatoire est essentiel.

Il me semble fondamental que le praticien concède quelque chose du côté de sa vulnérabilité, qu'il s'expose plutôt qu'il ne domine, en acceptant l'incertitude du rendez-vous externe et aussi, la durée indéterminée de ce suivi...

Il est en tout cas certain que ces années de travail en consultation de CMP ont été pour moi un moment privilégié d'apprentissage, un contact parfois rude avec une réalité clinique ordinaire qui met le praticien à l'épreuve, et le confronte volontiers à un sentiment d'impuissance. Sans doute n'aurais-je jamais osé m'installer en cabinet privé sans être passé par cette école-là, qui nous apprend à « tenir la route » et à faire preuve de patience et d'humilité, je dirais...

Pour le second point, je crois rétrospectivement aux puissants effets initiatiques de la rencontre avec le patient psychotique, en ce qu'elle ouvre une brèche dans nos certitudes ordinaires quant à notre rapport aux mots et à la réalité. Le discours psychotique nous met face à une façon d'être, de penser et de parler radicalement autre ; et nous met au défi de construire un minimum de langue commune.

Le patient psychotique nous indique probablement la voie à suivre, celle de ne pas toujours nous imaginer que nous savons ce que nous disons, celle de la mise en doute, de l'interrogation sur le sens et la portée de ce qui nous traverse, celle de la puissance parfois dévastatrice des mots. Il nous confronte volontiers à des énoncés que notre logique rationnelle juge irrecevables, il pointe sans vergogne l'arbitraire du sens que nous donnons à ce qui nous entoure. Il entend ce que nous n'entendons pas, mais qui le convainc : **et nous, qui en principe ne sommes pas hallucinés, qu'entendons-nous, de notre voix intérieure ou de la parole de notre interlocuteur ?**

Bavardage, réticence, mensonge, métaphore, mise en récit, projection, métonymie, rétention, reconstruction imaginaire, on pourrait en citer à l'infini, de ces figures de pensée et de parole, qui font que nous sommes peut-être plus le jouet de la langue que nous ne l'imaginons...

Il se peut bien que la rencontre avec le patient psychotique soit pour beaucoup dans cette sorte de primo-infection par le virus de l'interrogation sur ce rapport à la langue : s'il nous invite à prendre acte de ses processus pathologiques et à les contenir, il nous démontre également notre entière vulnérabilité sur ce plan, et le désordre impensable qui peut en découler. Peut-être représente-t-il une étape importante vers l'acceptation d'une certaine inquiétante étrangeté...

Sans doute aussi devons-nous au personnel infirmier, quand il a pu développer des « savoir-être » au quotidien avec ces patients, la réassurance qu'il est possible de trouver malgré la pensée délirante, des manières de se parler.

Pour conclure...

Pour moi, accéder à la psychothérapie, c'est accepter de passer sur l'envers du décor, quitte à négliger un peu ce que nous avons appris à repérer comme signes ou manifestations de la maladie, ce à l'invite de nos patients, quand ils y sont prêts. Nous sommes aussi le lieu d'adresse d'un message confus, parfois même obscur, dont la portée excède largement le champ de

la pathologie mentale ; message qui renvoie au drame existentiel de cette personne précise et unique, pour laquelle nous avons accepté de jouer ce rôle.

L'envers du décor, c'est le mystère de la parole et de l'écoute, c'est la patience et la persévérance nécessaires à leur conquête, à leur rencontre, plutôt.

Peu de choses nous prépare dans notre formation initiale à accepter que nous sommes faits autant de mots que de cellules, et quand bien même l'intérêt pour la psychanalyse peut nous aider à en prendre acte, c'est l'affaire de toute une vie et de toute une pratique de mesurer la richesse, la complexité et l'étendue de ce qui s'échange entre deux personnes, prenant le risque d'accepter une certaine intimité psychique.

Rien ne nous assure d'y être ou d'y rester sensibles.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Psychiatre, Paris

Les non dupes errent-ils ?

Obligée de télétransmettre depuis 2000 sous menace de déconventionnement par notre CPAM « pilote », j'ai choisi l'appareil Intellio pour que la présence de l'informatique soit la moindre dans mon cabinet, comme on nous en a gentiment accordé la possibilité : juste quelques clics !

13 années se sont écoulées et je viens de commander mon 3ème appareil (durée de vie 6 ans...). Il a ensuite été configuré par le groupe Sephira au nouveau logiciel « remplissant le cahier des charges de la CPAM ». Pas le choix de faire autrement...

La découverte commence.

Je m'aperçois peu à peu que les données sont plus nombreuses à entrer, donc faire la FSE prend un peu plus de temps... Il me faut maintenant, en

plus de la cotation des actes, remplir une nouvelle donnée : le nom et le prénom du médecin traitant. Un détail... sauf quand les questions qui vont suivre se font plus complexes... concernant les régimes de mutuelles et autres... ou parfois absurdes comme cocher que le jeune patient a un médecin traitant lorsqu'il a droit à l'accès direct... il faut abandonner le bon sens pour suivre la machine... il m'est arrivé de passer 10 mn sur une FSE, de renoncer puis passer 20 mn au téléphone avec le technicien Intellio m'éclairant sur ces notions.

Mais en dehors de cette question de temps, je comprends en fait que l'appareil dicte très facilement ma conduite. Au minimum, ces questions poussent à la constitution d'un dossier patient informatisé tel qu'il est désiré par la CPAM. J'ai refusé l'ordinateur dans mon cabinet, le

P4P, mais en fait je vais devoir m'y plier puisque je ne veux pas pénaliser mes patients, ni moi-même pour les tiers payant, et que les FSE ne seront transmises donc réglées correctement qu'à la condition de noter TOUTES les données demandées.

