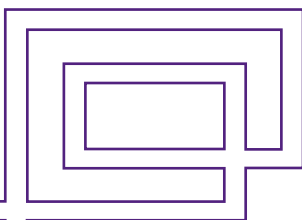


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

MOTIONS ET ACTIONS L'AFPEP - SNPP EN MOUVEMENT

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 – Patrice Charbit	p. 3
Assemblée Générale 2014	
- Rapport d'activité – Élie Winter	p. 4
- Rapport moral – Patrice Charbit	p. 7
- Motions	p. 10
- Élections des délégués du Collège National	p. 12
- Bureau AFPEP-SNPP 2014	p. 12
Informations AFPEP-SNPP	
- Des rapports comme s'il en pleuvait... – Françoise Labes	p. 13
- Le DPC comme si vous y étiez – Patrice Charbit	p. 14
- Quels enjeux pour le DPC – Françoise Labes	p. 16
- Tout ce que vous voulez savoir sur le DPC sans oser le demander – Thierry Delcourt	p. 16
- CSMF – Claude Gernez	p. 20
- CASP – Patrice Charbit	p. 21
- Accessibilité aux personnes handicapées : nouvelles normes ! – Élie Winter	p. 21
- Communiqué de presse sur le Baclofène	p. 23
- Lettre ouverte à la Ministre	p. 24
- Programme de recherche AFPEP – Élie Winter Michel Marchand – Thierry Delcourt	p. 25
Le mot du rédacteur – Thierry Delcourt	p. 26
Rapport d'activité FFP – Fabienne Roos-Weil	p. 27
Le point sur le référentiel métier – Jean-Jacques Laboutière	p. 33
Assemblée Générale DPC – PP	p. 34
Mémoire de psychiatre – Martine Fleury	p. 37
Lettre réponse de Jean Garrabé à Jérémie Sinzelle	p. 39
Journée de formation sur la Gérontopsy – Anne Rosenberg	p. 40
Les États Généraux de la Psychiatrie – Béatrice Guinaudeau	p. 40
TRIBUNE LIBRE	
- Démocratie et acte de soins – Hervé Bokobza	p. 41
- L'Autiste, son psychiatre, la politique de Santé, l'H.A.S. Françoise Duplex	p. 45
- Liens entre psychiatrie psychanalyse et politique Liliane Irzenski	p. 48
- Éthique de la psychanalyse et de la psychothérapie Jacques Marblé	p. 50
DÉSIR DE LIVRES	
CAHIER CENTRAL	
Bulletin d'adhésion 2014	p. I
Mot de la trésorière – Béatrice Guinaudeau	p. II
Bulletin d'adhésion ODPC – PP	p. III
Journées Nationales 2014	p. IV
JN DPC Strasbourg	p. V
FIS – DPC Prescription	p. VI
Formation DPC	p. VII
En région	p. VIII
Autres actions nationales	p. IX
International – Paul Lacaze	p. X

Éditorial

Évaluation

Le moment politique présent n'est-il pas l'occasion d'une évaluation des « progrès » enregistrés en psychiatrie ces dernières années ? Ne faut-il infléchir la tendance et repérer les failles du système avant d'initier sur de telles bases la nouvelle loi de santé publique prévue pour l'an prochain ?

Le désaveu prononcé, élections après élections, n'est-il pas fondé sur la dénonciation d'une surdité à l'égard des faits et de la pratique ? N'est-il pas temps d'établir une politique par la preuve ? Surtout, pour ce qui concerne notre profession, et avant d'alourdir les dégâts, n'est-il pas temps d'évaluer la HAS ?

La HAS est une jeune institution qui ne pouvait mesurer l'ampleur de sa mission du premier abord, surtout en psychiatrie, surtout si elle initiait sa réflexion par le pré-supposé inexact que la psychiatrie était une spécialité médicale comme une autre. Un tel a priori engage inévitablement sur de mauvais chemins avec le risque de s'exposer au reproche de partialité, ce qui est un comble pour une institution de cette importance. Ses décisions étaient politiques et, en cherchant à le masquer, la HAS s'est ridiculisée.

La France n'était pas ce pays à la traîne en matière de psychiatrie, truffée de psychanalystes rétrogrades, campée sur une rente devenue impossible, imperméable aux découvertes scientifiques, protégeant trop ses enfants de prescriptions addictives : elle était montrée en exemple partout...

La HAS veut brutalement réorienter la psychiatrie par voie administrative : évaluer une clinique psychiatrique comme si elle était une clinique chirurgicale ; y promouvoir les mesures prises contre les infections nosocomiales comme si des greffes y étaient pratiquées ; inciter par affichage visible au don d'organe un public de schizophrènes ou d'états limites graves ; imposer une démarche qualité qui oublie l'amélioration des patients et se soucie uniquement du respect de protocoles ; évoquer la « bientraitance » alors que cette politique s'accompagne d'une augmentation des mesures de contention, d'isolement, de soins précipités et de diminution des capacités d'accueil ; promouvoir un scientisme haineux et méprisant ; cracher sur un système pertinent patiemment mis en place ; empêcher peu à peu l'exercice libéral de la pédopsychiatrie ; ne rien faire contre la distribution inconsidérée d'amphétamines à des enfants, tout cela, et j'en passe, est la marque, pour le moins, d'un parti pris notable. La HAS, telle qu'elle existe, est non seulement en inadéquation à la situation, elle est dangereuse.

L'ARS d'Ile de France vient de rejeter une dépense de formation de praticiens d'un CMPP d'un montant de 80 € s'intitulant « Le psychanalyste et l'autiste » sous prétexte que : « les recommandations de la HAS relatives aux interventions auprès d'enfants avec TED et Autisme de mars 2012 ont classé comme non consensuelles les interventions fondées sur les approches psychanalytiques et la psychothérapie institutionnelle. Sont recommandées auprès des enfants avec autisme ou TED les interventions globales et coordonnées fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale ».

Des recommandations HAS concernant des interventions non consensuelles déboucheraient sur une obligation de fonctionnement ? Ceci contre l'avis de professionnels chevronnés ? Cet épisode est un symptôme alarmant et va provoquer une levée de boucliers.

La HAS, novice en la matière, s'appuyant sur une expertise discutable, s'arroge le droit, avec la complicité d'une ARS, d'édicter une vision administrative de la science et des soins. Serait-ce un nouvel ordre psychiatrique qui prétendrait balayer des décennies d'expérience ?

L'exercice de la médecine n'est pas possible sans la liberté du praticien !

L'exercice de la psychiatrie n'est pas possible sans liberté de conscience !

La HAS s'illusionne de ses capacités à soumettre les pratiques.

Nous alertons solennellement contre une dérive autoritaire.

Réformer en profondeur la HAS est une exigence pragmatique et démocratique.

Patrice Charbit
Président de l'AFPEP – SNPP

Assemblée Générale 2014

Rapport d'activité

Chers adhérents,

Quelle année ! Toute l'équipe de l'AFPEP – SNPP s'est démenée, tant pour notre association scientifique que pour notre activité syndicale.

Depuis notre dernière Assemblée Générale, le Conseil d'Administration s'est réuni quatre fois. Le Bureau a tenu des réunions via Internet deux fois par mois pour maintenir le travail. Un Bureau (élargi) d'été nous a également presque tous réunis fin août pendant deux jours pour préparer le travail de l'année à venir.

Et quand je tape le mot-clé « AFPEP » dans mon logiciel de lecture d'email, j'ai plus de 3 000 réponses pour l'année écoulée.

Cette année, le dossier du DPC¹ a particulièrement nécessité notre investissement, et marqué nombre de nos orientations, puisque officiellement, le DPC est d'ores et déjà en fonctionnement.

La FMC² est morte et enterrée, sans qu'aucun médecin n'ait jamais reçu la moindre sanction pour manquement à son obligation de formation. Nombreux sont ceux qui espèrent qu'il en sera de même pour le DPC, mais personne ne s'avancerait à le garantir.

Par ailleurs, le DPC devenant obligatoire, toute formation non-validante risque fort de ne plus être financée par les diverses institutions comme par les praticiens libéraux : les frais d'inscription, de transport, de logement et le manque à gagner sont facilement dissuasifs si on sait qu'il faudra ensuite payer à nouveau pour une formation validante obligatoire annuelle. Un effet de concurrence pourrait nuire fortement aux associations qui ne s'engagent pas sur la voie du DPC.

Enfin, le DPC représente pour certains une poule aux œufs d'or, ou encore l'attrait d'une prise de pouvoir sur les orientations théoriques d'une discipline médicale. Réunir l'attrait de l'argent et du pouvoir amènera-t-il l'organisation d'une meilleure formation médicale proche de nos attentes ?

L'AFPEP – SNPP ne pouvait pas rester immobile dans le paysage syndical et associatif, mais nous avons dû veiller également à ne pas nous laisser emporter loin de nos fondamentaux³.

L'an dernier en Assemblée Générale, puis dans les BIPP et Newsletter de l'année, nous vous avons déjà tenu au courant des tensions qui entourent la mise en place du système du DPC, où la psychiatrie s'est trouvée divisée entre un versant normatif, adepte des protocoles préformatés, disant s'appuyer sur « les preuves scientifiques » au CNQSP⁴, et un versant qui met au premier plan la psychopathologie mené par la FFP que nous avons soutenu.

Les luttes ont continué cette année, aboutissant certes à constituer un CNPP, mais sans bureau à ce jour, j'y reviendrai plus loin.

Voici donc l'activité de l'AFPEP – SNPP, marquée par ce contexte notamment.

Commençons par l'activité de l'AFPEP

- Les Journées Nationales de Lyon en octobre dernier nous ont réunis autour du thème « Résistance ». Michel Jurus, Didier Gauchy et Thierry Delcourt en ont été les principaux organisateurs avec Marie Kretzchmar et nous les en remercions. Ce moment d'échange entre nous a été manifestement largement apprécié de tous, et le bilan financier est légèrement positif, bien que nous n'ayons pas pu obtenir la validation DPC cette année.

- En octobre prochain, les Journées Nationales se tiendront à Strasbourg, organisées par Françoise Coret, Bill Markson, Thierry Delcourt et toute l'équipe. Cette fois-ci, la validation DPC est quasiment acquise, nous parlerons de « l'emprise », l'appel à communication vous a déjà été transmis.

- L'AFPEP a continué ses publications : la revue Psychiatries a fait paraître :

1 Développement Professionnel continu

2 Formation Médicale Continue

3 Nos « fondamentaux » ont été publiés dans le BIPP n°65 page 30

4 Collège Nationale pour la Qualité des Soins en Psychiatrie, issu du courant universitaire qui promeut une psychiatrie fondée sur les preuves notamment.

- le numéro 159 sur les actes des JN de Bordeaux 2012 sur le « soin »,
 - puis le numéro 160 sur les actes du Séminaire de Printemps 2012 sur « diagnostic ».
 - Le numéro 161 est en cours de relecture sur les JN de Lyon « Résistance ».
- Le bulletin, BIPP n° 64 en juin, puis le n° 65 en novembre.
- La Newsletter « Caractères » reste notre outil d'information le plus réactif et flexible, que nous essayons de vous envoyer au moins mensuellement, selon l'actualité.
- Le site web a dû vous sembler étrangement statique... mais ce n'est que parce que nous avons été occupés à en faire une toute nouvelle version bien plus moderne. Un tout nouveau site devrait donc voir le jour dans les prochaines semaines. La newsletter sera aussi entièrement rénovée par la même occasion. C'est un travail à la fois technique, et de réélaboration et réorganisation de toute notre activité, qui nous oblige à réécrire de nombreux textes, pour vous informer au mieux. C'est aussi un coût important dont la trésorière va vous parler tout à l'heure. C'était surtout une nécessité pour être au plus proche de tous.
- L'AFPEP a mis en place une formation dite « in situ » c'est-à-dire dans notre local parisien, le 23 Novembre 2013 : « Introduction à la psychiatrie du Sujet Vieillissant Agé », coordonnée par le Dr Aumjaud, avec 15 participants. Ce type de formation est bien sûr amené à intégrer nos actions de DPC dès cette année, avec un projet portant sur la précarité, et un autre sur la prescription. Nous attendons la mise en place définitive de notre ODPC⁵ pour fixer des dates.
- Car pour pouvoir continuer toutes ces actions tout en vous permettant de valider votre DPC, et même d'être indemnisés pour ça, l'AFPEP a dû créer un Organisme de DPC, l'ODPC-PP (des Psychiatres privés) qui attend la validation finale par la CSI⁶... sachant que seuls les non-psychiatres de cette commissions s'occupent de valider les dossiers de psychiatrie ! C'est dire si les critères utilisés n'ont rien à voir avec nos préoccupations, mais sont exclusivement formalisés de manière normative selon les recommandations de la HAS.
- Dans le même temps, l'AFPEP a aussi participé à la création d'un autre ODPC émanant de la FFP : l'ODPC PsySM⁷, qui a vocation à permettre à de petites associations scientifiques de continuer à faire des formations validantes sans avoir à subir toute la lourdeur administrative du système du DPC. Françoise Labes y a tout particulièrement contribué durant toute l'année.
- Participation aux travaux de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) : Jean-Jacques Laboutière en est l'actuel président (et président d'honneur de l'AFPEP). Jean-Jacques Bonamour du Tartre et moi-même sommes membres du bureau. Françoise Labes participe aux travaux du conseil d'administration. Au total, 4 de nos membres actifs sont très présents à la FFP. La FFP a notamment travaillé sur les sujets suivants cette année :
- Référentiel métier psychiatre : publication en cours du document qui est appelé à faire référence, dans un esprit très différent de l'ancien document des universitaires.
 - Recherche : réseau de recherche fondé sur les pratiques psychothérapeutiques sur l'autisme ; évaluation clinique des pratiques intégratives sur autisme typique ou atypique.
 - Recommandations de bonnes pratiques ;
 - Prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, à l'usage des médecins généralistes ;
 - repérage, diagnostic et prise en charge initiale des manifestations dépressives de l'ado pour les médecins généralistes ;
 - Conduite à tenir devant enfant ou adolescent avec déficit de l'attention et/ou problème d'agitation pour les médecins de premier recours. La FFP devrait parvenir à ne pas laisser la HAS imposer un travail sur l'hyperactivité (et donc le TDAH⁸ et ses références DSM et ritaline) mais bien plutôt sur l'agitation (et donc ses références psychopathologiques) ;
 - ...et de nombreux autres travaux dont vous pouvez lire plus de détails dans le rapport d'activité de la FFP dans les pages de ce BIPP.

5 Organisme de DPC

6 Commission scientifique indépendante, dont les deux membres psychiatres sont nommés sur proposition du CNPP, ce qui n'a pas aidé à la constitution sereine du dit CNPP !

7 Pour « psychiatrie santé mentale »

8 Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité

- Collège National Professionnel de Psychiatrie : le CNPP est donc constitué et réunit les 8 syndicats de psychiatres, la FFP, le CNQSP et le CNUP⁹, mais la composition du bureau bute encore sur un désaccord, où 8/20^e des participants exigent la moitié des postes ! Patrice Charbit vient d'envoyer une convocation d'un quart des membres pour convoquer une AG obligeant à une élection du bureau, mais risque de buter sur la règle des 2/3 imposée par le CNQSP et ses alliés, qui aboutit de fait à un blocage permanent.

- International : C'est Jérémie Sinzelle qui nous représente actuellement à la World Psychiatric Association (WPA) qui tient son congrès à Madrid en septembre 2014. Il est accompagné par Paul Lacaze à Alfapsy, qui organise notamment un congrès à New York en septembre.

Les Tunisiens de l'ATPEP ont tenu leurs journées nationales en février 2013 où nous étions invités et plusieurs AFPEPIens étaient présents.

- Congrès Français de Psychiatrie : important congrès de psychiatrie français, le CFP est dirigé par le Pr Rouillon notamment, également membre du CNPP. Nous y serons présents en novembre prochain pour une session sur le « diagnostic ».

- Etude qualitative : Le Conseil d'Administration de l'AFPEP a préparé les bases d'un travail de longue haleine à proposer à l'AG de ce jour : la mise en place d'une étude clinique avec tous les critères de validité scientifique internationale, qui utiliserait les méthodes de la recherche qualitative plutôt que de se limiter à la recherche quantitative et statistique. Nous voulons relancer une recherche d'intérêt pratique, clinique.

- Centre de preuves HAS : la HAS a discrètement créé un « centre de preuve en psychiatrie », qu'elle a voulu confier à Marie-Christine Hardy-Baylé et l'université de Versailles, en lien avec les universitaires de psychiatrie. Ce centre aurait vocation à dire ce qui fait preuve ou pas auprès de la HAS pour ses recommandations de bonnes pratiques par exemple. Si nous n'y prenons pas garde, des pans entiers de la psychiatrie classique pourraient bien ne plus avoir aucune reconnaissance possible ! La FFP a réagi pour y participer, avec le CNUP, le CNQSP et ascodocpsy¹⁰. Nous sommes nombreux à nous étonner que cette mission ne soit pas confiée au CNPP... Ne manquez pas de lire à ce sujet les propos du Dr Hardy-Baylé dans le rapport d'activité de la FFP dans ce BIPP.