Une machine, c'est très discipliné ! Et elle est là pour nous aider à être des médecins vertueux : cette demande du nom du médecin traitant obligerait à avoir l'ordonnance sous les yeux... Il m'a même été confirmé par Intellio qu'une faute d'orthographe pourrait faire refuser le règlement... dans le monde de l'informatique une faute est une faute ! Gare aux fraudeurs au parcours de soins ! Ils peuvent aussi facilement exiger que le médecin traitant ait validé la demande de CS spécialiste de son côté ! Et nul besoin de grandes discussions, la sanction est immédiate, dans une logique froide.

On peut pressentir que, progressivement les demandes de renseignements vont continuer d'augmenter, rigidifiant le parcours de soin. Par exemple, on peut imaginer que les diagnostics

devront un jour être entrés sous forme des codes DSM, obligeant à étiqueter chaque patient, interdisant peut être, à terme, le règlement de plus de séances que « prévues » pour la pathologie en question ?

Nous avons mis par force, le doigt dans un engrenage qui va pouvoir se faire de plus en plus contraignant. Ce qui au départ se présentait (mais nous n'étions pas dupes !) comme un simple outil de télétransmission des feuilles devient un mode de contrôle implacable de notre exercice, sous la menace de ne pas être rémunérés.

L'informatisation fait de nous l'otage potentiel des organismes payeurs.

Il faut tout faire pour conserver un paiement à l'acte qui demeure notre seul espace libre de travail par la conservation du tiers dans la relation avec le patient !

Hélène Baudoin
Psychiatre, Nice

Témoignage du Séminaire de Printemps

Sans nous laisser refroidir par les caprices météorologiques hivernaux en ces journées de Séminaire de Printemps, accueillis par Jacques Barbier et Thierry Delcourt dans leur belle ville de Reims, nous avons pu échauffer nos esprits autour de la question du diagnostic.

Diagnostic qui a pu, peut, et pourra être facilement pris en otage dans des classifications statistiques au bénéfice de l'industrie pharmaceutique et de quelques autres...

Le rappel historique des classifications nous montre effectivement toute leur importance et à quel point elles ont pu être l'objet de luttes de pouvoir.

Quant aux conflits d'intérêt, il nous a été proposé de les faire commencer dès le 1er centime, tant il est facile de se laisser tenter et de céder sur son éthique déontologique.

Nous avons pu bénéficier d'un éclairage neuropsychiatrique et neuroscientifique sous la forme d'un dialogue extrêmement vivant par des collègues s'appuyant sur l'evidence based medicine mais nous rejoignant avec l'idée qu'un gène ne code jamais pour un destin mais code un processus biologique qui s'insère dans un environnement plus large.

Les facteurs environnementaux, capitaux, apportent donc leur lot d'incertitudes et en ce qui concerne la psychiatrie, les éléments de prédictivité sont actuellement très limités.

Par ailleurs le risque de concordance diagnostique entre deux psychiatres correspond statistiquement à l'effet de hasard et l'on sait qu'il n'y a pas une seule manière de diagnostiquer n'importe quel trouble mental qui puisse être considérée comme scientifiquement prouvée.

L'annonce du diagnostic nécessite pour nous une grande prudence car elle a ses effets propres surtout quand il s'agit d'enfants ; elle pourrait en effet provoquer un effet de fixation dans une position pathologique.

Attention à ne pas se laisser abuser par le premier diagnostic venu, et surprendre par les zones d'ombre « propre » du récit – masquant un fragment d'évènement ancien – car derrière une anorexique déprimée peut se cacher une érotomane.

La position spécifique du diagnostic en psychiatrie sera reprise dans le référentiel métier, très bientôt finalisé au sein de la Fédération Française de Psychiatrie. Elle s'inscrit dans un abord clinique multiréférencé qui renvoie au modèle bio-psycho-social.

Le diagnostic – qui doit pouvoir être constamment remis en cause – ne peut suffire à lui seul à décider des modalités thérapeutiques qui ne peuvent que s'élaborer au cas par cas.

Voici donc quelques notes éparses en souvenir de ces journées fort enrichissantes où nous avons voyagé aussi au terrifiant pays de la HAS (celui du seul champ économique et financier) et dans celui de la limitose (pays de la contemporanéité).

Nous vous invitons maintenant à en découvrir tous les développements dans un numéro à venir de « Psychiatries ».

Anne Rosenberg
Psychiatre, Paris

Formations in situ au siège de l'AFPEP - Paris

Un thème, une journée, 25 participants maxi, des orateurs et une large place au débat, dates non encore déterminées pour les deux premières formations.

Transcription

Comment rendre compte des pratiques entre pairs, entre mise au travail et théorisation, mais aussi dans la communication vers un public ou avec les familles, les associations de patients et les tutelles. Entre parole et écrit, avec le souci de transmettre.

Prescription, proscription

Dans la suite du débat engagé à Bordeaux sur le soin et à Reims, sur le diagnostic, il s'agit de poursuivre très concrètement l'échange autour des pratiques de prescription, leur singularité et l'engagement des psychiatres dans l'acte de prescrire.

Samedi 23 novembre 2013 : Gérontopsychiatrie, psycho gériatrie

Face à une demande croissante de soin psychique aux personnes âgées se pose la place du psychiatre dans les structures, la nature de ses actions de soin et d'accompagnement, voire même sa position de sentinelle éthique. La formation dans ce domaine ne répond pas à l'ampleur de la question et de la pratique complexe qui s'y engage.

Formations validantes dans le cadre du DPC, dès que ses modalités seront mises en place.

Annonces

Colloque national Arts et Thérapie

« De la beauté »

Clermont de l'Oise

Jeudi 30 Mai

Inscriptions et renseignements auprès de Madame Corinne Gallino :
Unité Arts et Thérapie du Centre Hospitalier Interdépartemental de l'Oise,
2, rue des Finets 60607 Clermont de l'Oise Cedex.

Tel : 03 44 77 65 87 – Courriel : art.therapie@chi-clermont.fr.

Inscription individuelle : 65 €

Restauration préparée et servie par les moniteurs et les stagiaires du Relais de l'Aulne.



ASSISES CITOYENNES

pour l'hospitalité en psychiatrie et dans le médico-social

Rencontre organisée par le Collectif des 39 et les Ceméa

31 mai et 1^{er} juin 2013

Espaces Congrès les Esselières – 94800 Villejuif

Pour toutes les informations contacter : sante.mentale@cemea.asso.fr



12^{ème} Journée de Psychiatrie d'Abbeville

« Pourquoi le corps ? »

sous la présidence de Marie-lise Lacas et Pierre Delion.

Jeudi 6 Juin

Hôpital de Jour de Psychiatrie Adulte.5, rue des Lingers.80142 Abbeville. – Tél : 03 22 20 15 70

Inscription (N°formateur 22.80.01154.80) : 60 € repas compris.

Email : collectifpsyabbevillois@laposte.net – www.collectifpsy.org.

le Docteur Hélène Baudoin, Psychiatre, Psychothérapeute
organise à Nice une journée intitulée

LE CORPS, LA CRÉATIVITÉ ET LA THÉRAPIE

Samedi 15 juin 2013

Couvent des Dominicains

9 rue St François de Paule, Vieux Nice, face Opéra

OUVERT A TOUT PUBLIC

Pour tout renseignement, contacter le Dr Hélène Baudoin - 12 rue de Paris - 06000 Nice
baudoin.h@wanadoo.fr



“Clinique du débutant, clinique du senior”

Colloque le mardi 18 juin 2013

à l'Institut Paul Sivadon
23 rue de la Rochefoucauld 75009 Paris – métro : Trinité

Quelle psychothérapie pour quel patient, avec quel praticien ?

Renseignements : Fédération Française de Psychiatrie – Hôpital Sainte-Anne
1, rue Cabanis 75014 Paris

DÉSIR DE LIVRES

Olivier Schmitt, *Les pathologies rebelles, Essai de psychopathologie clinique à l'usage de la psychothérapie*, éd. Penta, 2013

C'est un plaisir que de recommander la lecture de ce livre écrit par mon ami Olivier Schmitt. Psychiatre, psychanalyste, président d'honneur de l'AFPEP – SNPP, militant de 30 ans, auteur de nombreuses publications, il a été de toutes les « bagarres » de notre syndicat.

J'entends parler de cet essai depuis des années et l'attendais. Il l'a médité, mis en diagrammes, théorisé, s'y est engagé avec toute son acuité, mais ce qui ressort d'emblée à sa lecture est qu'il s'agit là du travail attentif d'un grand clinicien.

Il existe une large littérature à propos des « États limites » mais très peu, me semble-t-il, touchent de si près le déroulé de cette thématique, l'abord d'une douleur quotidienne, les péripéties exaltantes ou les retraits blessés.

Ce texte est lui-même rebelle, en ce sens qu'il s'attache au fil d'un discours singulier, à distance des réifications préétablies proposées par

l'idéologie DSM. Ce livre fait œuvre de poursuivre la recherche dans le domaine de la nosographie, tout particulièrement en ce qui concerne des patients souvent suivis par des psychiatres privés.

Les « Limitoses », comme il les appelle, obligent le clinicien à travailler patiemment, à fonder une légitimité vacillante, à interroger ses propres projections, « condition sine qua non de sa neutralité ». Impossible de se retrancher en prétextant « un problème de société et non une pathologie mentale », les souffrances et problématiques en jeu sont au cœur de notre métier même si les dimensions politique et collective restent significatives.

Merci Olivier de ta belle écriture. Je souhaite beaucoup de succès à ton ouvrage, il le mérite.

Patrice Charbit

Essedik Jeddi, **Psychothérapie institutionnelle et Musicothérapie*, Imprimerie Simpact, Tunis 2012, 118 p.

La préface, d'un collègue franco-canadien, Youssef Seddik, nous apprend que son patronyme homonyme du prénom de l'auteur, signifie « véridique » en arabe, donc « Essedik » se traduirait littéralement par « Le Véridique ». Nul doute que ce prénom convienne fort bien à notre collègue tunisien qui aurait pu aussi s'appeler « Le Courageux », car il fallait en effet bien du courage pour introduire des principes de psychothérapie institutionnelle dans un milieu psychiatrique qui n'était guère prêt ni disposé à accueillir de

telles innovations. L'ouvrage débute justement par un historique de la psychiatrie maghrébine, développée au siècle dernier sous la domination coloniale – et colonialiste – du Professeur Antoine Porot dont certains écrits feraient scandale aujourd'hui, se faisant l'écho des concepts de « primitivisme » et de « dégénérescence » qui étaient en vogue à l'époque. Que le Pr. A. Porot se soit douloureusement repenti de ses dérives, (ce n'est guère connu, mais je peux en témoigner personnellement), ne change rien, c'était trop tard,

le mal était fait, et avec des traces durables : les conditions de vie des aliénés dans les hôpitaux psychiatriques relevaient plus de l'incarcération que du soin. Et E. Jeddi rend un grand hommage aux « opposants », tels que H. Collomb à Dakar, F. Fanon en Algérie, qui ont affronté l'incompréhension sinon la persécution des autorités sanitaires... Notre confrère tunisien est, lui, parti se former ailleurs. D'abord à Lyon (ville dont A. Porot était originaire !), puis aux U.S.A. et au Canada, avant de se fixer dans son pays où il a occupé, non sans quelques péripéties et problèmes « politiques », de hautes responsabilités dans l'enseignement universitaire et comme chef de service hospitalier. Mais il n'a jamais cessé de voyager, en France et dans le monde pour nourrir sa pensée de rencontres avec d'autres chercheurs en psychiatrie. D'emblée, il s'orienta vers une psychiatrie humaniste, ouverte, à laquelle l'avait sans doute préparé une solide culture arabophone à laquelle il se réfère à plusieurs reprises. Il a été très marqué, entre autres, par Tosquelles, J. Oury, et G. Pankow qu'il a fréquentée à Paris et invitée à ses colloques (dédiés à H. Collomb). Ces noms reviennent dans son ouvrage en références fondamentales, de façon insistante, parmi la foule des citations témoignant de l'ampleur de ses lectures et de ses rencontres, dont rend compte une impressionnante bibliographie en fin d'ouvrage. Son choix préférentiel de la « musicothérapie » dans le dispositif institutionnel instauré dans son service s'appuie indubitablement sur l'ancrage corporel du vécu musical et son appel