- Élaboration d'une journée avec STOP DSM et le Dr Patrick Landman : l'AFPEP reste en lien avec STOP DSM, avec le projet d'élaborer une journée en

commun, éventuellement avec le Collectif des 39, comme proposé lors des JN de Lyon.

- Soutien aux États Généraux de la Pédopsychiatrie le 4 avril 2013.

SNPP

- Ministère : Mme Marmier et Mme Pariet nous ont reçus au ministère de la santé en juillet, avec ce qu'on pourrait appeler un intérêt poli. Nous avons évité de parler du CNPP et de ce qui s'y rapporte, pour insister sur le poids des normes, des certifications, ou encore le plan autisme. C'était aussi l'occasion d'une reprise de contact pour la prochaine loi de santé publique qui touchera la psychiatrie (projet initialement prévu en 2014, probablement repoussé à 2015).

- Robiliard : La mission « Robiliard » nous a reçus en juillet, en proposant comme base une série de questions sur « ce que la psychiatrie libérale peut faire de plus pour soutenir le public ». Les vidéos sont toujours disponibles en ligne sur le site de l'Assemblée Nationale. Depuis, le rapport a été publié en décembre 2013, et on y trouve à boire et à manger ! Chaque groupe auditionné y retrouve quelques uns de ses propos, mais peu de prise de position sur tout ce qui peut être conflictuel. Néanmoins, dès l'introduction, une définition neurobiologique des troubles mentaux est mise en avant. Les problèmes posés par la HAS et les normes et protocoles sont évoqués mais pas tranchés. Un courrier du SNPP au ministère de la santé vient d'être envoyé en réponse, vous en avez reçu une copie via notre newsletter.

- Révision de la loi du 5 juillet 2011 en septembre 2013 : les détails sont disponibles dans le BIPP de novembre dernier.

- Accès handicapé : dès le 1^{er} janvier 2015, les nouvelles normes d'accessibilité handicapé devront s'appliquer à tous les ERP (établissements recevant du public). Les cabinets de psychiatres sont donc concernés, comme ceux des autres médecins et de toute profession libérale. L'enjeu est de dissuader de toute discrimination à l'encontre des personnes handicapées, au risque de 5 ans de prisons et/ou de 75 000 € d'amende. Les associations de personnes handicapées mettent toute leur énergie à faire appliquer ces normes au plus vite, à grand renfort de manifestations et de pétitions en ligne. Un guide de 48 pages est édité par le ministère de la santé, que vous retrouverez dans une prochaine newsletter consacrée à ce sujet, et sur notre site web. Les normes n'obligent pas à avoir un ascenseur, ou à exercer en rez-de-chaussée, mais les escaliers doivent

⁹ Collège National des Universitaires en Psychiatrie

¹⁰ <http://www.ascodocpsy.org/>

avoir des dimensions précises, les toilettes doivent être accessibles aux fauteuils roulants, les encadrements de portes doivent avoir une couleur qui contraste avec le mur (pour aider les déficients visuels), aucun obstacle ne doit gêner la circulation (tapis, fils électrique), les couloirs doivent avoir une largeur minimale, etc.

Des possibilités de dérogation sont envisagées mais très limitées. Dans un premier temps, un délai de 3 ans est probable pour se mettre en conformité, à condition d'en faire la demande avant fin décembre 2014... mais le plus tard possible car les règles devraient changer avant fin 2014 ! Nous vous informerons au fur et à mesure par nos Newsletters.

Autre information importante : les locaux professionnels dont une partie est affectée à l'habitation familiale ne devraient actuellement pas être concernés par ces normes d'accessibilité, à moins qu'ils n'aient été préalablement déclarés en tant d'ERP... ce qui devrait épargner beaucoup de soucis à nombre de psychiatres libéraux !

- Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie : le CASP continue son travail intersyndical, avec également un travail sur la classification des troubles mentaux de l'adulte en lien avec l'AFP. Mais le CASP a des difficultés financières et doit réfléchir aux conditions de sa pérennité.

- Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Baclofène : dans tout ce paysage d'éclatement de la discipline, nous devons au Pr Granger, président du syndicat des universitaires en psychiatrie (SUP) l'initiative de ce qui est de fait la première action commune de tous les membres du CNPP : un communiqué en réaction à la RTU du baclofène de

l'ANSM ¹¹, qui prétend limiter la prescription par les psychiatres qui ne seraient dès lors pas reconnus comme a priori compétents (voir communiqué ci-après).

- Centrales syndicales : plusieurs dossiers ne peuvent être gérés par le SNPP isolé. Notamment l'accessibilité des locaux aux personnes handicapés (les psychiatres libéraux ne sont qu'une toute petite partie des ERP concernés et ne peuvent donc agir isolément), ou encore les réformes des retraites des professions libérales. L'adhésion à une centrale syndicale se pose donc à nouveau. Au terme de cette année 2013, le bureau du SNPP se demande si un rapprochement avec la CSMF ne serait pas le plus intéressant. Nous soumettrons cette question au débat de cet après-midi en Assemblée Générale.

Beaucoup de travail donc cette année, beaucoup d'engagements de tous les participants du Conseil d'Administration de l'AFPEP – SNPP, et beaucoup de travail qui reste à faire, tout en veillant à ce que ce travail ne soit pas trop technique, trop abstrait pour vous tous.

Pour l'année à venir, le nouveau site web nous permettra de vous en donner une vision plus claire.

Les Conseils d'Administration (4 par an) vont aussi évoluer pour ne pas se laisser envahir par les détails de tous ces dossiers, et redonner toujours plus de place à l'élaboration collective qui est notre marque de fabrique.

Merci à tous ceux qui ont travaillé cette année pour l'AFPEP – SNPP, et ils sont nombreux !

Élie Winter

107 votants : adopté à l'unanimité.

Rapport moral

Merci à tous de votre présence et de marquer comme vous le faites votre soutien à notre association. Nous vous proposons ce matin les différentes analyses et orientations issues de cette année de travail. Nous les discuterons cet après-midi après les réflexions et propositions que vous jugerez bon d'apporter. Nous avons des décisions à prendre, des chemins à dessiner et l'actualité a rarement été aussi riche. Nous sommes à un nouveau tournant et nous allons essayer de le décrire au mieux afin de permettre à cette assemblée de le négocier au plus prêt.

Mais avant cela, j'aimerais remercier la magnifique équipe de l'AFPEP – SNPP qui se consacre généreusement à la mission que notre collectif construit.

La tâche est parfois rude, opiniâtre, chronophage, elle reste intéressante et source de satisfactions.

Cette équipe est au travail.

Toute la profession peut la remercier de la qualité et de l'intensité de son investissement. Merci à chacun de vous.

11 *agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé*

Nous avons été soumis à une large contribution cette année. Nous avons du investir différents domaines et nous affronter à de furieux obstacles. Nous sommes là aujourd'hui pour vous en présenter les fruits, les aléas et les perspectives.

Notre premier axe politique a été de résister. Le thème de nos Journées de Lyon, « Résistances », correspondait en effet à notre réalité associative quotidienne. Que cela soit au Conseil National Professionnel de la Psychiatrie (CNPP), à la mission sur « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » présentée par le député Denys Robiliard, aux consultations du Ministère qui prépare une loi de santé publique, en nous associant aux préparatifs d'une journée « Stop DSM » ou des « États Généraux de la Pédopsychiatrie », en occupant largement notre place voire en inspirant les travaux du Comité d'Action Syndicale en Psychiatrie (CASP) ou de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), en enrichissant nos contacts internationaux, en imposant une formation continue digne de ce nom, en continuant nos activités et rendez-vous scientifiques et j'en passe. Nous avons résisté tous azimuts.

La psychiatrie que nous connaissons, qui nous soucie, est en danger. Il s'agit non seulement d'un enjeu professionnel mais également d'une exigence éthique. Nous défendons à travers notre activité un choix de société démocratique, ouvert, humain, malgré l'utilisation intrusive des nouvelles technologies et les carcans gestionnaires mortifères. Notre État choisit des perspectives inacceptables d'uniformisation des pratiques. Le fou, ce résistant opiniâtre à la concurrence généralisée et aux nouveaux codes de la performance, ainsi que tous les autres, qui nous consultent afin de trouver ou de retrouver un sens à leur vie qui soit cohérent et repérant, risquent un « formatage » pour les uns voire un abandon ou une exclusion pure et simple pour les autres. Résister autant que cela est possible, refuser cette haine de la pensée à laquelle nous assistons, garder des espaces de questionnements, maintenir une diversité avec des partenaires, est un souci constant des instances de l'AFPEP – SNPP.

Notre second axe politique a été de tenter de déjouer l'emprise organisée par la Haute Autorité de Santé, l'université en psychiatrie, le Ministère, les acteurs commerciaux et idéologiques. « Emprises » sera l'objet de nos Journées de Strasbourg en octobre prochain. Ce n'est certes pas un hasard.

Il existe une volonté de transformer le métier de psychiatre en une expertise orientée, évaluée, de plus en plus soumise. L'emprise s'insinue, entre autre, en obligeant à une formation continue dont l'impact soit évalué et conforme aux exigences du marché et du principe de précaution qui en est le pendant. Cette

emprise a une importance stratégique pour ceux contre lesquels nous résistons. Elle est l'outil de cette volonté politique et en dit long sur le climat qui est le nôtre.

Face à cela, nous organisons nos propres formations, nos propres évaluations entre pairs, certes selon les canons de rigueur, mais en choisissant nos thèmes de réflexion et en proposant une alternative. Nous comptons sur nos prochaines Journées Nationales pour étoffer nos possibilités d'analyse et d'action contre l'emprise. Et c'est à cela que s'articule notre troisième axe politique.

Celui-ci consiste à continuer d'initier, à garder notre liberté de penser et d'explorer malgré les velléités des tutelles qui tentent de nous obliger à réfléchir selon ses modalités et ses nécessités. Si nous ne voulons pas nous limiter à accompagner ou à réagir aux réformes, nous avons à prendre l'initiative. Nous avons donc initié à plusieurs niveaux. Nous avons proposé une recherche au sein du CASP concernant la classification en psychiatrie. Laisser le terrain de la classification à l'industrie n'est pas une solution. Il existe une tradition, une histoire, une pratique qui ont fait leurs preuves. La classification est un pouvoir social majeur, nous avons à essayer d'en garder une part qui soit relative à la clinique. Cette initiative a rencontré un projet de nos partenaires qui existait déjà et qui s'est depuis réveillée. Nous espérons être en mesure de vous l'exposer bientôt.

Nous avons proposé d'initier une recherche qualitative au sein de l'AFPEP – SNPP dont nous vous parlerons assez rapidement des thèmes. Il s'agit, en collaboration avec de jeunes psychiatres dont l'AFPEP – SNPP pourrait diriger les thèses, d'aborder, selon les critères de la recherche internationale, des sujets cliniques. Faire entendre notre voix et nos pratiques est stratégique. La recherche est essentiellement universitaire ou commerciale, parfois les deux. Il s'agit de mettre en place une recherche qui soit directement en prise avec des réalités cliniques. Nous en avons les moyens en publiant nos travaux dans les revues officielles.

Enfin, nous avons mis en place dès cette année des « Formations In Situ », ce qui signifie dans nos locaux et surtout par nos soins. Elles pourront être validantes DPC, ou pas, selon le cas et l'intérêt du sujet abordé.

Notre quatrième axe politique consiste à se rapprocher des confrères et d'autres associations. Il serait dangereux dans un tel contexte de rester isolés, de ne pas croire aux possibilités de négociations à l'intérieur même d'une structure fédérative.

Tout d'abord au sein de la profession. Nos liens au sein du CASP et de la FFP sont très solides. Nous agissons de concert, ce qui n'a pas été sans conséquence concernant le CNPP. J'irais jusqu'à parler

de collaboration étroite, ce qui facilite grandement nos échanges, nos actions, nos desseins. Nous faisons bloc face à une adversité souvent redoutable. A l'international, Alfapsy nous apporte toujours autant de satisfactions et de qualités dans les échanges qu'elle propose. Je vous invite à vous inscrire à ses très nombreux congrès que cela soit à New York, Trieste, Budapest, et j'en passe. Nos liens à la WPA sont à la hauteur de ce qu'aurait sans doute espéré notre regretté Antoine Besse. Nous serons à Madrid en septembre prochain et voterons avec nos partenaires.

Se pose avec une acuité grandissante, et c'est là un point de souveraineté de cette Assemblée Générale, la question d'une alliance avec une centrale syndicale. Les négociations conventionnelles auront lieu dans deux ans. Nos conditions d'exercice se complexifient à outrance. Les conditions politiques syndicales évoluent. Le paysage psychiatrique syndical pourrait ne pas se résumer à de l'opportunisme. La position actuelle de l'AFPEP – SNPP n'est pas loin d'être enviable en termes de rayonnement. Dans ce contexte, mon sentiment est que nous sommes à un moment favorable pour porter non seulement l'éthique de nos pratiques mais aussi des perspectives à long terme. Dans ce cadre, l'éventualité de notre adhésion à la CSMF se pose. Nous vous proposons donc une discussion concernant ce positionnement stratégique cet après-midi. Deux possibilités et une troisième s'offrent à nous. Soit nous pensons, au regard de la situation, que nous sommes en position d'influencer les positions de cette centrale concernant la psychiatrie, soit nous posons des préalables à notre entrée. Nous savons d'expérience, que la seule valorisation de notre acte qui vaille concerne le CNPSY. Or, la CSMF défend à cet égard une revalorisation par le biais d'une consultation complexe dite « C3 ». Notre pratique et notre vision de notre métier n'a jamais consisté à valoriser « dans les coins ». Notre relation à nos patients ne s'encombre

pas de cette engeance. Une prise en charge régulière se doit d'avoir un cadre lisible. Est-ce que pour autant cela devrait nous empêcher toute discussion, toute mesure d'évolution, tout autre dossier qui nous occupe ? Mon avis et celui de la majorité du Bureau, est de prendre contact, de commencer à discuter. Nous vous proposerons une motion dans ce sens cet après-midi qui nous permette de préparer l'avenir de notre association. La CSMF est la principale centrale syndicale. En faire partie changera les modes de discussion que nous pouvons avoir avec nos tutelles, qui pour l'heure ne font souvent que nous écouter poliment, nous permettra de discuter plus facilement et sans être isolés des conditions d'exercice et des conditions d'accès à nos cabinets, nous permettra de participer aux futures négociations conventionnelles. Il n'est écrit nulle part que nous pourrions répéter l'opération qui nous avait réussi lors de la discussion de la dernière convention à savoir participer sans être pleinement affilié. Nos partenaires ne nous offriront plus de siège à la table des négociations sans véritable engagement.

La psychiatrie que nous connaissons risque de se noyer dans un bain de santé mentale, de psychostimulants accroissant les performances, de neuro-implantations commandées à distance, d'abandon ou d'exclusion des patients qui ne sauraient souscrire à des psychothérapies formalisées. La modernité rime-t-elle forcément avec « table rase » ? Nous avons à tenter de créer les conditions d'une transmission d'une alternative, d'une diversité, de résister, de déjouer l'emprise, de fédérer, d'initier, de prévenir.

Je vous remercie de votre attention.

Patrice Charbit

120 votants : adopté à l'unanimité.

Décisions prises par l'Assemblée Générale

Augmentation de la cotisation 2015

Augmentation de la cotisation pour la 4^{ème} année, elle passe de 360 à **365 €**.

Pas de changement pour les autres montants

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

Adoptée à l'unanimité.

Motions

Adhésion à la CSMF

L'Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP donne mandat à son Bureau pour initier toute discussion qui permette un rapprochement de la CSMF en vue d'une éventuelle affiliation. Dans cette perspective, l'Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP exprime son attachement à la valorisation de l'acte unique et souligne qu'il s'agit là non seulement d'une spécificité de la psychiatrie qui ne saurait bénéficier durablement de cotations annexes dans son exercice privé mais également et surtout la condition d'une pratique responsable et engagée tant pour les psychiatres que pour les patients.

Adoptée à l'unanimité.

La prochaine loi de santé publique

Si la mission sur « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » présentée par le député Denys Robiliard devait inspirer la future loi de santé publique pour ce qui concerne la psychiatrie, l'Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP demande instamment à ce que des consultations soient organisées par le Ministère de la Santé avec les syndicats et sociétés savantes en psychiatrie concernant de nombreux points contenus dans son rapport d'information.

La qualité de ce travail unanimement reconnu ne peut laisser dans l'ombre de graves faiblesses qui seraient très préjudiciables si elles devaient être mises en application. En effet : dans l'état actuel des recherches et des sciences, aucun élément ne peut affirmer la prédominance de l'origine génétique et environnementale des maladies mentales graves. La « philosophie du soin psychiatrique » en France ne peut se contenter d'idéologies et doit se rapprocher des réflexions issues des réalités cliniques.

La prise en charge psychiatrique nécessite des moyens adéquats.

Les pratiques de contention, d'isolement, de soins sans consentement en ambulatoire sont souvent le signe d'un dysfonctionnement d'une organisation des soins.

Une sentence de handicap prononcée à la hâte n'est pas un contexte pragmatique de déploiement des soins. Un même diagnostic en psychiatrie peut avoir des conséquences très différentes selon les sujets.

Lier un pronostic de handicap à un diagnostic sans attendre l'évolution clinique est une aberration.

Il faut redonner à prévention sa dimension singulière et l'éloigner des perspectives de classification et de stigmatisation.

Le numerus clausus en psychiatrie doit être sensiblement augmenté.

La formation en psychiatrie, initiale et continue, doit être de qualité, diversifiée et indépendante.

Il n'existe pas de projet d'organisation crédible qui pourra palier à la très prochaine pénurie de psychiatres.

Les recherches clinique et qualitative ne sont pas valorisées voire rendues possibles.

Les conditions d'exercice de la psychiatrie sont démesurément compliquées par de nouvelles normes administratives et ceci sans contreparties convenables.

Adoptée à l'unanimité.

Motion DPC

L'AFPEP – SNPP, relayée par l'association ODPC – PP qu'elle a créée, inaugurera ses sessions de formation lors des Journées Nationales de Strasbourg. L'AFPEP – SNPP maintiendra sa volonté de toujours proposer des formations en cohérence avec les fondamentaux que nous défendons, et les valeurs qui guident nos pratiques diverses et singulières.

La validation du DPC est une obligation pour nous tous, et, soucieux de proposer une diversité de formes et de contenus, nous les intégrerons dans nos actions de formation existantes (Journées Nationales, Séminaire de Printemps, Formation In Situ), mais nous élargirons l'offre avec des sessions qui resteront en adéquation avec le DPC (Groupes de pairs, formations en région, sessions présentielle et non présentielle...).

Adoptée à l'unanimité.

Motion Travail et psychiatrie

L'Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP souligne le nombre croissant de consultations liées aux conditions de travail qui exercent une pression de plus en plus insoutenable.

Nous ne pouvons qu'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les effets psychiques délétères des logiques managériales de plus en plus à l'œuvre dans le monde du travail.

Adoptée à l'unanimité.

Éthique et solidarité nationale

L'AFPEP – SNPP est particulièrement soucieuse du maintien de la solidarité nationale confiée à l'Assurance – Maladie pour la prise en charge des soins.

L'AFPEP – SNPP refuse la soumission, forcée par l'Assurance – Maladie, à la performance devenue « Rémunération sur objectifs de santé publique », et exige la reconnaissance de l'ACTE UNIQUE qui spécifie la consultation psychiatrique.

Adoptée à l'unanimité.

Motion sur la recherche et la formation

Les psychiatres d'exercice privé ont à prendre leur place dans les domaines de la formation initiale et de la recherche, en particulier la recherche dite « qualitative ». Leur spécificité est de se situer hors du cadre universitaire et de ses enjeux tout en cherchant à établir des relations avec la recherche publique, voire des partenariats.

L'AFPEP – SNPP s'engage à relancer cette année la recherche clinique qui fait cruellement défaut à la psychiatrie « moderne ». A cette fin, un protocole de recherche sera élaboré, avec tous les critères de la validité scientifique, sans pour autant se limiter aux études quantitatives statistiques qui reflètent si peu nos pratiques.

Nos projets de recherche seront élaborés en coopération avec des internes en psychiatrie via la direction de thèses. Ces recherches viseront à apporter les outils nécessaires à la formation initiale et continue.

Adoptée à l'unanimité.

Motion sur les conditions d'exercice

Les conditions d'exercice sont déterminantes pour le choix du mode d'exercice des jeunes psychiatres et la poursuite sereine de l'activité en cabinet : le niveau de rémunération, l'évolution démographique et maintenant les contraintes liées à l'accessibilité en sont des entraves majeures.

L'AFPEP – SNPP veillera à maintenir un cadre de soin respectueux de l'indépendance professionnelle et à obtenir lors des négociations conventionnelles une revalorisation enfin décente de l'acte unique de consultation.

L'AFPEP – SNPP demande la formation d'un nombre suffisant de psychiatres de façon à assurer la relève au regard du nombre important des départs en retraite dans les années à venir.

L'AFPEP – SNPP ne se satisfait pas du délai obtenu pour mettre en conformité les cabinets de consultation pour l'accessibilité des personnes handicapées, ce délai étant assorti d'un engagement dès cette année à réaliser les travaux dans les trois ans à compter du 1^{er} janvier 2015, et soutiendra les demandes de dérogation lorsqu'il y a impossibilité ou disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences.

Adoptée à l'unanimité.

Patrice Charbit – Élie Winter

Renouvellement des Conseillers Nationaux

(six postes à pourvoir)

Se présentent :

- Paul Lacaze
- Anne Rosenberg
- François Oury
- Jean-Jacques Bonamour du Tartre
- Françoise Coret
- Françoise Duplex

Sont élus

- Jean-Jacques Bonamour du Tartre : 122 voix
- Françoise Coret : 122 voix
- Paul Lacaze : 121 voix
- Anne Rosenberg : 121 voix
- Françoise Duplex : 116 voix
- François Oury : 87 voix

Bureau AFPEP-SNPP 2014

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

Secrétaire Général Adjoint

Michel Jurus

Trésorière

Béatrice Guinaudeau

Secrétaire Nationale à la Veille scientifique

Françoise Coret

Secrétaire Nationale à la Formation

Anne Rosenberg

Informations AFPEP-SNPP

Des rapports comme s'il en pleuvait

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE RAPPORTS PUBLIÉS RELATIFS À DE LA PSYCHIATRIE, 2000-2009

	CC 2000	IGAS 2001	DHOS 2001	Piel et Roela. 2001	PLAN 2001	LIVRE BLANC 2001	Roe- landt 2002	Charzat 2002	DGS 2002	Clery- Merlin 2003	PLAN 2005	MNASM 2005	Couty 2009	Sénat et Ass. Nat. 2009/10	Milon 2009
1. Améliorer l'information		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
2. Formation des professionnels		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
3. Faciliter l'accès aux soins	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
4. Réduire les disparités régionales	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
5. Collaboration hospitalier/libéral	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
6. Meilleure organisation géographique	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
7. Continuité de prise en charge	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
8. Décloisonner sanitaire/social		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
9. Travail en réseau soins de ville			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
10. Représentation des usagers			•	•	•	•	•								
11. Promouvoir droits des usagers	•	•		•	•	•	•	•			•	•	•		
12. Lutter contre la stigmatisation des personnes avec troubles mentaux		•		•			•	•			•	•			•
13. Soutenir et impliquer les familles		•	•	•		•	•	•		•	•	•	•		•
14. Impliquer les élus locaux			•	•		•	•	•					•		•
15. Suivi pers. ss main justice				•									•	•	•
16. Étudier & améliorer HO, HDT	•	•			•								•	•	
17. Développer la recherche				•		•	•				•		•		•

Source : Cour des comptes, en partie d'après Manuel de psychiatrie, sous la direction de J.-D. Guelfi et F. Rouillon, Paris, Elsevier Masson, 2007, page 666.

Voici, tel que repris à la page 21 du rapport de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, dit Robiliard du nom de son rapporteur, paru mi-décembre 2013, la longue litanie des rapports commandés par différents gouvernements depuis le début du XXI^{ème} siècle. Ils se suivent, s'annulent et se ressemblent. Le seul qui ait, hélas, été suivi d'effet fut le plan 2001 qui, relayé par les rapports Couty 2009 et Sénat 2009/2010, aboutit à la triste loi du 5 juillet 2011 réformant l'hospitalisation sous contrainte avec les répercussions que l'on connaît.

La MISM a fait naître l'espoir d'une véritable prise en compte des besoins et de l'état actuel de la psychiatrie. Les syndicats, associations, collectifs et groupes interviewés ont salué unanimement l'attention et la disponibilité des membres de la commission, et en particulier de son rapporteur lors des auditions. Nos représentants ont pu le constater. Tout le monde a eu le sentiment d'être pris en compte.

En première lecture rapide, on trouve en effet de quoi se féliciter. Comme dans une auberge espagnole, chacun peut retrouver sur la table ce qu'il avait apporté, et les premiers commentaires de la profession furent globalement satisfaits, chacun se voyant cité fidèlement.

De la page 3 à la page 91 se déroule un long catalogue des différentes remarques et revendications du vaste échantillon de professionnels et usagers interviewés. Le travail est sérieux, toutes les positions sont reprises, le rapport est émaillé des recommandations du rapporteur démontrant une bonne compréhension des enjeux, difficultés et problématiques.

De prime abord, on est donc rassuré, les représentants du peuple nous ont tous entendus. Néanmoins, dès cette partie d'exposition, les fréquences de citation de tel ou tel membre de la profession ou groupe laissent supposer que certains ont du parler plus fort.

Une analyse plus fine, et surtout l'étude des conclusions, laissent beaucoup moins optimiste. Dans ses 30 propositions conclusives, la mission choisit clairement (bien que peut-être à l'insu de son plein gré...) des options plus que discutables. Nous en retiendrons quelques-unes, exemplaires voire pathognomoniques, traitant de l'étiopathogénie, de la démographie des psychiatres, de la formation et de la recherche.

Les maladies psychiatriques sont définies de fait par « *un terrain génétique et des facteurs environnementaux déclenchants* ». Le naturalisme et l'hygiénisme contemporains font fi de la psychopathologie, et les parlementaires tranchent sur des questions scientifiques.

Le nombre de psychiatres ne cessant de diminuer, la commission ne recommande pas d'augmenter le *numerus clausus* mais de procéder à des délégations de tâche, les psychiatres (comme on le craint de longue date) se voyant cantonnés au rôle de prescripteurs et d'experts. Il n'est que pour les universitaires qu'est recommandée l'augmentation du nombre de postes, afin qu'ils soient plus nombreux pour encadrer les étudiants, l'importance de l'hôpital psychiatrique dans la formation des futurs praticiens n'étant en aucune façon évoquée. Pour la formation des infirmiers psy, la commission ne revient pas sur la nécessaire spécificité, mais préconise une spécialisation en fin de formation.

Quant à la recherche, même si dans le corps du rapport il est dit qu'elle doit être envisagée également hors université, la conclusion reste à une conception essentiellement centrée sur les neurosciences et le cognitivisme, et si le rapport évoque les sciences humaines, c'est pour les réduire à l'enquête épidémiologique.

Tout en reconnaissant la nécessité de débattre sur le rôle de la HAS, le rapport ne revient pas sur le plan autisme.

Il serait trop long de reprendre toutes les propositions mais il apparaît clairement que, tout en tenant compte de tous les apports, la commission a laissé plus de place aux options naturalistes et hygiénistes, malgré le souci annoncé de ne pas donner toute la place au concept de santé mentale « positive ».

La trente et unième et dernière recommandation préconise de « *diminuer le nombre de rapports et de donner la priorité aux recommandations récurrentes* » des précédents rapports ! Tout ça pour ça ! Nous voilà revenus au tableau de départ.

Françoise Labes

Le DPC comme si vous y étiez

Représentation de la psychiatrie : Choisir son camp ?

La mise en place du DPC*, et son corollaire la constitution du CNPP* (Conseil National Professionnel de Psychiatrie), exacerbent les oppositions au sein de la psychiatrie française. La situation n'est certes pas nouvelle, elle remonte à deux siècles, tenants d'une psychopathologie et tenants d'une origine organique des troubles psychiques se sont toujours affrontés, mais il restait jusque-là de la place pour un processus intégratif et chacun pouvait s'enrichir d'un parcours singulier. Le piège d'aujourd'hui consiste certainement à radicalement choisir son camp en oubliant que les confrontations non destructrices peuvent être fructueuses. Souhaitons qu'il ne s'agisse là que d'une étape.

La formation continue et l'évaluation des pratiques sont obligatoires, de par la loi. De nombreux organismes se mettent sur les rangs et il s'agit d'assurer que ces formations soient de qualité, indépendantes,

notamment de l'industrie, et compatibles avec des objectifs de politique de santé. Ce sera le rôle de la CSI*.

Bien entendu les enjeux, notamment financiers mais aussi la place des praticiens au sein du dispositif, sont de taille et peuvent expliquer le fracas des joutes. N'oublions pas pour autant l'objet du propos.

Le CNPP doit gouverner la formation continue et l'évaluation professionnelle des psychiatres, assurer la représentativité auprès des pouvoirs publics, dessiner les référentiels métiers. Ce n'est donc rien de moins que l'organisation du suivi de l'exercice de la psychiatrie pour les années voire les décennies à venir.

Son dispositif est d'une complexité inhabituelle et se structure comme suit :

Les huit syndicats de psychiatres, la Fédération Française de Psychiatrie, le CNQSP*, et le Collège National Universitaire en Psychiatrie, désignent vingt membres constitutifs de l'Assemblée Générale du Conseil National Professionnel de Psychiatrie, selon une parité entre salariés et libéraux.

Cette Assemblée Générale doit nommer ses représentants auprès de la FSM*, du CSI* et constituer le bureau du CNPP* qui sera l'interlocuteur des pouvoirs publics pour la psychiatrie et réfléchira à l'amélioration des pratiques.

Les organismes de DPC proposeront les formations. Pour les mener à bien, ils devront obtenir l'aval de la CSI*. Les thèmes, les référentiels et listes d'experts seront proposés par le CNPP, selon une méthodologie HAS*.

Pour la psychiatrie, les relations entre praticiens et universitaires sont ce qu'elles sont, à savoir souvent empreintes d'une certaine distance, tant dans la pratique clinique que dans le style, sans parler des différents théoriques. Les différentes positions quant au DSMV en sont le paradigme flagrant.

La CSI*, dans ce dispositif, a donc un rôle clef, puisque c'est elle qui est censé décréter la validité scientifique d'une formation.

C'est là qu'intervient le clivage :

SPF*, CNQSP*, IDEPP*, SUP* et CNUP* d'un côté,

FFP*, SPH*, USP*, SPEP*, SMPOPSPP* et SNPP* de l'autre.

Le SPF et notre SNPP se trouvent donc dans des groupes opposés.

Le groupe comprenant le SPF a 8 voix, celui comprenant le SNPP 12.

Un conflit portant sur la composition de la CSI* fait rage. C'est elle qui aura la légitimité scientifique, et établira si une formation est acceptable. L'enjeu est donc de ne pas nous laisser imposer de pseudo-formations et de pouvoir garder confiance dans les propositions qui seront faites aux praticiens.

Un processus démocratique exige que la majorité l'emporte et que la CSI soit le reflet des réalités de la psychiatrie française. Force est de constater que la minorité tente de bloquer le système, que cinq pénibles années ont été nécessaires à mettre sur pied des statuts du CNPP bien que des concessions notables aient été faites.

Deux camps sont clairement opposés alors que la pluridisciplinarité devrait être de mise mais la confiance n'est plus au rendez-vous. Comment faire confiance après les évolutions récentes de la psychiatrie, qui sont, pour le moins contraires à la volonté de la grande majorité des praticiens ? Ne faudrait-il pas défendre bec et ongles les conditions de notre exercice ? Faudrait-il se prosterner devant le DSM V et sa promulgation par ordonnance ? Faudrait-il accepter de se cantonner à un rôle d'expert d'une psychiatrie stérilisée ?

Les statuts ont finalement été signés par toutes les instances du fait de l'insistance de la FSM et du Ministère qui souhaitent que ce dossier aboutisse et rien ne devrait désormais empêcher sa mise en place si ce n'est... l'exercice délibéré d'une obstruction.

L'implication des praticiens, y compris dans la formation initiale des psychiatres, est stratégique. Les universitaires refusent de céder ne serait-ce qu'une once de leur influence dans ce qu'ils considèrent être leur pré carré. Un petit pouvoir est en balance face à une nécessité de santé publique.

La psychiatrie s'est séparée de la neurologie voici plus de 40 ans, de façon respectueuse et pragmatique, pour le plus grand bien des deux spécialités. Sa spécificité est un fait clinique et institutionnel. Ne plus le reconnaître serait un dommage aux conséquences incalculables et au bénéfice de qui ?

Les représentants de la majorité des psychiatres souhaitent une CSI* indépendante, ouverte, sensible à la réalité d'une clinique rencontrée tous les jours, respectueuse des diversités, humble devant la complexité.

Laissons-la travailler.

Patrice Charbit

***Glossaire des sigles**

DPC : Développement Professionnel Continu

CNPP : Conseil National Professionnel de Psychiatrie

CSI : Commission Scientifique Indépendante

FSM : Fédération des Spécialités Médicales

HAS : Haute Autorité de Santé

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

CNQSP : Collège National de la Qualité des Soins en Psychiatrie

CNUP : Collège National des Universitaires en Psychiatrie

SPH : Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

USP : Union Syndicale de la Psychiatrie

SPEP : Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public

SNPP : Syndicat National des Psychiatres Privés

SMPOPSPP : Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés

SPF : Syndicat des Psychiatres Français

IDEPP : Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique

SUP : Syndicat des Universitaires en Psychiatrie

Quels enjeux pour le DPC

Depuis le 01/01/2013 les médecins ont vu le DPC (développement professionnel continu) se substituer à la formation médicale continue (FMC) à laquelle est désormais adjointe de façon étroite l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

A la faveur de cette mutation, la HAS a pu imposer sa méthodologie, son vocabulaire néolibéral (on parle de développement et plus de formation, d'étape cognitive et plus d'acquisition de connaissances), continuant à creuser le sillon de la protocolisation, de l'imposition de la norme.