communicatif. Il y adjoint une organisation de l'espace de l'atelier musique qui ne manque pas d'intérêt. Deux observations cliniques principales témoignent des résultats bouleversants de ce travail, justifiant, si besoin était, le bien-fondé de ces choix. L'ensemble est foisonnant d'idées, d'hypothèses, d'interprétations, avec beaucoup (trop ?) de notes en bas de pages. C'est parfois un peu confus et répétitif, mais stimulant par la réflexion proposée, débordant parfois le cadre strict de la musicothérapie, (voir par exemple la note, p.92, sur le problème de la traduction). Un CD annexé, intitulé « La Porte », (la bien nommée !), vient illustrer de façon émouvante les commentaires du texte. On peut regretter que manquent certains sous-titrages français, mais les conditions de réalisation n'ont sans doute pas été faciles : le livre lui-même a été imprimé en Tunisie mais n'est pas distribué en librairies. Il était présenté par E. Jeddi lui-même au stand de librairie des dernières Journées d'AlfaPsy à Montpellier, peut-être dans l'espoir d'une ouverture éditoriale davantage publicitaire ? Il faudrait pour cela une certaine mise aux normes de l'édition française ? Quoiqu'il en soit, ce serait dommage qu'une telle recherche et son témoignage clinique en restent à une diffusion « confidentielle ».

*Pr.Essedik Jeddi, 135 avenue Bourguiba,
Sidi-Bou-Saïd, Tunisie

e.mail : essedik.jeddi@gmail.com

Robert Michel Palem, L'organo-dynamisme en Psychiatrie, La modernité d'Henri EY, l'Harmattan 2012, 171 p.

Il faut signaler absolument cette réédition, revue et augmentée, de l'ouvrage publié par l'auteur en 1997 chez Desclée de Brouwer. On ne va pas ici présenter R.M. Palem, dont les nombreuses publications sont connues depuis plus d'un demi-siècle, (le premier, en 1958, sur les « états-mixtes », nos actuels *border-line*, lui a même valu *le Prix Moreau de Tours* de la Société Médico-Psychologique...), et qui est le

fondateur et Président de l'Association Henri Ey. Et on va encore moins présenter Henri Ey, gloire incontournable de la psychiatrie française, et que tout le monde connaît. Mais, au fait, le connaît-on vraiment ? Les Études Psychiatriques sont certes incontournables pour tout psychiatre sérieux, mais qui se réfère de nos jours aux bases fondatrices de l'Organo-dynamisme en tant que théorie à la source d'une psychiatrie renouvelée jusque

dans sa nosographie ? Comme si l'enseignement d'Henri Ey avait fertilisé la réflexion sur la maladie mentale en laissant tomber dans l'oubli les origines de cette fécondation. Personne avant H. Ey n'avait poursuivi aussi loin cette réflexion. La réédition de cet ouvrage s'enrichit opportunément de nombreuses et récentes références contemporaines qui la font revivre ; et elle arrive bien, et à point nommé, pour rappeler l'histoire et montrer l'actualité de la pensée, non seulement fondatrice mais quasi prophétique, de ce grand Maître pour qui le malade était une « personne » au sens moderne actuel. H. Ey était un humaniste d'indéfectible conviction. Les polémiques historiques entre H. Ey et J. Lacan ont fait leur temps, mais leur trace demeure et renouvelle

les disputations autour des neurosciences et du cognitivisme. Le structuralisme a été leur commune rencontre, mais avec des retombées différentes. Germanistes tous deux, ils avaient la même culture philosophique, etc. Et leurs élèves et successeurs ne cessent de poursuivre, peut-être parfois sans le savoir, ce grand débat qui hante la psychiatrie : branche de la médecine ou science de l'homme ? R.M. Palem, dans ses conclusions, élève l'Organo-dynamisme au rang de *mythe*, et je le cite : « Le réservoir des mythes n'est pas le parc à ferraille des théories usagées, mais bien plutôt la matrice (c'est moi qui souligne) de toutes les théories passées et à venir ». À lire son livre, c'est un hommage très mérité. Excellente lecture pour tous.

André Bolzinger, Portrait de Sigmund Freud, Trésors d'une correspondance, Campagne-Première, Paris 2012, 419 p.

Dans notre époque, hautement technicisée, la lettre manuscrite devient un objet rare, et on imaginerait mal ce qu'aurait pu être un échange de mails, voire de SMS ou de textos, entre Freud et ses nombreux correspondants, sans la verve et la précision qui font de cette correspondance, en effet, un véritable trésor. La dactylographie déjà efface cette trace du corps du scripteur, qui donne une toute autre qualité de présence à l'écrit manuel. Freud lui-même se laisse aller au passage à une appréciation graphologique de tel correspondant. Il y a du charnel dans ces échanges épistolaires. Mais là n'est pas le sujet de ce livre remarquable à bien des égards. En premier lieu, A. Bolzinger, historien passionné de Freud, a construit son exposé à partir d'extraits de cette correspondance constituant l'essentiel du texte : toutes les citations sont répertoriées et référencées avec précision en fin de chaque chapitre, ce qui représente un véritable « travail de bénédictin ». De surcroît, une bibliographie précise des sources et un index des noms comme des lieux, avec renvoi aux pages de citation, viennent très utilement compléter la documentation, ce qui fait de cet ouvrage un outil de valeur inestimable pour des chercheurs. C'est à souligner, même si on peut regretter que la présentation éditoriale des références de citations