Fallait-il entrer dans le dispositif ou refuser de passer par les fourches caudines du formatage HAS ? Le BIPP s'est déjà fait l'écho de ce débat.

Nous avons fait le pari, pour la survie de nos formations, que le passage par la mise en forme ne nous ferait pas céder sur le fond. Que ce soit par l'implication dans la constitution de l'ODPC de spécialité (ODPCPSYSM) dont l'objectif est de permettre à de petites associations de poursuivre leur travail scientifique, ou par les démarches titanesques en vue de l'agrément de notre propre organisme « Psychiatrie Privée » (ODPCPP), nous avons œuvré à la construction du cheval de Troie plutôt que de sonner la retraite.

La moyenne d'âge des adhérents leur permettrait en effet de faire le dos rond, le temps d'une réelle mise en place du dispositif pouvant amener à l'âge de la retraite.

Ce serait céder sur un de nos devoirs essentiels, un des fondements de notre éthique : l'engagement dans la transmission. Ce serait aussi trahir les jeunes psychiatres qui nous rejoignent plus nombreux tous les ans.

Nous sommes dépositaires d'un art, notre métier, d'une clinique fondée sur la psychopathologie, qui se construit par la rencontre engagée avec le patient, avec une écoute attentive ne réduisant pas la psychiatrie à une spécialité médicale comme une autre mais qui laisse toute sa place à la parole, prêts à accueillir toutes les manifestations du psychisme humain sans les réduire à un dysfonctionnement cérébral ou aux effets d'une malédiction génétique.

Cette passion, cette disponibilité au transfert, nous nous devons de les transmettre à ceux qui nous suivent. Après, nous évitons le déluge ; ne livrons pas les jeunes psychiatres et leurs patients au risque de la pensée univoque de leur formation universitaire, relayée dans le cadre du DPC par des officines relookées pour la circonstance en disciples de la HAS, le plus souvent pour faire marcher leur commerce.

Nous avons craint de perdre notre âme en intégrant le dispositif, ne la perdrons nous pas davantage en renonçant à être des passeurs ?

Françoise Labes

Tout ce que vous voulez savoir sur le DPC sans oser le demander

Comment faire pour m'inscrire à un programme de DPC ?

J'exerce à au moins 50 % en libéral...

Pour vous inscrire à un programme de DPC :

- créez votre compte personnel sur www.mondpc.fr (site Internet de l'OGDPC dédié aux professionnels de santé) ;
- recherchez votre programme de DPC via notre moteur de recherche ;
- inscrivez-vous à une session du programme de DPC de votre choix directement en ligne, depuis votre espace personnel.

J'exerce dans un centre de santé conventionné...

Rapprochez-vous de votre employeur pour l'organiser.

- créez votre compte personnel sur www.mondpc.fr (site Internet de l'OGDPC dédié aux professionnels de santé) ;
- recherchez votre programme de DPC via notre moteur de recherche ;
- inscrivez-vous à une session du programme de DPC choisi directement en ligne, depuis votre espace personnel.

Un centre de santé conventionné est un centre de santé qui a signé l'avenant n° 4 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les gestionnaires des centres de santé et l'assurance maladie.

J'exerce à plus de 50 % en tant qu'hospitalier ou autre salarié...

Consultez les programmes de DPC disponibles : [/ogdpc/programmes](#) et rapprochez-vous de votre employeur et éventuellement de l'organisme dispensant le programme choisi pour vous inscrire.

Qui dispense les programmes de DPC me permettant de valider mon obligation annuelle ?

Les programmes de DPC sont dispensés par des organismes de formation appelés « organismes de DPC ».

Ces organismes de DPC peuvent être des associations, des entreprises, des universités, des établissements de santé. Ils sont enregistrés par l'OGDPC et évalués favorablement par la Commission Scientifique représentant votre profession.

Si un organisme propose un programme DPC, vérifiez que celui-ci est bien habilité : [/ogdpc/organismes](#)

Comment savoir si le programme que j'ai suivi me permet de remplir mon obligation annuelle de DPC ?

Pour savoir si votre programme de DPC vous permet de remplir votre obligation annuelle de DPC, ce dernier doit obligatoirement figurer dans notre moteur de recherche disponible sur www.mondpc.fr et www.ogdpc.fr.

Mes points FMC / FCC / FPC sont-ils toujours valables ? Où suivre une formation FMC / FCC / FPC ?

Le DPC remplace l'ensemble des anciens dispositifs de formation professionnelle (FMC, FCC, FPC, ...). Le système de points a donc laissé sa place à l'obligation annuelle de DPC.

Quand puis-je percevoir mon indemnisation OGDPC ?

Vous pouvez percevoir votre indemnisation OGDPC*, si votre solde le permet, à condition :

- d'être au préalable inscrit à votre programme de DPC sur www.mondpc.fr ;
- d'avoir suivi l'intégralité de votre programme de DPC ;
- que l'organisme de DPC dispensant le programme de DPC ait envoyé à l'OGDPC les pièces justificatives nécessaires (factures, feuilles d'émargements, ...)
- d'avoir renseigné vos coordonnées bancaires ou celles de votre centre de santé conventionné sur votre compte personnel : www.mondpc.fr

*** L'indemnisation OGDPC concerne les professionnels de santé exerçant à au moins 50 % en mode libéral ou en centre de santé conventionné.**

Est-il possible de participer à plusieurs programmes de DPC, la même année, et d'être indemnisé ?

Si vous exercez à au moins 50 % en mode libéral* ou salarié exerçant en centre de santé conventionné...

Vous pouvez participer à plusieurs programmes de DPC par an et être indemnisé pour ces derniers si le montant de votre forfait annuel le permet.

Si vous exercez à plus de 50 % en tant qu'hospitalier ou autre salarié.

Votre DPC est pris en charge directement par votre employeur ou par le biais de l'OPCA auquel il cotise.

Ai-je la possibilité de reporter mon forfait de DPC d'une année à l'autre ?

Chaque forfait de DPC est défini annuellement. Le montant disponible l'année N ne peut pas être reporté pour suivre un programme débutant l'année N+1 (cas particulier, voir question ci-après).

Qui me donne mon attestation de participation à un programme de DPC et quand ?

Votre attestation de participation à un programme de DPC vous est remise en fin de programme, par l'organisme de DPC le dispensant.

A quoi me sert l'attestation de participation remise en fin de programme de DPC ? Que dois-je en faire ?

L'attestation de participation remise en fin de programme vous permet de justifier votre participation à un programme de DPC et par conséquent votre obligation annuelle en cas de contrôle. Conservez-la précieusement.

Je n'ai participé à aucun programme de DPC en 2013, qu'est-ce que je risque ?

En tant que professionnel de santé, vous devez participer à un programme de DPC par an. Si vous ne remplissez pas votre obligation annuelle de DPC, votre instance de contrôle vous proposera, à terme, un plan annuel de DPC personnalisé. Le non suivi de ce plan personnalisé peut constituer un cas d'insuffisance professionnelle.

Qui va contrôler le respect de mon obligation de DPC ?

Le contrôle du respect de votre obligation de DPC s'effectue par le Conseil de l'Ordre.

Pour créer votre compte sur mondpc, pensez à vous munir au préalable :

- d'une adresse électronique ;
- de votre N°RPPS ou N° Adeli et/ou N° de carte CPS ;
- des copies dématérialisées de votre Carte CPS et votre RIB (scan, pdf, etc.).

Si un professionnel de santé fait partie d'un groupe local de FMC, indépendant, pluridisciplinaire, qui fonctionne depuis longtemps. Il se réunit 1 soirée/ mois en trois temps : un ou deux cas cliniques sont présentés par des participants et analysés en groupe. Un participant fait le point sur les dernières données scientifiques sur un thème retenu à la soirée précédente. Un participant fait une revue de presse du mois. Est-ce du DPC ? Et sinon, que faut-il modifier ? Comment le faire prendre en compte au titre du DPC ?

La participation à un tel groupe vaut DPC, puisque sont retrouvées, autour d'échanges entre professionnels, les deux activités de base d'un programme de DPC, l'activité d'acquisition/actualisation des connaissances/compétences d'une part (recherche de données scientifiques suite à une analyse de cas, pour répondre aux questions des participants et permettre une amélioration des pratiques et revue de presse) et l'activité d'analyse des pratiques autour de cas/dossiers cliniques. Le groupe décrit est apparenté à des groupes organisés le plus souvent autour d'activités ambulatoires, type groupe d'analyse de pratiques entre professionnels (GAPP), qui sont divers et variés, mono ou pluridisciplinaires/pluriprofessionnels. Ils peuvent aussi se développer dans un cadre ville/hôpital.

Il faut bien sûr :

- que le thème des réunions réponde à une orientation nationale ou régionale ;
- que les travaux du groupe s'appuient sur des données scientifiques valides et actualisées ;
- que **les auteurs et experts** soient connus, leur expertise annoncée et qu'ils aient déclaré leurs liens d'intérêts ;
- que **le financement** des actions de DPC du groupe respecte le cahier des charges de l'OGDPC ;
- que **les supports** ne comportent aucune promotion et répondent à des critères de qualité ;
- que la confidentialité soit respectée au sein du groupe, tant pour le secret professionnel (anonymisation des cas présentés) que pour ce qui concerne la pratique professionnelle des participants.

Mais, pour faire prendre en compte la participation du professionnel à ce groupe au titre du DPC, le groupe doit être soit enregistré à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) comme organisme de DPC (**ODPC**), soit que ce groupe se rapproche et/ou fasse partie d'un ODPC plus important associant plusieurs groupes. Dès lors que cet ODPC sera enregistré puis évalué favorablement par la commission scientifique indépendante (CSI), il devra déposer son programme sur le site de l'**OGDPC**. Le professionnel, s'il est libéral, s'inscrira sur « **mondpc** ».

Si un professionnel de santé fait partie d'un staff à l'hôpital ou d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ? Est-ce du DPC ? Sinon, que faut-il modifier ? Comment le faire prendre en compte au titre du DPC ?

Les staffs et les RCP en établissements de santé peuvent être rapprochés des GAPP ambulatoires et, à ce titre, la participation doit vous permettre de valider le DPC.

Soit, l'analyse de cas/dossiers faite est complétée le plus souvent, directement par une activité intégrée, explicite, d'acquisition /actualisation des connaissances/compétences, en lien direct avec les cas étudiés ; un suivi est mis en place concernant ce dossier et/ou des dossiers similaires. Dans ce cas, la participation du professionnel lui permettra de valider son DPC. Le programme de DPC devra être bien sûr porté par un ODPC (l'établissement par exemple...).

Soit, l'analyse des cas/dossiers est complétée par une activité, explicite, d'acquisition /actualisation des connaissances/compétences, externalisée, pas toujours en lien avec les cas étudiés. Cette activité peut être la participation à une partie d'un congrès, colloque, DU, DIU, séminaire... Dans ce cas, un seul ODPC, qui passera des partenariats avec d'autres organismes, devra présenter un programme associant les deux activités. Bien sûr les deux activités doivent répondre aux attendus méthodologiques évoqués précédemment.

Si un professionnel de santé fait partie d'une association de formation continue et a l'habitude de participer aux programmes de formation qu'elle propose. Comment s'assurer que, maintenant, les programmes qu'elle va proposer, permettent de valider son DPC ?

Il faudra s'assurer que :

- l'association de formation continue est enregistrée auprès de l'OGDPC elle-même ou par l'intermédiaire d'un organisme fédérateur ;
- les programmes qui sont proposés correspondent aux méthodes et modalités validées par la HAS avec une activité d'analyse des pratiques et une activité de formation, toutes deux explicites
- que les thèmes des programmes correspondent à une orientation nationale ou régionale.

Si un professionnel de santé fait partie régulièrement de groupes d'évaluation des pratiques dans le cadre de la certification. Que faire en plus pour valider son DPC et comment ?

Le travail d'analyse des pratiques réalisé pour la certification (audit, pertinence, chemin clinique/analyse de processus, staff, RCP, revue de morbi-mortalité (RMM), registres, indicateurs...) doit être pris en compte pour le DPC.

Pour valider le DPC, les conditions sont les mêmes que celles énoncées pour staff et RPC et doivent être complétées par une activité cognitive (formation), réalisée soit par l'établissement lui-même soit par un organisme prestataire qui peut être universitaire.

Le développement professionnel continu (DPC) et la certification des établissements de santé constituent deux dispositifs ayant une finalité commune : promouvoir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le DPC concernant l'ensemble des professionnels de santé constitue un levier pour la certification et inversement la certification constitue une opportunité pour mobiliser les équipes et les professionnels dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans lequel les programmes de DPC peuvent s'inscrire.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement inclut toutes les démarches d'amélioration qu'il s'agisse des programmes de DPC, des activités de gestion des risques, d'évaluation des pratiques, ou de formation.

Le DPC est intégré dans la certification via deux points d'entrée :

- la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le management des emplois et des compétences.

Si un professionnel de santé va tous les ans au congrès/séminaire national de la société savante de sa spécialité/profession. Est-ce un bon moyen pour valider son DPC ?

La participation à une session de formation d'un congrès peut être reconnue comme la partie cognitive d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances d'un programme de DPC à condition :

- d'identifier tout ou partie du congrès qui répond aux exigences énoncées concernant cette activité d'acquisition/actualisation des connaissances-compétences ;
- de faire partie d'un programme proposé par un organisme enregistré et évalué positivement auprès de l'OGDPC lui-même ou par l'intermédiaire d'un organisme déléguant enregistré et évalué positivement auprès de l'OGDPC ;
- d'être complétée, soit dans la continuité du congrès, soit de façon externalisée, par une activité d'analyse des pratiques répondant aux méthodes et modalités de la HAS avec une activité d'analyse des pratiques et une activité de formation, toutes deux explicites ;
- que les thèmes des programmes correspondent à une orientation nationale ou régionale.

Si tous les trimestres des professionnels de santé se réunissent pour discuter de leurs problèmes de prise en charge de leurs patients, de l'actualité et des nouvelles publications ou recommandations. Le groupe comporte différents professionnels de santé de villes proches.

Ils ne sont rattachés à aucun groupe régional ou national. Est-ce du DPC ? Sinon, que faut-il modifier ?

Les réflexions et analyses pluriprofessionnelles, à partir de cas/situations cliniques, problèmes rencontrés, événements indésirables... dans un territoire commun, sont une bonne entrée dans le DPC et un bon levier pour améliorer la prise en charge des patients et la qualité et la sécurité des soins ; d'autant que cette activité permet la mise en place d'un exercice coordonné et protocolé qui prend en compte l'ensemble des professionnels.

Bien sûr, il faut formaliser cette activité et la tracer en faisant apparaître de manière explicite les deux types d'activités.

Les PS devront :

- enregistrer leur association auprès de l'OGDPC, par elle-même ou par l'intermédiaire d'un organisme fédérateur ;
- préciser des programmes correspondant aux méthodes et modalités de la HAS, avec une activité d'analyse des pratiques et une activité de formation, toutes deux explicites ;
- respecter les thèmes des programmes correspondant à une orientation nationale ou régionale.

Si un professionnel de santé a l'habitude de participer à des formations dans le cadre conventionnel. Est-ce que cela va continuer ? Pourra-t-il ainsi valider son DPC ?

Oui, il sera possible de valider son DPC en continuant à participer à des programmes proposés par les organismes habituels, dès lors que leurs programmes comprendront en plus une activité d'analyse des pratiques et que ces ODPC enregistrés auront été évalués favorablement par une ou des CSI.

Si un professionnel de santé est isolé, en campagne par exemple, et ne peut facilement se déplacer pour des formations et soirées éloignées. Il est abonné à des revues, consulte régulièrement les recommandations (HAS, ASM...) sur internet. Il participe à des programmes de formation par internet. Est-ce suffisant pour valider son DPC ? Comment faire reconnaître le travail individuel que fait le PS chez lui ?

L'organisation du DPC doit tenir compte des spécificités d'exercice, de la culture, de l'existant et de la faisabilité et accessibilité pour le professionnel. Des organismes de DPC proposeront des programmes, soit directement vers le PS, soit via le site de l'OGDPC, qui devraient prendre en compte ces éléments et le travail individuel du PS, par la voie notamment de l'e-learning. Ces programmes devront répondre aux conditions générales de validation du DPC.

Toutefois, des temps d'échanges entre professionnels doivent être privilégiés, soit physiquement (de préférence), soit de manière virtuelle.

La participation à des formations continues classiques (formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV), journée de formation, formation en soirée, etc.) permet-elle de valider le DPC ?

Largement répandues, les formations présentielles rentrent dans le cadre du DPC dès lors qu'elles sont complétées par une analyse des pratiques professionnelles. Cette analyse peut se mettre en place sous plusieurs formes :

- en participant à des revues de morbidité mortalité (RMM), réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), staff médico-soignants, audits cliniques, suivi d'indicateurs...
- en faisant une autoévaluation de ses pratiques sur un thème donné en lien direct avec la formation (exemples : un audit clinique de pratique, une analyse et un suivi d'indicateurs, etc.). L'organisme de formation propose ces autoévaluations avant ou après la formation.