ne soit pas des plus aisées ni agréables à lire. Ce qu'il faut dire aussi c'est que cette recollection des écrits ne vise pas une construction historique et chronologique de la pensée freudienne. Elle cherche plutôt à cerner la personne du fondateur de la psychanalyse à travers ses engagements, ses doutes, ses investissements, dans une époque particulièrement agitée, où les guerres, auxquelles s'ajoutent deuils et maladie, ne font pas de la vie de Freud « un long fleuve tranquille ». Les joies n'en sont pas exclues, ni les petits plaisirs quotidiens, et l'ensemble est terriblement « humain » et vivant. Le portrait officiel s'efface et l'homme révèle ses faiblesses, ses « coups de gueule », ses intransigeances comme ses tolérances, ses contradictions et ses certitudes, ses douleurs et ses espoirs... On découvre un homme de science rigoureux, à la sensibilité affective extrême, pour qui l'amitié a une valeur fondamentale, et dont l'humour est une arme contre les déceptions. Dans le milieu psychanalytique des origines, les enthousiasmes débordent parfois la prudence, mais Freud ne se laisse pas emporter dans cette agitation conflictuelle : fidèle à lui-même il en tire confirmation de ses intuitions sur le transfert, l'Œdipe, la sexualité, etc. et demeure ferme dans sa démarche d'exploration du psychisme. Les neufs

chapitres s'ordonnent par thèmes, depuis « Le parler de soi » jusqu'à « La magie d'une oreille », en passant par « Sédiments viennois », « Le génie des Lumières », « Mœurs bourgeoises », « Coordonnées géopolitiques », « Guerre et après-guerre », « La génération suivante », et « Vie associative » : cette énumération donne une bonne idée de la richesse de ce travail et surtout de son originalité. Et le premier et le dernier chapitre suggèrent bien par leur titre ce qui traverse toute l'œuvre freudienne : la primauté du Verbe. Freud, homme de grande culture, était polyglotte et sa clientèle plutôt cosmopolite, ses relations internationales. Il goûtait la saveur d'un Witz en connaisseur, mais le traitait comme une chose aussi sérieuse qu'un symptôme. Et la voie royale du rêve allait consacrer à jamais la place fondamentale des mots dans la « talking-cure ». N'écrivait-il pas déjà, dans une lettre à Fliess datée de 1892 : « La langue n'est pas un vêtement, elle est une peau » ? A. Bolzinger aurait pu dériver à partir de là sur la filiation lacanienne dont il est un fidèle, mais ses commentaires, dépourvus de tout jargon, mettent

plutôt en valeur la richesse et la fécondité des voies de recherche ouvertes par le génie freudien dans toute leur diversité. Il n'y a aucun sectarisme dans son propos au style fluide et assez élégant, ni la moindre trace de ce pédantisme savant qui parasite bien des publications d'obédience lacanienne. Son travail a toutes les qualités requises d'une recherche scientifique authentique. C'est autre chose que ce qu'un certain M. Onfray, détracteur de la psychanalyse, a voulu récemment tirer de la « petite histoire » de Freud. Sa dernière phrase de conclusion mérite la citation : « Quels que soient les changements politiques, les innovations techniques, les nouvelles modes sentimentales, l'oreille freudienne garde son pouvoir et sa magie pour décrypter la mosaïque humaine et ses énigmes : elle aspire à la vérité par la poésie de l'équivoque ». On ne saurait mieux dire...

Ce livre devrait avoir sa place dans la bibliothèque de tout « psy » ou chercheur en sciences humaines !

Marie-Lise Lacas

Joëlle Oury : Daniel H. La modeste contribution d'un pâtissier à l'équilibre terrestre,

Préface de Jean Allouch, Paris, Hermann 2012, 361 pages, 32 €

Raymond Bénévent¹

Ce livre, dans la grande tradition des « monographies cliniques » qui ponctuent l'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse, est d'abord le récit d'une vie dramatique : Daniel H., pâtissier, pose une bombe au Sacré-Cœur de Paris la nuit de Noël 1955, dans l'espoir d'avertir les autorités civiles et religieuses, mais aussi l'humanité tout entière, du péril atomique. Interné jusqu'à la fin de ses jours en hôpital psychiatrique, il se suicidera par pendaison le 19 mars 1970, après une vie passée à reconquérir sa dignité par le travail et par la poursuite de sa « mission ». Joëlle Oury écrit : « Daniel, guidé par sa mission planétaire, lutte sans relâche pour maintenir l'équilibre terrestre et

peut-être personnel (...). A l'instar des écrits de D.P. Schreber, les textes de Daniel H. sont ceux d'un paranoïaque délirant ».

Mais en quoi l'ouvrage de Joëlle Oury peut-il dès lors, en dehors des spécialistes de la paranoïa, intéresser tout un chacun ? On peut avoir une idée de cet intérêt en s'appuyant, précisément, sur la mention de Schreber. On sait qu'un texte célèbre de Freud s'intitule « Le Président Schreber », du nom de ce juriste et magistrat allemand dont il fera, sans l'avoir rencontré, mais en ayant lu son autobiographie (« Mémoires d'un névropathe ») le paradigme du paranoïaque. De même Joëlle Oury, alors jeune psychiatre de 25 ans, ne

¹ *Philosophe, ancien professeur à l'IUFM d'Alsace-Université de Strasbourg, intervenant aux Journées Nationales de l'AFPEP-SNPP en 2009 à Nice.*

rencontrera-t-elle jamais Daniel H., celui-ci se donnant la mort quelques jours avant l'entrevue qu'ils s'étaient fixé. C'est dans ses centaines de lettres et dans les documents hospitaliers le concernant qu'elle cherchera, pendant près de 40 ans, à entendre quelque chose de sa folie. Pourquoi une telle persévérance ?

C'est que les vrais paranoïaques, et spécialement les «paranoïaques philanthropes» parmi lesquels on a pris l'habitude de classer aussi bien le Président Schreber que Daniel H., se débattent, mais de manière littéralement vitale, avec Dieu, avec la question de la survie ou de la destruction du monde, de la paternité et de la filiation, avec l'énigme du temps, comme tout psychotique plus largement a à faire avec la question du Sujet, de la limite, de la Loi, de l'altérité. Finalement, comme tout un chacun, à cette différence qu'eux ne peuvent jamais s'échapper de ces questions, qui leur font éprouver, selon une expression de Tosquelles, un menaçant «*vécu de fin du monde*». Ainsi leurs délires sont-ils d'abord, pour peu qu'on cherche à les entendre, des tentatives de maintien ou de reconstruction d'une humanité possible. Ecouter, au cœur même du délire, l'humanité maintenue de Daniel H. : telle est l'éthique persévérante de Joëlle Oury.