La participation à une formation diplômante permet-elle de faire du DPC ? L'exemple des diplômes universitaires (DU).

C'est une des voix pour réaliser son DPC. Deux catégories de DU seront proposées :

- les DU validés par les commissions scientifiques permettant de valider complètement le DPC des professionnels. Une liste des DU validés par les commissions scientifiques sera publiée.
- Les autres DU non inscrits sur cette liste pourront être pris en compte à condition qu'ils soient portés par un organisme de DPC, qu'ils correspondent à une orientation nationale ou régionale et qu'ils soient complétés par une activité d'analyse des pratiques.

La réalisation d'un bilan de compétence entre-t-il dans le cadre du DPC ?

Ils sont pris en compte dans le cadre du DPC. Ils permettent de faire un bilan sur son propre parcours professionnel en vue de prendre, le cas échéant, une nouvelle orientation professionnelle. Ils permettent donc d'analyser ses propres pratiques et débouchent en général sur une formation (ou autre activité d'acquisition ou de perfectionnement des compétences). Les organismes de DPC pourront ainsi proposer des programmes de DPC intégrant des bilans de compétences couplés à une formation par exemple.

Le professionnel de santé doit-il faire dans la même année les 2 activités (formation et analyse de ses pratiques) ?

La participation à ces 2 activités peut s'étendre sur plusieurs années dans le cadre d'un programme de DPC pluriannuel. Par exemple, il est possible de suivre une formation l'année 1 et de réaliser une analyse des pratiques l'année 2 (ou inversement). Mais si le programme est annuel, ces 2 activités doivent être réalisées dans l'année.

Thierry Delcourt

CSMF

Les présidents de la CSMF et de l'U.ME.SPE ont été élus à une large majorité, ce qui donne, respectivement, à Jean-Paul Ortiz et à Patrick Gasser une légitimité incontestable; cependant, la composition des deux bureaux montre la volonté d'une continuité que l'un et l'autre revendiquent sans ambiguïté. Il devrait donc s'agir d'un nouvel élan plus que d'une remise en cause des options antérieures. Ainsi, le CAS (contrat d'accès aux soins) demeure une option à renforcer ; les discussions concernant les avenants se poursuivent. Nous prenons acte des déclarations des deux

présidents concernant l'importance d'une revalorisation des spécialités cliniques, et de l'aide spécifique à leur apporter. Lors de la dernière Assemblée Générale du SNPP la motion permettant d'engager des négociations en vu d'un retour à l'U.ME.SPE a été votée avec une large majorité; les contacts pris entre les présidents, Patrice Charbit d'un coté Jean-Paul Ortiz de l'autre, permettent de constater que ce travail, qui demandera sûrement du temps, se trouve déjà engagé.

Claude Gernez

CASP

Le CASP (Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie) continue ses travaux, notamment en soutenant une nouvelle classification en psychiatrie adulte inspirée de l'élaboration de R. Mises pour les enfants et les adolescents. Elle est pour l'heure soumise aux syndicats professionnels et sociétés savantes avant d'être présentée publiquement.

Le CASP prépare une synthèse des textes rédigés par les différents syndicats à la suite du rapport établi par le sénateur Robiliard. Une loi de santé publique avec un volet concernant la psychiatrie, qui devrait s'en inspirer, est en préparation pour 2015. Une base de discussion commune sera ainsi à disposition pour étoffer les consultations ministérielles qui sont semblables prévues.

L'Assemblée Générale du CASP a donné quitus aux rapports moraux et financiers présentés par le Bureau démissionnaire et a procédé à l'élection du nouveau Bureau qui est constitué comme suit :

Président : Dr Charbit

Vice-présidents : Dr Cozic, Dr Vaisserman

Secrétaire Général : Dr Jean-françois

Trésorier : Dr Boitard

Trésorier-adjoint : Dr Salbreux.

Patrice Charbit

Accessibilité aux personnes handicapés : nouvelles normes !

Au 1^{er} janvier 2015, tous les cabinets de psychiatres devront permettre l'accès aux personnes handicapées, sous peine d'amende (théoriquement jusqu'à 75 000 € !) voire de prison (jusqu'à 5 ans) pour « discrimination en raison du handicap de la personne ».

Des dérogations sont possibles, et le SNPP réagit.

D'ores et déjà, notre première consigne syndicale sur la question : « ne rien faire avant septembre, et se tenir prêt à monter un dossier avant décembre 2014, et rester attentifs à notre newsletter durant cette période ».

Explications :

Le code pénal met en place une protection contre la « discrimination des personnes physiques à raison de leur handicap ». Refuser une consultation à quelqu'un parce que vos locaux ne sont pas adaptés constituera dès le 1^{er} janvier 2015 un délit, vous exposant à un procès, et 75 000 € et 5 ans d'emprisonnement.

Nos cabinets médicaux entrent dans la catégorie des « ERP » (Etablissement recevant du public) de 5^e catégorie (moins de 300 personnes accueillies). Dès lors, les cabinets doivent permettre accessibles dans « au moins une partie de l'établissement ».

Quelles sont les normes à mettre en place dans « au moins une partie de l'établissement ainsi qu'à l'entrée et au cheminement vers cette partie » :

- Stationnement : des places réservées pour les voitures avec des dimensions précises (largueur, panneau de signalisation, trottoir abaissé, etc.). Le plus souvent, une simple demande à la mairie qui doit se mettre en conformité.
- Cheminement : depuis la rue jusqu'à votre local, un fauteuil roulant doit pouvoir croiser un piéton. 1m40 de large est la norme. 90 cm est la limite tolérable dans certains cas. Si votre couloir fait 80 cm, il faudra l'élargir ! ou demander une dérogation à argumenter. Il ne doit pas non plus y avoir de trop forte pente (5 % en règle générale, ou sur de courtes distances par exemple 12 % maximum sur 50 cm le long).
Le cheminement depuis l'extérieur doit même éviter les glissades, les éblouissements, etc.
- Entrée, accueil, salle d'attente, salle de soin : l'accès doit être « aisé » partout. Pour un fauteuil roulant, pour un déficient visuel, etc. donc le comptoir d'accueil doit comporter une partie de hauteur inférieure à 80 cm, les signalisations (de sortie en particulier) doivent avoir un éclairage suffisant (mesuré en lux !), etc.
- Sanitaires : au moins un sanitaire avec des contraintes précises : porte de 90 cm de large au moins, une surface de 1,30 m x 0,80 m hors débatement de porte, un lave-main à moins de 85 cm de haut, une cuvette située entre 45 et 50 cm du sol, etc.

- Portes : au moins 77 cm de largeur de passage, avec un espace de manœuvre également chiffré... avec une porte pas trop dure à ouvrir (force nécessaire inférieure à 5 kg), sans poignée ronde...
- Escalier : la hauteur et profondeur des marches, ainsi que la largeur de l'escalier, et les mains courantes, sont aussi chiffrées, jusqu'à la forme de la main courante, les couleurs contrastées des contremarches et des nez de marche... IL N'Y A PAS D'OBLIGATION D'INSTALLER UN ASCENSEUR.
- Eclairage et signalétique : une lumière d'au moins 100 lux pour la circulation intérieure, au moins 200 au poste d'accueil, sans effet d'éblouissement, des panneaux écrits suffisamment gros.
- Contraste des couleurs : « une personne handicapée mentale risque d'être paniquée dans un local uniformément de la même couleur » (sic !), et il faut donc que les interrupteur, les encadrements de porte, les poignées, soient d'une couleur qui contraste avec le mur. On apprend ainsi que le rouge contraste avec le beige, le blanc ou le jaune, mais pas avec le gris, le noir, le brun, le rose, le violet, le vert, l'orange, le bleu ! Un tableau de pourcentage de contraste des couleurs est mis à notre disposition !
- Accueil des chiens guides obligatoire à l'accueil et salle d'attente, pas dans l'espace de soins.

QUI EST CONCERNÉ :

- Toute création d'un nouveau cabinet doit se faire aux normes !, et tout ERP créé depuis 2007 aussi.
- **Les cabinets situés dans un local mixte partiellement utilisé pour l'habitation familiale ne sont a priori pas concernés par ces normes, sous certaines conditions** (notamment ne pas avoir demandé à être reconnu comme un ERP dans le passé).
- Pour les ERP créés avant 2007, la mise en conformité doit se faire avant le 1^{er} janvier 2015 MAIS :
 - Le gouvernement prévoit de mettre en place un délai de 3 ans pour se mettre en conformité, À CONDITION de déposer une demande complète avant le 31 décembre 2014, dont les modalités devraient être fixées cet été.
 - Tous travaux (y compris modification de l'agencement intérieur) doit d'abord nécessiter une « autorisation de travaux » à déposer à la mairie sur formulaire cerfa ad hoc.
 - Des dérogations sont prévues pour :
 - Impossibilité technique liée à l'environnement ou la structure du bâtiment.

- Préservation du patrimoine architectural.
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences, c'est-à-dire que les travaux à faire risquent d'entraîner un déménagement de l'activité, ou une réduction de son intérêt économique... ou encore si l'espace à consacrer aux sanitaires, couloirs, portes et autres finit par réduire excessivement l'espace du cabinet en lui-même.

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE :

Le ministère de la santé a publié un document de référence sur toutes ces normes et les modalités d'application : « les locaux professionnels de santé : réussir d'accessibilité ». La version pdf est disponible en ligne : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Reussir_accessibilite.pdf (ou en tapant « réussir accessibilité » dans google), et très bientôt sur le site web de l'AFPEP – SNPP.

CONCLUSION :

Les ERP ne concernent pas spécifiquement les cabinets de psychiatres, mais tous les médecins, toutes les professions libérales quasiment.

Le nombre d'établissement qui doivent se mettre aux normes est donc largement supérieur aux capacités de traitement des administrations.

Cet aspect rend illusoire une réponse isolée du SNPP, et a participé à relancer en Assemblée Générale de l'AFPEP – SNPP l'idée d'un rapprochement de la CSMF, centrale syndicale dont le poids plus important pourrait permettre de mieux se faire entendre.

Le gouvernement doit donc s'adapter, mais sous la pression également des associations d'handicapés, qui manifestent, pétitionnent, etc.

Rien n'est donc joué, et de nombreux changements auront inévitablement lieu avant le 1^{er} janvier 2015, au minimum un délai supplémentaire.

Il est donc urgent de ne rien faire, mais de se tenir prêt à faire des demandes de délai dans les temps impartis (sous peine de 3 000 € d'amende si le dossier n'est pas déposé).

Élie Winter

MOT D'ORDRE SYNDICAL : ne rien faire mais guetter les informations du SNPP dans la newsletter « Caractères » (inscription via info@afpep-snpp.org).

Communiqué de presse des organisations syndicales de psychiatres et des sociétés savantes de psychiatrie à propos de la recommandation temporaire d'utilisation accordée au baclofène

L'Agence de sécurité sanitaire et du médicament (ANSM) a publié le 14 mars 2014 une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour le baclofène dans l'addiction à l'alcool ou en vue de la réduction majeure d'une consommation excessive d'alcool. C'est une nouvelle possibilité thérapeutique dont l'utilisation est ainsi reconnue et facilitée, à côté de la prise en charge psychologique et psychothérapeutique qui demeure le plus souvent nécessaire pour les patients atteints de ces troubles.

Nous rappelons que les addictions sont des troubles mentaux relevant donc de la psychiatrie et que les médecins généralistes sont en première ligne pour traiter les patients qui en sont atteints. Nous rappelons aussi que l'addictologie n'est pas une spécialité médicale reconnue par l'ordre des médecins.

Nous nous permettons d'attirer l'attention sur les modalités complexes de cette RTU, notamment en ce qui concerne les avis requis. Pour les doses supérieures à 180 mg, il nous paraît restrictif de limiter cet avis, qui serait obligatoire et collégial, aux CSAPA et aux services hospitaliers spécialisés en alcoologie (sur quels critères ?), dans la mesure où le baclofène est un médicament psychotrope que les psychiatres ont la capacité de prescrire par eux-mêmes. En revanche, si le prescripteur le souhaite, en cas de prescription de doses supérieures à 180 mg, ou même avant, un autre avis peut être demandé à des médecins plus expérimentés, le prescripteur étant capable de décider si cet avis lui est nécessaire et de choisir à qui le demander. L'avis requis lorsque le seuil de 120 mg est dépassé nous paraît inutile.

Nous relevons aussi dans les contre-indications une «co-morbidité psychiatrique (psychose, notamment schizophrénie, psychose maniaco-dépressive et dépression d'intensité sévère)». Si ces contre-indications de précaution paraissent justifiées pour des non-spécialistes, elles ne le sont plus lorsque le prescripteur est un psychiatre, capable d'apprécier l'équilibre bénéfice/risque. L'expérience montre que les patients pour lesquels l'ANSM contre-indique le baclofène y sont sensibles, et que ce traitement, malgré les effets secondaires psychiques qu'il peut entraîner, peut leur être fort utile, à condition que toutes les précautions d'utilisation soient observées et qu'une prise en charge étroite par un spécialiste en psychiatrie soit assurée. En l'état, il s'agirait, pour des cas graves, d'une perte de chance apparaissant comme une discrimination vis-à-vis de la maladie mentale.

Nous demandons que la RTU soit modifiée sur ces deux points, car sinon elle risque de ne pas répondre à des conditions de mise en œuvre optimales pour l'ensemble des patients susceptibles d'en bénéficier, ou plus simplement, de ne pas être appliquée.

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP)

Syndicat national des psychiatres privés (SNPP)

Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)

Syndicat des psychiatres français (SPF)

Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)

Syndicat des psychiatres salariés de la Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (SP CFE-CGC)

Syndicat universitaire de psychiatrie (SUP)

Union syndicale de la psychiatrie (USP)

Lettre ouverte à la Ministre de la Santé

Madame la Ministre,

Le récent rapport Robiliard a le mérite d'évoquer l'extraordinaire richesse et diversité de la psychiatrie française. Ses propositions vont toutes dans le sens du développement et du soutien de cet élan. Une loi de santé publique doit commencer à se discuter en avril prochain et s'inspirer de ses recommandations.

A lire ce rapport, nous ne pouvons que saluer une telle initiative. Les psychiatres sont bien placés pour assurer qu'il importe d'écouter les différents acteurs d'une discipline et prendre en compte l'avis des « gens de terrain » comme cela a été fait.

Cependant, les psychiatres savent également que l'écoute n'est qu'un préalable et qu'il s'agit dès lors de prendre position, en connaissance de cause. L'Histoire nous apprend que le rôle de l'État a toujours été prépondérant non seulement dans l'orientation des politiques de soins mais également dans leur conception même. De la révolution française à la monarchie de juillet, de Gambetta à Pétain, des principes issus de la résistance à la prépondérance du « marché », les autorités ont toujours dicté les termes de l'organisation des soins en fonction de leur philosophie politique. Cela a fait dire à certains auteurs que l'on pouvait jauger une société à la manière dont elle traitait ses malades mentaux. L'expérience va dans ce sens. Les deux siècles qui viennent de s'écouler montrent qu'un traitement psychiatrique en dit souvent plus sur ceux qui le prescrivent que sur le malade lui-même.

Ainsi, il importe, fort de cette pratique, de ne pas s'enfermer dans des idéologies trop restrictives. Une norme n'a de sens que si elle contient l'élasticité qui permettra l'advenue de celle qui lui succédera. Ne pas avoir la prétention d'une norme trop rigide est le gage de la prudence la plus requise en psychiatrie.

Ainsi il convient de se méfier d'affirmations trop hâtives et, à l'examen du rapport, certaines questions restent, pour le moins, ouvertes. Le terrain génétique et les facteurs environnementaux, en l'absence de marqueurs décelables, ne sont-ils pas qu'une hypothèse même si le rapport Robiliard affirme pourtant qu'ils sont à l'origine des troubles mentaux ? Une organisation des soins ne peut reposer sur des vœux pieux. Le constat d'handicap psychique n'est-il pas prononcé trop tôt si on veut laisser une chance aux soins de se déployer et le temps, dans une psychose décompensée, est-il celui de la performance contemporaine ? Les soins

sans consentement en ambulatoire ont-ils fait leurs preuves et ne sont-ils pas hautement discutables dans leur principe ? La dangerosité n'est pas inhérente à la maladie mentale et dès lors les pratiques de contention et d'isolement ne sont-elles pas souvent le signe d'un dysfonctionnement d'une organisation des soins ?

Concernant la psychiatrie privée, nous ne pouvons qu'exprimer une profonde inquiétude. Notre système de soins en psychiatrie ne tient qu'à son engagement. Or, nos effectifs vont baisser de 40 % d'ici 2020, soit dans 6 ans.