Jean Allouch l'entend bien ainsi :

Le témoignage de Daniel D. «ne saurait tomber dans l'oubli. Voici sa demande, son vœu [celui de J. Oury] : que n'advienne pas cet oubli, pas maintenant ; on ne saurait, selon la formule d'Hugo, «jeter ce qui n'est pas tombé». Daniel H. : «Moi je ne tombe pas». Pourtant, on le lira, il est tombé, Daniel H., et mal tombé ; si ce final ne peut être rectifié, qu'au moins il se sache...» (*Préface*, p. 6-7).

Aux yeux d'Allouch, la chute de Daniel H. est manifestement, au moins en dernière instance, son suicide. Mais faut-il que sa fin tragique «écrase» en quelque sorte sa vie entière sous le signe de l'échec ?

Joëlle Oury, elle, porte sur la vie de Daniel H. un regard singulier. Revenant, au moment où s'écrit cette recension, sur la place originale de Daniel H. par rapport au «vécu de fin du monde» dont parle Tosquelles, elle déclare avec force (communication personnelle) :

«Daniel H. est passé tout près du grand trou noir, tout près de «la fin du monde». De l'horreur, il a ressenti, dans son corps épouvanté, le vent glacial.

Mais il n'est pas tombé : avec l'énergie violente de son humanité, au bord du gouffre il s'est cramponné. Et il n'a pas glissé.

L'équilibre retrouvé reste précaire, incertain² : il faut lutter sans cesse, et surtout témoigner. Car, par l'horreur, tous les humains sont concernés : saura-t-il les convaincre, et les réveiller ?»

Le livre qui paraît aujourd'hui s'est écrit en trois fois :

- en 1970, avec l'aide des conceptualisations de Freud dans *Le Président Schreber et de Jacques Lacan avec Le cas Aimée : la paranoïa d'autopunition* ;

- en 1985, car les «*Mémoires d'un névropathe*» de Schreber sont disponibles en français, et surtout *le Séminaire* de Lacan sur *Les psychoses*, monument de conceptualisation de la clinique, est paru ;

- en 2012 enfin, pour soutenir la nécessaire résistance à l'évolution actuelle de la psychiatrie.

Autant d'étapes dans une théorisation jamais achevée, sans cesse reprise, comme chez tout vrai chercheur : le temps qu'il a fallu pour oser un jour accepter de conclure par ces lignes :

«En 1945, à la Libération, nombreux étaient les psychiatres qui s'étaient engagés dans la transformation des asiles, en inventant, en parallèle, des lieux de soin au plus près de la vie des patients – l'idée de Secteur par exemple. Le

² C'est la rupture, en quelque sorte exogène, d'un élément de cet équilibre, qui précipite la fin de Daniel : A Perray-Vaucluse, il avait pu, grâce à la connivence amicale du Dr Lanter et surtout du Dr Bonnafé, aménager quasi clandestinement dans les sous-sols de l'économat de l'hôpital un véritable atelier de pâtissier, le «Repaire». Arraché brutalement par décision préfectorale le 8 septembre 1969 à cet environnement, il perd en quelque sorte l'équilibre. Les médecins et le personnel de l'hôpital de Saint Alban auront beau déployer envers lui leur prévenance et leur compétence, il se mure dans le silence et le désespoir (note de Raymond Bénévent).

Dr Bonnafé était de ceux là. Étaient-ils eux aussi, des «Idéalistes Passionnés» ? Sans doute ! Ils auront, et c'est justice, leurs noms gravés dans l'histoire de la psychiatrie novatrice.

Mais des «fous» ont combattu aussi à leurs côtés, et contribué à ces progrès.

Je voudrais que ce livre soit l'occasion de faire revivre Daniel H., le pâtissier, de ne pas oublier son histoire, de lui rendre hommage : il mérite mieux que cette plaque anonyme, gravée d'un numéro matricule, au cimetière de Saint Alban...

Qu'il vive donc, et pour toujours, parmi les grandes figures qui, par leur créativité, leur dignité, leur humanité, infléchissent le regard que porte le public sur la Folie.

A côté de Robert Schumann, de Vincent Van Gogh, du Président Schreber, d'Antonin Artaud, de Séraphine de Senlis, et de bien d'autres encore.»

Cette inflexion du regard sur la folie, cette «hospitalité» faite à la folie, c'est ce qui avait fait défaut à Daniel H. une fois arraché à l'amicale protection du Docteur Lucien Bonnafé à l'hôpital de Perray-Vaucluse. Et ce «délaissement», pour reprendre le terme de Jean Allouch dans sa magnifique préface à l'ouvrage, le précipita sans aucun doute vers sa fin.

En même temps qu'un témoignage de première main sur la condition asilaire il y a quarante ans,

le livre de Joëlle Oury est un cri d'alarme pour le présent. Après avoir évoqué Perray-Vaucluse, elle écrit :

«Ce qui poussait dans cette jungle, ce n'était pas joli, joli... Mais enfin, ça pouvait pousser : il y avait des poches d'air, des zones d'ombre abritées, et, paradoxalement, une certaine liberté.

(...)

Mais ce que je pense maintenant, c'est qu'il y a bien pire que la «Sainte Pagaille» de l'asile.

Que serait-il advenu de Daniel H. si, après la bombe, il avait été transféré dans une de ces U.M.D. modernes (Unités pour malades difficiles), ordonnées, sécurisées et efficaces, sans un coin d'ombre et d'intimité ? Un sujet traqué, surveillé sans trêve peut-il se refaire, advenir ? Et si c'était une forme, moderne, d'«extermination douce» ?