Le rapport Robiliard, conscient de cette échéance, propose pour pallier à ce marasme la suppléance de médecins généralistes, de psychologues et d'infirmiers. Or les choses étant ce qu'elles sont, il est impossible de demander davantage aux médecins généralistes qui sont déjà débordés, cela éliminera les psychiatres du champ du soin, qui est leur compétence première, et les confinerà à un rôle d'expert, ce qu'ils refuseront, le système confiant les patients aux psychologues et infirmiers n'existe pas et ne pourra s'installer sans une révolution des pratiques. La transition sera donc chaotique. Le rapport Robiliard aurait sans doute dû insister un peu plus sur le nécessaire aménagement du numerus clausus pour les psychiatres. Le cadre du soin en cabinet de ville est indispensable, les patients ne peuvent en être spoliés. L'exercice des psychiatres privés est une pierre angulaire, il préserve un espace au-delà des technicités et normes administratives aussi justifiées soient-elles.

Le rapport Robiliard insiste par ailleurs sur la nécessité de développer la recherche en psychiatrie. Nous ne pouvons qu'y souscrire. La recherche notamment qualitative mérite d'être plus investie. Il convient d'insister cependant sur la grande difficulté à organiser la recherche en dehors des circuits universitaires qui sont traversés par la seule tendance neurobiologique. Une diversité bien tempérée serait conforme à la nature des enjeux.

Le rapport Robiliard vous sera certainement une source d'inspiration précieuse. Il est le fruit d'un engagement qu'il convient de souligner. Nous ne pouvons taire nos points de désaccord surtout après la déconvenue du « plan autisme » et les recommandations de la HAS le concernant. Cela reste pour nous le contre-exemple paradigmatique de l'ingérence politique et du poids des lobbies. La concertation ouverte par Mr le député Denys Robiliard devrait permettre de l'éviter.

Madame la Ministre, vous êtes à l'aube de projets déterminants. Vous le constatez, les sujets de discussion ne manquent pas et la nature de votre dessein témoignera non seulement de votre souci de la psychiatrie en France mais également de la philosophie du soin d'une époque. A travers l'histoire, la conception de la maladie mentale s'est toujours révélée le symptôme d'une société. Il va sans dire que nous sommes à votre disposition pour vous apporter les gages de notre pratique.

Dans ces solennelles circonstances, nous vous formulons tous nos vœux de réussite et vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de notre haute considération.

Dr Patrice Charbit
Président de l'AFPEP – SNPP

Programme de recherche AFPEP

En 2013, dans le numéro 65 du BIPP, Michel et Olivier Marchand dialoguaient autour de la formation initiale en psychiatrie et de la recherche clinique. La préoccupation de l'AFPEP – SNPP était alors et reste de se maintenir comme acteur à part entière dans la formation des jeunes psychiatres et internes, et dans un travail de recherche fondé sur la clinique singulière, avec une visée qualitative plutôt que quantitative.

Nous poursuivons une élaboration afin de concrétiser une action de recherche dans laquelle nous ferons participer des thésards aux côtés des psychiatres cliniciens que nous sommes. Plusieurs sujets sont en discussion, et nous restons ouverts aux propositions des adhérents, sachant qu'une recherche qualitative permet un large éventail de questions possibles à traiter.

Exemple

- L'expérience, le savoir faire et la créativité du psychiatre
- Le premier entretien, la première rencontre avec le patient
- L'urgence en psychiatrie libérale...

La seule contrainte qui est imposée dans le cadre de cette recherche qualitative est de suivre une méthodologie rigoureuse, condition pour être opposable aux très nombreuses études quantitatives et ainsi accéder à une reconnaissance officielle de la valeur des études cliniques.

N'hésitez pas à nous faire part des sujets cliniques qu'il vous paraît important de faire reconnaître, eu égard à votre pratique quotidienne et au constat d'un fossé toujours plus grand entre celles-ci et ce qui nous est délivré comme message par l'université, l'HAS et l'industrie pharmaceutique.

Thierry Delcourt – Élie Winter – Michel Marchand

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

Le mot du rédacteur

Comme vous pouvez le constater, ce numéro du BIPP est volumineux, plus encore que les précédents déjà conséquents. À la rédaction, nous nous posons plutôt la question du « comment ne pas le rendre trop indigeste », en espérant que sa lecture vous intéresse toujours autant. La tâche du rédacteur en chef n'en est rendue que plus délicate et passionnante.

Ce numéro est riche d'une foule d'articles, de prises de position, de tribunes libres et d'informations qui témoignent de l'activité très intense au sein de l'AFPEP – SNPP, ainsi qu'avec nos associations annexes, l'ODPC – PP, l'ODPC – PsySM, et partenaires : FFP, CASP, CNPP... (vous trouverez au fil des pages l'explication détaillée de ces sigles barbares). Nous sommes sur tous les fronts : défense syndicale, respect des fondamentaux d'une psychiatrie humaine, prises de position face aux lois promulguées ou en voie de promulgation, rapport de l'Assemblée Nationale, dit Robiliard, sur la psychiatrie, veille scientifique, formation et DPC, recherche en psychiatrie, actions régionales, nationales et internationales...

C'est pourquoi vous trouverez également les comptes-rendus des Assemblées Générales : ceux de l'AFPEP – SNPP, de la FFP et de l'ODPC – PP. Ils sont instructifs et vous concernent directement. Donc, si j'ose un conseil, lisez-les attentivement !

Au moment de mettre sous presse, nous recevons le « référentiel du métier de psychiatre ». Malheureusement, nous n'avons plus assez de place dans les colonnes de ce numéro pour y faire figurer l'excellent et volumineux (26 plus 9 pages) travail de la FFP coordonné par notre président d'honneur et président de la FFP, Jean-Jacques Laboutière. Ce référentiel du métier de psychiatre trace habilement les lignes de force actuelles de notre métier et en rappelle les fondamentaux.

Il figurera dans notre prochain numéro, mais en attendant, nous allons le diffuser dans notre newsletter *Caractères*, la Newsletter de l'AFPEP – SNPP à laquelle vous pouvez vous inscrire en envoyant un email à : newsletter-afpep-snpp-subscribe@afpep-snpp.fr

N'hésitez pas à contacter notre secrétariat info@afpep-snpp.org afin d'y déposer votre adresse mail et recevoir régulièrement la newsletter qui complète au jour le jour d'une actualité intense, la parution des 2 numéros annuels du BIPP.

Très prochainement, nous mettrons à votre disposition un tout nouveau site Internet, en voie de conception. Il permettra une navigation beaucoup plus facile, mais aussi un enrichissement des données et des actualités qui nous concernent tous. Bien entendu, les adhérents bénéficieront d'un accès plus large à toutes les données. Donc, pour cette raison, mais aussi pour toutes celles que le BIPP déroule au fil de ces pages, n'hésitez pas à adhérer à l'AFPEP – SNPP et à nous rejoindre dans nos actions.

Si nous prenons tant de soin à vous informer du détail de notre travail, c'est aussi pour vous inviter à vous engager auprès de nous sur les sujets qui vous concernent directement. Par ces temps de crise, voire de déploration, et de tendance au désengagement politique, il serait risqué de tomber dans un aquoibonisme et un découragement face aux contraintes de la norme et aux pressions administratives de tous ordres.

Bonne lecture, et venez nous rejoindre dans une ambiance chaleureuse, une capacité de combat et une qualité d'échange qui constituent la marque de fabrique de l'AFPEP – SNPP.

Thierry Delcourt

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

Le travail de l'AFPEP-SNPP à la FFP

Cette année encore, l'AFPEP – SNPP a participé aux travaux de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) qui réunit les associations scientifiques et les syndicats de psychiatres.

L'actuel président de la FFP, Jean-Jacques Laboutière, est par ailleurs président d'honneur de l'AFPEP – SNPP. Nous avons été présents dans plusieurs groupes de travail de la FFP, en particulier sur le « référentiel métier ».

Vous trouverez ci-après le rapport d'activité de la FFP, qui se veut synthétique mais aborde néanmoins l'essentiel. N'hésitez pas à nous contacter pour plus d'information sur un point en particulier qui vous intéresse, par email à info@afpep-snpp.org

Rapport d'activité

1) La vie de la Fédération

L'année 2013 est la 1^{ère} année de fonctionnement du Bureau présidé par Jean-Jacques Laboutière, élu en mars 2013 pour 2 ans ; ce bureau est à renouveler dans un an. La présidence associe trois Présidents, notre Président actuel Jean-Jacques Laboutière, la Past-Présidente Nicole Garret-Gloanec ainsi que Gérard Schmit qui est Président élu.

La FFP-CNPP a été active durant l'exercice 2013, non seulement dans le domaine scientifique, mais aussi dans les questions d'organisation professionnelle.

Le Bureau s'est réuni chaque mois avec son Président et a soutenu son activité par des échanges de correspondance mail réguliers. Il bénéficie d'une participation élargie au-delà des présidents de collègues, comme cela avait déjà été proposé depuis la présidence de Gérard Schmit. Ce bureau (24 membres) associe maintenant des représentants d'associations scientifiques et d'organisations syndicales. Cette configuration enrichit et dynamise les discussions et ce rapport est l'occasion de remercier chacun de sa disponibilité et de ses contributions.

Le Conseil d'Administration s'est réuni 4 fois, dont un CA thématique portant sur le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques.

Bilan des adhésions : le Collège de Psychiatrie, Ecole pour l'Enseignement et la Recherche, présidé par Jean Garrabé, a adhéré en 2013, ce qui porte à 36 le nombre d'associations adhérentes à la FFP-CNPP, répartie en 28 associations membres, 6 affiliées, 1 partenaire, 1 correspondante, auxquelles s'ajoutent 6 syndicats. Nous avons donc 42 organismes adhérents à la FFP-CNPP.

Les Statuts n'ont pas eu à être modifiés durant cet exercice.

Le personnel de la FFP-CNPP comporte toujours : Nathalie Dufour secrétaire, que nous apprécions tous pour sa vigilance et sa disponibilité.

Monique Thurin assure les activités de publication et de documentation et le suivi méthodologique du réseau de RPPP. Elle est secrétaire de rédaction de la revue " Pour la recherche ". Sa collaboration est précieuse en outre pour la comptabilité et les demandes de subvention de la FFP-CNPP.

Sur le plan des locaux : après plusieurs années d'itinérance au gré des travaux menés par l'hôpital Sainte-Anne, les bureaux de la FFP-CNPP ont été relocalisés 26 Boulevard Brune 75014 PARIS, dans l'ancien IPP (Institut de Puériculture de Paris).

Ce lieu, mis à disposition moyennant un loyer par Sainte-Anne, reste provisoire, Sainte-Anne prévoyant des travaux en 2018 ; il impose à Nathalie Dufour des déplacements répétés entre l'IPP et Sainte-Anne où se poursuivent les réunions et l'acheminement du courrier puisque la FFP-CNPP conserve la même adresse postale.

Enfin signalons la présence régulière de Victor Royer, doctorant en anthropologie, qui prépare une thèse sur l'analyse anthropologique du monde de la psychiatrie.

2) L'activité scientifique

a) Référentiel métier de psychiatre

La rédaction du référentiel vient d'être achevée en janvier 2014. Il a été construit par Jean-Jacques Laboutière qui a conduit les travaux ; ce document très riche et passionnant pourra constituer un document de base précieux pour notre discipline ; c'est pourquoi nous le situons dans le cadre de l'activité scientifique, bien qu'il puisse aussi illustrer les travaux institutionnels de la FFP-CNPP.

4 groupes de travail ont été définis et se sont réunis sur les deux années qui viennent de s'écouler, portant respectivement sur :

- le tronc commun des compétences du psychiatre
- les compétences en fonction des pratiques
- les compétences complémentaires en fonction de publics particuliers
- les perspectives du métier de psychiatre

Il existait 2 documents antérieurs portant le nom de référentiel métier, l'un produit par Michel Patris pour le Conseil de l'Ordre et l'autre produit par le CNUP et orienté vers la formation des internes et les compétences à acquérir ; cependant le référentiel métier de la FFP-CNPP aborde le métier de psychiatre d'une manière plus approfondie, s'attachant à en décrire l'exercice et les spécificités. Nous allons en citer les principaux aspects : il situe le rôle du psychiatre dans un abord multi-référencé, conjuguant la démarche médicale incluant la pratique du diagnostic, l'abord psychopathologique et l'analyse contextuelle ; il souligne l'intrication des dimensions clinique et thérapeutique et le rapport particulier du psychiatre au diagnostic : en découle une certaine réserve des psychiatres à l'égard des recommandations qui supposent des capacités de changement identiques d'un patient à l'autre pour un même diagnostic. Il évoque le rapport particulier au champ social qui rend le métier moins lisible que d'autres spécialités médicales pour la société. Il aborde les compétences en fonction des pratiques selon le mode d'organisation des soins et selon les publics particuliers. Enfin il dresse des perspectives en fonction de l'évolution prévisible du système de soins, en particulier de la démographie médicale, ce qui conduit à l'intérêt d'un travail futur sur les collaborations professionnelles. Dans le domaine de la recherche, il fait le constat qu'elle porte surtout sur la psychopharmacologie ; il souhaite qu'elle se penche aussi sur les aspects herméneutiques, monographiques ou empiriques et que cette recherche s'intègre dans les activités des cliniciens.

b) Recherches :

Le collège Recherche, présidé par Jean Michel Thurin nous transmettra son travail dans un compte-rendu spécifique.

b1) Le Réseau de Recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques : a publié son 3^{ème} rapport d'étape pour le pôle autisme qui a fait l'objet d'un CA thématique en octobre 2013. Jean-Michel et Monique Thurin nous en dirons les avancées dans leur compte-rendu spécifique.

b2) Le projet de recherche intitulé "Evaluation clinique des pratiques intégratives dans les unités de soins infanto-juvéniles auprès d'enfants autistes typiques ou atypiques" a concouru à l'appel à projet des PREPS 2013 (projets de recherche et d'études sur les programmes de soins) ; il a été sélectionné en décembre 2013 et a reçu un financement DGOS. Il émane d'un travail débuté en 2012 par les trois sociétés savantes du collège de pédopsychiatrie (API, SFPEADA et SIP) et a bénéficié de l'appui méthodologique du collège Recherche avec Jean-Michel Thurin. Il a été remodelé en 2013, avec le service de recherche de Nantes, afin d'être applicable dans les unités de soins. C'est un grand soulagement d'avoir vu aboutir cette demande,

dans un contexte très polémique de controverses quant aux méthodes de traitement des enfants autistes, et après les recommandations HAS 2012 et le 3^{ème} plan autisme sorti en mai 2013, qui se sont accompagnés de la mise en cause ouverte des unités de soins infanto-juvéniles.

Le travail devrait débuter courant 2014 avec une vingtaine d'équipes qui seront formées à la méthodologie retenue et à ses outils d'évaluation et qui pourront commencer à inclure des enfants en fin 2014.

c) Recommandation de bonnes pratiques

c1) Recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie générale

Recommandation : "comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique"

A la suite du document produit par les 3 chefs de projet et coordonné par Marc Grohens, document constituant un argumentaire, Isabelle Secret-Bobolakis a repris l'écriture de l'ensemble afin de lui donner l'homogénéité suffisante ; elle l'a ensuite rédigé sous forme de recommandations. Ce travail touche donc à son terme grâce à l'intervention que s'est proposée de réaliser Isabelle Secret-Bobolakis et pourra prochainement être confié au groupe de lecture.

c2) Recommandations en psychiatrie infanto-juvénile

c-2-1 Recommandations sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge initiale des manifestations dépressives de l'adolescent à l'intention des médecins généralistes

François Bridier est le président du groupe de travail ; Louis Tandonnet est le chargé de projet assurant la rédaction de l'argumentaire. Du côté de la HAS, Emmanuel Nouyrigat a accompagné ce travail. Après intégration des remarques du groupe de lecture, le travail a été rendu le 15 octobre 2013, en veillant à utiliser le terme de manifestations dépressives aux côtés de la dépression caractérisée. La commission des recommandations de la HAS a alors donné un avis défavorable en demandant des modifications et une simplification des remarques théoriques qui soutiennent l'argumentaire. Il a été nécessaire que François Bridier mène des négociations avec Michel Laurence, en acceptant de reformuler et rendre plus accessible le texte, pour que celui-ci soit accepté. Un groupe restreint de 6 personnes, où Daniel Marcelli se montre très actif, se tiendra pour une dernière réunion le 17 mars, et le terme "manifestations dépressives" devrait finalement être accepté.

c-2-2 Recommandations : "conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation à l'intention des médecins de 1^{er} recours"

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 2014

Le docteur, Madame, Monsieur :

adresse :

tél. : portable :

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

règle sa cotisation A.F.P.E.P. - S.N.P.P. pour 2014 par chèque bancaire ou postal à l'ordre du **S.N.P.P.**

- 1^{re}, 2^e et 3^e année d'exercice **180 €**
 4^{ème} année d'exercice et au-delà : **360 €**
 Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : **125 €**
 Rétraité actif : **310 €**
 Psychiatre ayant cessé d'exercer : **215 €**
 Interne : **60 €**

règle l'abonnement exclusif – non-adhérent(e) à « PSYCHIATRIES » : **60 €**. 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*

feuilles détachables

Le mot du trésorier

Chers adhérents,

Je remercie toutes celles et ceux qui ont renouvelé leur cotisation à l'AFPEP – SNPP en 2014.