On voudrait espérer que la régression sécuritaire actuelle ne soit qu'un accident de parcours, un moment, fâcheux, de l'histoire de la psychiatrie, et que ça passera».

Si, comme beaucoup le pensent, les «fous» sont ceux qui se battent *pour nous*, en première ligne et souvent au péril de leur vie, dans la lutte pour «l'hospitalité» faite à l'autre, la lecture du livre de Joëlle Oury peut fournir des armes à notre résistance commune³.

³ Ce livre offre aussi un autre intérêt : fille de Fernand Oury et nièce de Jean Oury, Joëlle Oury rend compte avec pudeur de ce qu'il faut de temps et de travail sur soi pour faire un chemin singulier dans le labyrinthe des identifications, terrain infiniment complexe et parfois périlleux.

Travaux pratiques de clinique analytique, Charles Melman

éd. Erès, 2013

Il s'ait bien ici, et cela vaut pour tous les séminaires de Charles Melman, de travaux pratiques, mais qui ne ressemblent guère à ce qui, sous ce nom, permet aux étudiants de mieux comprendre leurs cours « théoriques », tout en en restant dans les limites confortables d'un savoir certifié.

Chaque leçon part d'une question et développe une idée originale qui, souvent, fait lien entre des phénomènes apparemment disjoints et vient déranger la réponse convenue.

Création en Alzheimer, *La revue Art et Thérapie*, 112/113, décembre 2012

Numéro spécial sur une vision de la maladie et une réflexion sur l'intérêt de l'art-thérapie avec ces malades (Drs et Prs en psychiatrie Thierry Delcourt, Patrick Dewavrin, Simone Korff-Sausse Jean Maisondieu, Jean-Pierre Klein) ; des textes issus des expériences d'atelier par des art-thérapeutes relatant dans le détail leurs pratiques et leurs réflexions théorisantes ; des témoignages de créateurs contemporains ayant été confrontés à la maladie de leurs proches (Nadine Trintignant, Jacques Boulerice (écrivain québécois), Noëlle Chatelet, etc., ce qui a nourri leurs œuvres) ; des études sur des artistes atteints de cette maladie

(de Kooning, William Utermohlen) ; des artistes inspirés par ce thème comme la réalisatrice Zabou Breitman ; un regard philosophique (Corine Pelluchon) ; un regard psychologique (Simone Korff-Sausse) ; une approche neuroscientifique (Pr Hervé Platel).

Ces textes théorico-pratiques font le point sur la stimulation en création des malades, les protocoles et leur sens, les précautions à déployer et les pièges dans lesquels ne pas tomber, la mobilisation des forces de vie au cœur de la maladie.

Association thérapeutiques fixes - Atouts, limites et perspectives

éd. Brain Storming, 2012

Ce livre est pour tous ceux qui s'intéressent à la santé et aux soins. Pourquoi ?

Alors qu'il semble très spécialisé au premier abord, ce livre concerne en fait une modalité de traitement que tout le monde a reçu un jour (les vaccins), qu'un nombre important de femmes prend régulièrement (pilule contraceptive) et que de nombreuses personnes prennent quotidiennement (notamment un tiers des personnes ayant une hypertension artérielle). En

effet, une partie de plus en plus importante des traitements utilisés par les médecins est constituée de l'association en un même comprimé (voire en une même seringue) de plusieurs traitements différents. Quels sont les problèmes posés par ces choix thérapeutiques ? Quels sont les avantages de ces choix thérapeutiques ? Quels en sont les enjeux ? Pour les patients ? Pour les médecins ? Pour les agences de régulations ?

Comment fonctionne une cure analytique ?

A l'écoute du sujet toujours singulier, Gorana Bulat-Manenti

éd. Erès, 2012

L'analyste n'est pas un moraliste, il préfère l'éthique à la morale mais il ne se situe pas non plus hors la loi. S'il est supposé savoir quelque chose sur la jouissance, il ne jouit pas de ses patients, il ne les instrumentalise pas, il ne les objective pas, il ne les chosifie pas, mais cherche avec eux à partir de leur parole, à partir de l'association libre, à débusquer les liens entre le symptôme et la pulsion, entre la pensée et le fantasme inconscient qui la guide. C'est l'inconscient qui commande, qui

conduit le navire de notre vie, c'est lui qui prend le dessus si on ne prend pas la peine de débusquer son message. À partir de moments précis d'une clinique du sujet, l'ouvrage plonge au cœur de l'énigme d'une cure analytique. Sa visée est de situer cliniquement et théoriquement l'intervention de l'analyste et de comprendre les effets de son acte réfutable dans son minutieux travail basé sur une approche toujours cas par cas.

Clinique institutionnelle des troubles psychiques Des enfants autistes à ceux des ITEP, Claude Wacjman, éd. Erès, 2013

Dix ans après la loi 2002-2, qui rénove l'action sociale et médico-sociale, la clinique institutionnelle – avec des enfants et des adolescents autistes ou avec ceux, manifestant des troubles du comportement, qui sont accueillis en ITEP (Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Thérapeutiques) – est dans la tourmente. L'évolution législative et réglementaire privilégie des approches s'appuyant sur des méthodes de conditionnement, de dressage ou de gardiennage et des mesures

quantitatives au détriment des démarches cliniques issues de la psychanalyse, des pédagogies et des thérapies institutionnelles. Les personnels attachés à la dimension des soins constatent pourtant les bénéfices que ceux-ci apportent aux personnes qu'ils accompagnent sur les plans pédagogique, éducatif, rééducatif, psychologique, psychothérapeutique et psychiatrique, et souffrent de voir leur travail dévalorisé.

Michèle Gastambide et Jean-Pierre Lebrun : Oreste, face cachée d'Œdipe ?, Claude Wacjman, éd. Erès, 2013

C'est à partir de l'Orestie d'Eschyle, à l'époque de la création de la démocratie, que les auteurs dialoguent pour prendre en compte l'apparition d'une clinique particulière à l'évolution actuelle de la société et spécialement des plus jeunes.