Le contexte démographique de notre profession n'est pas favorable à l'augmentation de nos adhérents, et votre fidélité nous est très précieuse.

Malheureusement le contexte politique, les atteintes constantes à notre mode d'exercice ne cessent d'augmenter, les missions de l'AFPEP – SNPP en sont donc multipliées. Nous sommes par ailleurs engagés dans de nombreux organismes nationaux et internationaux, pour soutenir une psychiatrie humaniste, proche des Fondamentaux de notre métier décrits dans un précédent BIPP.

Nos travaux pour préparer les Journées Nationales à Strasbourg illustreront cette conception du métier. Nous vous y attendons nombreux.

La création de l'ODPC PP pour assurer une formation de qualité et favoriser les échanges entre pairs, ainsi que l'impulsion donnée à une recherche qualitative, sont des projets d'avenir porteurs d'espoir. Tout cela, ainsi que la rénovation de notre site, nécessite des finances en équilibre.

Nous vous demandons de bien vouloir nous apporter votre soutien en nous adressant votre adhésion 2014.

Vous en remerciant par avance.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

Chers Collègues,

Nous avons fait le choix de créer un organisme de DPC Pour offrir des formations validantes originales par leur contenu. Vous êtes un soutien essentiel pour le pari que nous faisons.

Votre adhésion sera une aide précieuse pour ODPC – PP qui a signé avec l'AFPEP – SNPP une convention liant étroitement les deux associations afin de préserver la singularité des formations proposées depuis de nombreuses années par l'AFPEP.

Je vous remercie.

Michel Jurus

Trésorier

BULLETIN D'ADHESION

Dr :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Mail :

Ouvre l'accès à l'inscription pour une action DPC assurée par l'ODPC – PP, association émanant de l'AFPEP (*voir compte-rendu de l'AG ODPC – PP*).

Prochaines sessions de formation entrant dans le cadre du DPC :

- lors des Journées Nationales de Strasbourg, du 3 au 6 octobre 2014
- lors des sessions sur la prescription à Paris (8 novembre 2014),
Lyon et Bordeaux (dates en cours de fixation)

Cotisation : **35 euros**

Chèque libellé à Mr le Trésorier de l'ODPC – PP
et à adresser à **ODPC – PP, 141, rue de Charenton 75012 Paris.**

XLIII^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

EMPRISES

Quand ça pense pour moi !

2 – 3 et 4 octobre 2014 - Strasbourg

Figure de domination et de dépossession par l'autre, de privation d'une liberté de penser et d'agir, quel rapport l'emprise peut-elle entretenir avec nous et nos pratiques de psychiatres ?

Comment les processus d'emprise s'expriment-ils sur le plan psychopathologique : ceux de l'alcool, des drogues, de l'hallucination, du délire, des obsessions, de la compulsion de répétition, des phobies et de l'hystérie, mais aussi de la passion, du harcèlement moral ou sexuel, de la misère ?

Comment les emprises s'exercent-elles sur le psychiatre : les codes inscrits lors de sa formation, ses options théoriques, sa propre problématique, son identification au maître ou au groupe ?

Que dire de l'emprise en jeu dans la relation psychiatre-patient, laquelle, paradoxe, doit parfois en passer par là pour permettre au patient de se libérer d'autres emprises, y compris de celle de la folie ?

À cela s'ajoutent les normes, classifications et protocoles standardisés qui sont imposés par les recommandations officielles, les choix économiques, sans oublier l'ingérence des médias et de l'industrie pharmaceutique.

Que se joue-t-il derrière toutes ces formes d'emprises auxquelles soignés et soignants sont soumis ? Si l'emprise reste celle d'un autre qui s'impose, faut-il maintenant y ajouter la soumission à un objet élevé au rang de fétiche, investi d'un pouvoir de séduction ?

S'agirait-il de se libérer de toutes ces emprises ? Ou bien nous faut-il travailler à mieux les identifier et les déconstruire ? L'être humain ne peut en effet s'envisager sans emprise, en tant que sujet parlant et divisé, dans son rapport à autrui et dans sa vie sociale.

Une psychiatrie de la personne et du sujet dans son altérité, ne peut se contenter d'entrer en résistance. Elle doit étayer sa légitimité et défendre ses fondamentaux. En cela, il nous paraît indispensable de préserver la finesse du questionnement clinique. C'est le meilleur moyen pour déconstruire et neutraliser les tentatives d'emprise des discours dominants.

Les dérives scientistes, héritières d'un positivisme d'un autre âge, mais qui se réclament de la science, voudraient nous imposer des modèles exclusivement biologiques, génétiques... Pour bénéficier des apports des neurosciences, le psychiatre se doit de maintenir sa position critique et sa capacité à penser, meilleurs garants de la qualité du soin qu'il propose.

Comment nous appuyer sur une clinique de l'énonciation, de l'écoute, de la rencontre, non pas fondée sur une nosographie de maladies fictives, mais sur la parole, l'expression et le discours du sujet dans le transfert ? Il s'agit de répondre au « combien » de la chosification par le chiffre par le « comment » d'une clinique au plus près d'une parole qui peut se libérer de l'emprise ou de ses effets.

Voilà quelques pistes de réflexion pour des Journées qui laisseront une large place au débat en plénière et en atelier, au plus près des préoccupations de chacun et des réalités.

Programme

Jeudi 2 octobre 2014 (Centre Saint-Thomas)

- 13 h – 16h Session DPC (3 heures)
- 16 h – 19h Session DPC (3 heures)
- 19 h 30 Accueil, Présentation des Journées Nationales et buffet
- 21 h **CONFÉRENCE INAUGURALE (Pavillon Joséphine) ouverte au public**
Christian Salmon
Du récit dans sa polysémie et sa pluralité face au poids du chiffre et de la novlangue

feuilles détachables

Vendredi 3 octobre 2014 (Centre Saint-Thomas)

- 8 h 30 Accueil des participants
- 9 h Introduction des Journées Françoise Coret et Bill Markson
- 9 h 30 **SÉANCE PLÉNIÈRE Folie et emprise : nouvelle donne ?**
Président : Michel Marchand
Discutant : Anne Rosenberg
 L'emprise de l'hystérisation, malgré l'expulsion nosographique de l'Hystérie.
 Jean Richard Freymann
 Répondre à la demande de patients sous emprise dévastatrice ? Olivier Schmitt
- 11 h Ateliers (1 heure)
- 12 h Déjeuner (horaire impératif)
- 13 h 30 Rencontre des auteurs (livres et vidéos) en salle plénière
- 14 h **SÉANCE PLÉNIÈRE Emprise et soin : du possible au nécessaire**
Présidente : Béatrice Guinaudeau
Discutant : Thierry Delcourt
 « Pervers toi-même », enjeux de la clinique de la perversion. Françoise Labes
 Le transfert côtoie-t-il l'emprise : comment, pourquoi, quels dénouements ? Claude Gernez
- 15 h 30 Pause
- 16 h Ateliers (2 heures)
 Session DPC (3 heures)

Samedi 4 octobre 2014 (Centre Saint-Thomas)

- 9 h **SÉANCE PLÉNIÈRE La psychiatrie expropriée !**
Président : Michel Jurus
Discutante : Jacqueline Légaut
 Emprises du chiffre, des échelles et des protocoles. Xavier Briffault
 Emprise du politique, histoire de ruptures. Patrice Charbit
- 10 h 30 Ateliers (1 h30)
- 12 h Déjeuner (horaire impératif)
- 13 h30 Rencontre des auteurs (livres et vidéos) en salle plénière
- 14 h **SÉANCE PLÉNIÈRE La parole pour se libérer des emprises**
Président : Élie Winter
Discutant : Françoise Labes
 Emprise du scientisme et DSM. S Demazeux
 Passion, emprise et crise. Paul Jorion
 Parole, langue et récit. G. A. Goldschmit
- 16 h Ateliers (2 heures)
 Session DPC (3 heures)
- 18 h **CONCLUSIONS**
 Patrice Charbit – *Président de l'AFPEP*

Dimanche 5 octobre 2014 (Grand Hôtel, Place de la gare)

- 10 h – 12 h Réunion syndicale SNPP – AFPEP

feuillet détachable

APPEL À COMMUNICATION

Atelier 1 : Clinique et emprise, nouvelle donne ?

Y a-t-il de nouvelles formes d'expression de la folie ? Y a-t-il de nouvelles expressions psychopathologiques ? Entre perversion, addiction, état limite, pathologie rebelle, souffrance au travail, fibromyalgie, intolérance à la frustration..., les médecins et psychiatres semblent parfois désorientés. Doit-on s'inquiéter de revisiter notre approche clinique afin d'entendre autrement nos patients ? Ou bien, peut-on ajuster ces habits neufs à ceux d'une clinique ayant cours depuis plus d'un siècle ?

Cet atelier propose un échange autour des questions cliniques que chacun se pose, et qu'il est nécessaire de se poser en groupe de pairs avant de conclure ou de forclure.

Atelier 2 : Emprise de transfert

Si la situation psychanalytique offre, dans le transfert, un vis-à-vis fictif au désir selon P. Ricœur, force est de constater que ce désir apparaît souvent sous le masque d'une emprise. L'emprise d'un symptôme névrotique ou d'une dépendance semble laisser le psychiatre relativement libre, d'entrée de jeu au moins. Quand l'emprise se joue plus directement dans le transfert, en revanche, par identification projective ou par des appels plus subtils au désir du psychiatre, cela peut devenir une résistance mais aussi une clé pour ouvrir celle-ci. C'est là que le praticien risque de s'y perdre ou, grâce à une inventivité des deux protagonistes, qu'un échange fructueux peut avoir lieu.

Comment éviter les écueils d'un transfert interminable ? Comment éviter la rupture intempestive et les affres d'un contre-transfert sous l'emprise de la résistance ? Cet atelier se propose d'explorer les voies possibles à partir des pratiques de chacun.

Atelier 3 : L'emprise économique et politique en psychiatrie

Plus en psychiatrie qu'ailleurs, une politique s'est déguisée sous un fard économique. Cela continue mais le maquillage s'efface et laisse apparaître des traits d'un autre âge.

La psychiatrie dite moderne renoue en effet avec d'anciennes pratiques de contention, d'isolement, d'électrochocs, de diagnostics calibrés et orientés, de prescriptions assommantes, de théories douteuses, de thérapies expédiées, de sentences de handicap précipitées, tout en usant de grandes tirades sur la « bienveillance » et le droit des malades.

Cette politique serait, soit disant, inévitable pour des raisons économiques ! Les interrogations ne manquent pas, et le soupçon, la défiance se généralisent devant tant d'excès.

Cependant, peut-on pour autant ignorer le nerf de la guerre ? D'autres perspectives de politiques de soins n'ont-elles pas fait leurs preuves ? La « bulle psychiatrique » est-elle un destin ? La psychiatrie est-elle forcément un symptôme du régime politique en cours ?

Cet atelier se propose d'échanger autour de ces aspects politico-économiques de l'emprise.

Atelier 4 : Enfance, langage, affect et emprise

Il n'est pas habituel d'interroger le développement de l'enfant à partir de la dimension d'emprise, même si, de Piera Aulagnier à Antoinette Fouque et bien d'autres, la question a été diversement traitée. Les êtres humains ont la capacité à s'approprier un langage oral complexe. Leur immaturité neurologique à la naissance rend indispensable au maintien en vie les soins d'une personne maternante qui va aussi porter et parler.

Cela permet d'intégrer la « langue maternelle » y compris dans les structures cérébrales. Du fait de cette condition de l'enfant (infans), l'emprise y est très importante. L'enfant en est l'objet à son insu et se construit dans une appropriation qui agit en expropriant des données sensibles et pulsionnelles.

Il faut les deuils successifs pour devenir à son tour un humain adulte.

Proposez votre intervention...

Si, après avoir été soumise au Comité Scientifique, votre proposition est retenue, vous recevrez un courrier précisant les modalités de présentation.

Le texte définitif de votre intervention devra être impérativement communiqué à l'AFPEP avant le 1^{er} septembre 2014.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : Fax : Courriel :

Titre de l'intervention proposée :

Atelier concerné : 1 2 3 4

Veuillez joindre à ce coupon dûment rempli recto verso, une feuille avec un résumé de 10 lignes maximum.

feuilles détachables

Formation DPC

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Qu'est ce qu'un psychiatre libéral peut faire pour les personnes en situation de précarité qui présentent manifestement une pathologie d'ordre psychiatrique ?

* Un constat d'impuissance devant l'ampleur de la tâche.

* Ces personnes ne sont souvent pas demandeuses, notamment surtout pas de soin psychiatrique.

Nous faisons le pari, avec la proposition de cette formation, que même en cabinet, un psychiatre peut mettre en oeuvre un certain nombre de choses que nous nous attacherons à déplier avec vous, avec pour corollaire, un renouvellement de notre regard sur notre pratique et sur la façon dont notre travail s'inscrit dans le cadre de la cité, avec ce que cela implique d'une conception du vivre ensemble, d'une politique, de choix économiques.

Les expériences de chacun seront bienvenues lors de ces sessions, afin de nourrir les échanges et permettre que se dégage l'inventivité dont nous savons tous combien notre pratique la nécessite.

L'AFPEP – SNPP, relayée par son association ODPC – PP, inaugure ses sessions de formation lors des Journées Nationales de Strasbourg. L'AFPEP – SNPP est soucieuse d'être en mesure de proposer des formations cohérentes avec les valeurs et les fondamentaux que nous défendons avec vous, et qui sont au cœur de nos pratiques.

L'ODPC – PP, et donc L'AFPEP – SNPP, a obtenu dès cette année la possibilité d'organiser des formations validantes et indemnisées par l'OGDPC.

Pour ces Journées Nationales, nous avons choisi une formule présentielle qui ouvre droit à une indemnisation. Il s'agit du programme DPC qui s'intitule «L'accès aux soins des personnes en situation de précarité»

Ce programme est mis en place par l'ODPC – PP (Organisme de Développement Professionnel Continu de Psychiatrie Privée) sous couvert de l'AFPEP.

C'est une formation présentielle d'une demi-journée pour 20 à 25 personnes. Elle a pour objectif d'aborder la question de la précarité et du soin à travers ses multiples dimensions, sociologiques, épidémiologiques, cliniques, etc.

Les animateurs sont :

- Michel Jurus, psychiatre libéral à Lyon, médecin habilité dans l'évaluation des pratiques professionnelles et ancien psychiatre de l'association «Santé mentale et communautés».
- Jacqueline Légaut, psychiatre libérale à Grenoble, membre actif du Conseil local de santé mentale de Grenoble depuis 9 ans.

Les sessions auront lieu les 2 – 3 et 4 octobre 2014 en fonction du nombre d'inscrits.

La demi-journée sera indemnisée 7,5 C/CS soit 172,50 €.

Cette indemnisation sera versée par l'OGDPC sur présentation d'une attestation délivrée par notre organisme de formation.

Nous vous rappelons que le DPC (Développement Professionnel Continu) est une obligation que chaque psychiatre doit satisfaire annuellement en participant à un programme. Pour enregistrer votre inscription, une cotisation à l'ODPC – PP annuelle de 35 €. vous sera demandée. Cette somme constitue votre engagement et nous permet d'organiser les sessions. Elle ne sera pas remboursée en cas de défection.



PRÉINSCRIPTION - RÉSERVATION

Dr :

Adresse :

Tél. : Mail :

Je certifie mon inscription pour une formation DPC d'une demi-journée indemnisée, en adhérant à ODPCPP pour la somme de **35 euros** à verser dès maintenant à Mr le Trésorier de l'ODPCPP. Chèque à adresser à ODPCPP - 141, rue de Charenton – 75012 Paris.

Je confirme ma présence soit pour : Jeudi 2 octobre 2014 après-midi Vendredi 3 octobre 2014 après-midi

Samedi 4 octobre 2014 après-midi (*Rayer les mentions inutiles*)

Afin de valider votre formation et d'être indemnisé par l'OGDPC, veuillez vous rendre sur le site [MonDpc.fr](https://www.mondpc.fr/) sur <https://www.mondpc.fr/> pour vous y inscrire si ce n'est déjà fait, puis vous inscrire à la formation « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité » proposée par ODPCPP.

(En cas de difficulté, veuillez vous adresser à notre secrétariat au 01 43 46 25 55)

feuilles détachables

Le DPC autrement : prescription en psychiatrie

Une formation sur les médicaments psychiatriques, indépendante de l'industrie pharmaceutique.

L'AFPEP organise une formation validante dans le cadre de votre obligation DPC, via l'ODPC – PP, sur les prescriptions médicamenteuses, afin d'aborder cette très importante question autrement.

La connaissance précise des molécules et de leur usage est souvent basée soit sur notre expérience propre (et ainsi souvent biaisée par une impression subjective), soit sur la communication de l'industrie pharmaceutique directe (visiteurs médicaux) ou indirecte (études prises en compte pour les AMM mais financées par le laboratoire, presse qui vit de la publicité, avis de confrères qui reçoivent des visiteurs médicaux, conflits d'intérêt d'universitaires leader d'opinion dont les services sont largement financés par les industries qui proposent des médicaments à étudier).

Or l'utilisation pratique des médicaments relève d'une responsabilité médicale, et d'une obligation de formation continue à jour.