Les découvertes des neurosciences visent l'immuabilité de la biologie cérébrale. Mais l'homme évolue et pour cela il n'est jamais seul, il fait partie de la société des autres. Son lien à l'autre est déterminant dans sa constitution même puisqu'il commence enfant (non parlant), avec une neurologie essentiellement immature et qu'il a à intégrer cérébralement le langage qu'il n'a pas à la naissance, à partir de l'adresse dont il est l'objet de la part de sa maternante.

Celle-ci ne l'aura pas conçu sans un partenaire de l'autre sexe, par quelque technique que ce soit, quel que soit le lien relationnel réel ou virtuel qu'elle a ou a eu avec lui. Ainsi se constitue la première étape de sa nécessaire socialité puis, tout au long de son évolution, ce milieu s'élargira jusqu'à ce qu'il devienne un adulte qui a la parole à l'égal de tous les autres, au moins dans notre occidentale société.

Longtemps, la base de son évolution a été la famille patriarcale, dont nous savons qu'elle est pratiquement devenue obsolète. D'où la nécessité de reconsidérer les bases œdipiennes de cette famille devenue très souvent « bi-monoparentale ». C'est là tout le travail des auteurs qui réinterrogent à travers le drame d'Oreste, la loi de la mère toute puissante et la loi de séparation d'avec la mère.

La première justice enjoint au fils de tuer le meurtrier de son père ce qu'Oreste fera en devenant matricide, puisque sa mère Clytemnestre a tué son père Agamemnon. Mais alors ne doit-il pas être tué par ceux qui défendent sa mère et nous serions dans une violence duelle sans fin comme celle que notre actualité nous montre avec les tueries sauvages de Richard Durn, Mohamed Merah, Anders Behring Breivik etc. « L'escalade pulsionnelle chaotique entraîne fugue, meurtre, suicide, transgression des tabous, violence libérée par un sentiment d'injustice et un désir de vengeance non médiatisés ».

Le tribunal qui doit juger Oreste se retrouve impuissant car les pour et les contre l'exécution d'Oreste sont à égalité. C'est Athéna, déesse de

la sagesse et de l'intelligence, fille de Zeus, votant la dernière, qui fera basculer la loi des chiffres en donnant la prévalence à la parole...

Résumé

Qu'il y ait l'appui d'un père ou pas, l'enfant humain pour devenir sujet, doit s'approprier sa condition d'être de langage. Ce travail exige de lui de quitter

sa mère, ou plutôt, de renoncer à la jouissance de ce qui est leur part commune. Autrement dit, la mère et l'enfant – et cette formulation ménage également la place du père – doivent tous deux se déprendre du maternel...*

**« car la mère enfante celui qu'on nomme son enfant » Eschyle.*

Ça dépasse l'entendement : introduction aux conjectures, Pierre Ginésy, éd. Apolis, 2013

Anachronismes conjuguant de concert passé et futur, effets fantômes, éclairs pétrifiés d'éternité : quand le destin se fait pestilence, miasme, contagion, loimos gauchissant les lignées des Atrides ou des Landacides, voire des cultures tout entières, l'expérience analytique doit repenser la temporalité et l'espace aussi bien que leur solidarité. Il faut parfois s'armer ici d'un marteau de géologue et être attentif aux formes en acceptant

de ne pas faire parler l'histoire plus haut que les silencieux montages destinaux. Savoir de l'indiciel, du contrapontique et du prodigieux, hérité des chasseurs du néolithique, des augures antiques et des poètes ; au-delà des seuls textes freudiens il s'agit de solliciter aussi d'autres expériences déterritorialisantes, de la mécanique quantique à la biologie.

Thierry Delcourt

Psychiatre ? Une espèce en voie de disparition, Robert Bouloche, l'Harmattan, 2012, Paris, 190 pages

« Il y a de fortes chances pour que la psychiatrie telle que je l'ai connue et la pratique ait disparu dans dix ans ».

Tel est l'incipit (pessimiste ?) de l'ouvrage que notre confrère Robert Bouloche publie à l'Harmattan. Témoignage de l'itinéraire d'un psychiatre, de la formation dans les années 70 à la maturité professionnelle, il brosse précisément et subtilement les spécificités et les enjeux de la rencontre singulière. Il affirme l'importance de l'engagement du psychiatre, de son positionnement éthique, donc politique. Le propos est illustré par des cas cliniques dépliant tous les aspects de la tâche du psychiatre. Le style est simple et clair, le ton personnel. Le livre peut (doit) être mis entre les mains de n'importe quel lecteur, professionnel ou non. Laissant sa bonne place à

la psychanalyse tout en se défiant des dogmes, il constitue une mise en perspective de notre métier tel que nous le concevons et le défendons.

Cette défense et illustration de notre discipline, de notre art, est plus que d'actualité à l'heure, si bien appréhendée par l'auteur, de l'évolution vers la protocolisation, du poids des recommandations, tant celles de la HAS que des assurances, de la normalisation des pratiques, de la prééminence accordée aux thèses purement biologiques et au comportementalisme.

Nous trouvons là confirmation de la nécessité de notre action pour que la psychiatrie dans laquelle nous sommes engagés ne soit pas en voie de disparition.

Françoise Labes

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

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

INFOS DES RÉGIONS

DES ENCARTS
SONT DISPONIBLES
POUR
VOS ANNONCES
LOCALES
ET RÉGIONALES

FORMATIONS IN SITU

au siège de l'AFPEP à Paris

- **Transcription**
- **Prescription,
proscription**
- **Psychogériatrie ou
gérontopsiatrie ?**

Samedi 23 novembre 2013

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

N'hésitez pas vous connecter
sur le site : www.psychiatries.fr

Courriel : info@afpep-snpp.org

A paraître n° 159 :
« **Invention,
réinvention du soin** »

XLII^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE

« **RÉSISTANCE** »

3-4 et 5 octobre 2013
Lyon

Nos prochains rendez-vous :

**FORMATIONS IN SITU
à Paris**

**XLII^e JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE
3-4 et 5 octobre 2013 à Lyon**