L'AFPEP organisera donc le 8 novembre 2014 à Paris, dans les locaux du 141 rue de Charenton – 75012, puis à Bordeaux et à Lyon (dates et lieux à définir) une série de Formations In Situ entrant dans le cadre DPC indemnisé avec le Dr Gilles Mignot, psychiatre praticien hospitalier et pharmacologue et rédacteur à la Revue Prescrire, Mr François Gonon, directeur de recherche au CNRS, une intervenante pharmacienne des hôpitaux psychiatriques, et quelques confrères sélectionnés selon les lieux, pour une formation d'une journée avec exposés et groupes de pairs.

Il est possible de vous inscrire dès maintenant à l'ODPC – PP au secrétariat de l'AFPEP – SNPP, et dans quelques semaines, vous pourrez compléter cette inscription sur le site <https://www.mondpc.fr/>

La formation est coordonnée par Patrice Charbit et Élie Winter.

En région

Forum citoyen des 39

Samedi 17 mai 2014

9 h – 12 h 30

Quel avenir pour la psychiatrie ?

Forum citoyen des 39, animé par Patrick Chemla
Reims, Centre des Congrès, 12, Bld Général Leclerc
Dans le cadre des XIV^e Rencontres de la Criée

Ouvert et libre d'accès pour tous, il est distinct des journées de formation et permet une ouverture et un débat public sur la situation de la psychiatrie et sur son avenir.

- Philippe Bichon, psychiatre, collectif des 39, et Le fil conducteur
- Christine Chaise, UNAFAM Reims
- Mireille Battut, présidente de « La Main à l'Oreille »
- Serge Klopp, cadre de santé, collectif des 39
- Humapsy, Association de patients suivis en psychiatrie
- Patrick Landman, psychiatre et psychanalyste, initiateur de l'appel « STOP DSM »
- Thierry Delcourt, psychiatre et psychanalyste, vice président du Syndicat National des Psychiatres Privés

feuilles détachables

Autres actions nationales

Symposium de l'AFPEP au Congrès Français de Psychiatrie¹

6^{ème} EDITION

Nantes

du 26 novembre au 29 novembre 2014

Diagnostiques et classifications : leur histoire, leur choix, leur utilité

Communication 1

Titre : **Articulation du diagnostic et du traitement en psychiatrie**

Orateur : **Jean-Jacques Laboutière**

Communication 2

Titre : **Classifications diagnostiques: aspects historiques**

Orateur : **Jérémy Sinzelle**

Communication 3

Titre : **Classifications : Intérêt clinique ou simple taxinomie ?**

Orateur : **Olivier Schmitt**

¹ Pour les membres de l'AFPEP, inscription avant le 15 mai 2014 à l'ensemble du congrès au prix préférentiel de 260 € (au lieu de 420 €). Renseignements auprès de notre secrétariat.

* * * * *

L'ARDPF, association régionale des psychiatres pour la formation, Champagne-Ardenne vous informe

Prochaines réunions de formation à Reims, MVA, 122, rue du Barbatre, 20h à 22h30.

De mars 2014 à mai 2015, 5 réunions dont la prochaine **le mardi 17 juin**, puis Journée Régionale.

Mon travail me quitte : Travail, souffrance et engagement, groupe ouvert avec une journée publique en 2015, coordonné par S. El Alami et Th. Delcourt.

Mardi 13 mai, DPC: *règle du jeu de la formation continue*, avec S. El Alami et Th. Delcourt.

Mardi 3 juin, *La responsabilité médicale du psychiatre* avec Mr Villanova, juriste de La Médicale de France, coordonné par Loïc Tana, conseiller ordinal à l'ordre des médecins, Frédéric Petron et Jacques Barbier, conseiller régional AFPEP-SNPP, défenseur de nos confrères fort apprécié pour sa pugnacité.

Mardi 16 septembre, *Schizophrénie prodromique*, P. Michel et J. Barbier.

De novembre 2014 à septembre 2015, puis Journée Régionale

Génétique, psychiatrie et développement neuropsychique : Le point sur l'épigénétique – Le point sur la psychoneuroimmunologie – Propositions d'une recherche qualitative, coordonné par Thierry Delcourt.

Concentration sur la WPA

2014, année du 16^e Congrès Mondial à Madrid (11 – 15 septembre 2014) ; avec élection des nouveaux cadres pour 2017. Le Bureau de l'AFPEP a fait son choix, transmis par l'intermédiaire de Jérémie Sinzelle à l'ensemble des Sociétés savantes de la psychiatrie française : 5 membres adhérents à la WPA (AFPEP, AFP, SIP, EP, SMP). C'est l'exception française ! chaque pays ne dispose, dans les statuts WPA, que d'une seule représentation nationale, sauf la France car elle fut, en 1950, sous l'impulsion de Henri Hey et de Jean Delay, la fondatrice de cette organisation avec la SMP, la SIP et l'EP !!!).

Le choix a porté sur :

- Présidence : Helen Hermann (Australie)
- Secrétariat Général : Roy Kallivayalil (Inde)
- Trésorerie : Armen Soghoyan (Arménie)

Manque encore à proposer notre choix de candidature pour les postes de

- Secrétaire aux Meetings
- Zonal Representative West Europe

Mais les candidats ne nous sont pas encore connus.

Informations ALFAPSY

Le programme 2014 est connu (pour tous renseignements, contactez-moi) :

- **Genève fin avril** : 7^e Congrès de l'ICPCM (Mezzich)
- **Budapest fin mai** : 11^e Divan sur le Danube (Feberey)
- **Madrid mi septembre** : symposium ALFAPSY au 16^e Congrès WPA
- **New York 19 et 20 septembre** : 3^e Colloque Inter Psy
ALFAPSY en partenariat avec l'Association psychanalytique Après-Coup de New York, présentent
Le sujet de la psychiatrie et le sujet de la psychanalyse peuvent-ils encore se rencontrer ?
- **Trieste – Gorizia fin novembre** : 2^e Colloque Cité Psy
ALFAPSY en partenariat avec l'ASS2 « Isontina » (centre de santé mentale communautaire) poursuivent
le travail Sur les traces de Franco Basaglia (suite).

D'autres manifestations auront lieu, plus confidentielles ou moins partenariales ou encore en cours d'organisation... sans compter **les liens entre l'AFPEP et ALFAPSY** qui justifient de porter à la connaissance du plus grand nombre, dans la sphère francophone de la psychiatrie, les manifestations annuelles (JN, SP, etc.).

En ce qui concerne les **8^{es} Rencontres Francopsies** tout concourt, semble-t-il, pour qu'elles se déroulent en 2015 en Tunisie (apaisée...) puisque le Président Elu ALFAPSY est Sofiane Zribi qui aura alors terminé son mandat d'actuel Président de l'ATPEP.

Le site web www.alfapsy.net est actuellement en jachère suite à un piratage (exit le alfapsy.org) et à un manque de moyens (temps et savoir-faire) pour le recharger ; espérons que ce sera fait avant la fin de ce mois...

L'appel à cotisation 2014 (tarif inchangé) va également être lancé dans le courant de ce mois d'avril.

Paul Lacaze

Jean Chambry est l'un des deux présidents du groupe de travail, sur un sujet sensible à propos duquel la HAS semble un peu plus prudente que précédemment sur l'autisme.

Dans un premier temps le groupe de travail s'est résolu à réduire le travail des recommandations autour de la "Conduite à tenir en médecine de premier recours, devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité".

Au regard de l'abondante littérature sur ce sujet, il a été décidé que le groupe préparerait les recommandations à partir de son expérience clinique et que la littérature scientifique serait interrogée dans un second temps.

Trois chargés de travail ont été désignés : d'un côté deux jeunes médecins, chargés d'explorer la littérature scientifique internationale ; de l'autre une psychologue, maître de conférences, chargée d'explorer la littérature psychanalytique autour de l'agitation.

Au fur et à mesure des séances de travail sont apparus deux points de vue très différents de la prise en charge des enfants TDAH : d'une part les partisans d'un point de vue purement neurodéveloppemental où la pédopsychiatrie se voit réduite au rôle de traitement des comorbidités ; d'autre part les partisans d'une approche globale où l'approche psychopathologique est d'emblée présente.

Comme les recommandations sont centrées sur le repérage par les médecins de premier recours des enfants susceptibles de répondre au diagnostic qui, de toute les façons, reste l'affaire du spécialiste, il a été possible d'aller dans le sens d'une approche globale vers un modèle dit intégratif.

Ces recommandations feront l'objet d'une consultation publique au cours du mois d'avril 2014 et devront être finalisées en Juillet 2014.

d) Intervention de la FFP au Congrès français de Nice

Lors de ce congrès, la FFP a organisé une intervention à plusieurs sur « les limites de l'EBM ». Rappelons que la FFP-CNPP est membre fondateur de ce congrès et qu'elle entretient un lien privilégié avec les autres organisateurs.

e) Les travaux du Collège Psychopathologie / Thérapeutique / Recherche avec l'AFPEP

La 1^{ère} journée de formation en psychothérapie des internes en 2012 proposée à la demande de l'AFPEP, a donné lieu à la publication des actes fin 2012 dans la revue Perspectives Psy (volume 51 n°4).

Une 2^{ème} journée a eu lieu le 18 juin 2013, sur le thème "Clinique du débutant, clinique du senior". Cette journée a réuni une quarantaine de participants et intervenants.

Nous pourrions à l'avenir reconduire cette collaboration et y avons trouvé beaucoup d'intérêt.

f) Les journées de perfectionnement des pédopsychiatres d'exercice public au ministère

e1) Bilan des journées 2013

Les journées 2013 ont eu lieu au ministère de la santé les 9 et 10 avril sur le thème : "Troubles des apprentissages et rôle de la pédopsychiatrie". Elles sont toujours très suivies par les pédopsychiatres de secteur puisque 258 participants étaient présents.

e2) Journées 2014

Elles auront lieu les 13, 14, 15 octobre 2014 au ministère de la santé, le thème retenu est : "Les dépressions, de la petite enfance à l'adolescence".

g) Participation aux travaux du CCOMS

La FFP-CNPP continue de participer aux travaux du CCOMS en vue de la révision de la CIM-X.

h) Activité internationale

Michel Botbol représente la FFP-CNPP dans les activités internationales ; il a participé à des réunions à distance au sein de l'EPA, Association Européenne de psychiatrie, qui reconnaît la FFP-CNPP comme représentative de la psychiatrie française. Elles ont permis de créer un collège européen des différentes associations nationales représentatives du continent avec un statut et une articulation avec l'EPA sous forme de convention. Le collège se donne pour objet de travailler sur les problèmes que rencontre la psychiatrie dans nos différents pays et les solutions trouvées pour y faire face, dans une démarche comparative.

Le prochain congrès de l'EPA se tiendra en Avril 2014 à Munich, il permettra la tenue de la 1^{ère} Assemblée Générale du Collège ainsi que les 1^{ères} élections des instances de direction.

3) Publication et documentations :

Elles feront l'objet du rapport détaillé du collège de recherche :

- a) Revue "Pour la Recherche" : 4 numéros ont été publiés en 2013 ; voici les derniers titres :
 - n°75-76 (déc. 2012 – mars 2013)
EPCA Echelle d'Evaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme
 - n°77-78 (juin 2013 – septembre 2013)
Extrait du rapport 2013 du Réseau Inserm de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques : pôle autisme
 - n°79 (décembre 2013)
Pratiques psychothérapeutiques et recherches dans le pôle bordeline du RRFPP
- b) Psydoc : rapport de Jean-Michel et Monique et Thurin

4) Les questions professionnelles

a) Le 3^{ème} Plan autisme 2013-2017

La sortie de ce 3^{ème} plan a suscité beaucoup de réactions non seulement pour son contenu mais aussi pour les propos publics disqualifiants à l'égard des services de soins tenus par la Ministre Mme Carlotti à cette occasion. Le collège de pédopsychiatrie a tenu à rédiger une lettre ouverte intitulée "N'abandonnons pas les enfants autistes et leurs familles" afin de préciser la position de la FFP-CNPP.

Cette lettre rappelle la créativité des professionnels de pédopsychiatrie depuis plus de quarante ans ; à ce jour on estime qu'au moins les 2/3 des enfants et adolescents diagnostiqués TED sont pris en charge dans les structures de la pédopsychiatrie publique.

Elle a souligné le danger de vouloir imposer de manière exclusive un certain type de méthodes. Elle a mis l'accent sur le fait que le 3^{ème} plan autisme occulte la dimension des soins, favorise l'extension abusive du concept et ne prend pas en compte la diversité des situations cliniques que recouvrent les troubles envahissants du développement. Il n'est donc pas possible de rédiger l'axe 1 du plan portant sur dépistage, repérage et interventions précoces, en ne citant les services de soins qu'au chapitre du dépistage simple. Le plan autisme proposé est très en deçà de ce que les secteurs font déjà dans le parcours précoce des enfants.

La FFP-CNPP va participer au Conseil National de l'autisme dont les travaux reprennent et sollicitera à nouveau le CIH (Comité Interministériel de l'Handicap) pour participer aux groupes de travail et au comité de suivi du plan.

b) Parution du DSM5 en mai 2013

Le DSM 5 confirme l'orientation déjà prise antérieurement par le DSM, à savoir une lecture de la clinique par le biais de traits comportementaux dits "objectifs", constituant autant d'entités exclusives les unes des autres. Il confirme aussi la multiplication des co-morbidités. La FFP-CNPP soutient l'intérêt de classifications, nécessaires à l'épidémiologie, la recherche et la clinique mais relève que le DSM5 reste un outil d'approche normative, d'inspiration biomédicale qui risque de provoquer une inflation de diagnostics, une surmédicalisation de comportements entrant dans le cadre de variations de la normale (exemple du deuil), et peut amener à des prescriptions inappropriées, en particulier chez les enfants.

c) Rapport Robiliard

Le rapport de la mission d'information parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie conduite par député Denys Robiliard est sorti le 18 décembre dernier et pourrait faire l'objet d'un CA thématique.

d) Préparation des Etats Généraux de la pédopsychiatrie le 4 avril 2014

Des membres du collège de pédopsychiatrie avec François Bridier, soutiennent la préparation de la Journée nationale des Etats Généraux de la pédopsychiatrie en participant à son Copil. Les quatre sociétés impliquées sont l'API, initiatrice du mouvement, la SFPEADA, la SIP et la FDCMPP. La journée nationale fait suite à des manifestations régionales et se tiendra à l'Hôtel de Ville de Paris le 4 avril 2014. L'intention des organisateurs est de s'adresser aux tutelles, aux familles et aux partenaires en dressant un état des lieux, en faisant un bilan des difficultés et en formulant des propositions concernant les instances et les modalités d'organisation souhaitables de la pédopsychiatrie.

e) Rencontre ANCRA 13 janvier 2014

L'ANCRA (Association Nationale des Centres de Ressources Autisme), avec son Président Mr Olivier Masson, son Vice-Président Claude Bursztjen et le Directeur du CRA de Chambéry le Dr Stéphane Cabrol, a demandé une rencontre à la FFP-CNPP afin d'évoquer ses changements imminents : un décret va prochainement déterminer une nouvelle organisation de l'ANCRA, lui donnant une place plus officielle d'interlocuteur des pouvoirs publics ; ce faisant la gouvernance de cette association qui deviendra "groupement" sera modifiée, introduisant vraisemblablement une participation très significative des bénéficiaires, usagers et familles.

f) Collectif santé mentale grande cause nationale

Jean-Jacques Bonamour du Tarte a représenté la FFP-CNPP dans les réunions du collectif, dont l'initiative relève des associations de patients et de familles ; l'intention du collectif d'organiser une manifestation de type "madpride" a fait sursoir à notre participation en tant que professionnels. Le collectif, qui aurait souhaité que la FFP-CNPP participe financièrement à ses actions, n'a par ailleurs pas obtenu satisfaction dans le choix de la grande cause nationale 2014.

5) DPC et participation à la FSM

a) DPC

Une journée d'information sur la mise en place des formations DPC a été organisée à l'initiative de la FFP-CNPP le 2 février 2013 ; elle a débouché sur la création de l'association ODPC PSYSM lors de l'Assemblée Générale du 8 avril 2013 ; cette association est juridiquement distincte de la FFP-CNPP.

La demande de PSYSM d'être enregistré sur le site l'OGDPC vient d'être acceptée mi-janvier 2014 ; elle a nécessité un long travail de collectes d'informations fait par Nicole Garret-Gloanec, Roger Salbreux et Nathalie Dufour.

L'ODPC PSYSM est un ODPC de spécialité ; il se compose de 29 associations, membres fondateurs et est présidé par Hassan Rahioui.

On peut rappeler que l'ODPC de spécialité permet à toute société scientifique qui y adhère d'organiser des actions de formation (dites actions cognitives) validantes pour le DPC, sous réserve qu'elles soient assorties d'actions d'évaluation. Ces programmes seront publiés sur le site de l'OGDPC et seront à valider par la CSI (Commission Scientifique Indépendante).

Nathalie Dufour a contribué à la mise en route de l'ODPC PSYSM avec l'accord de la FFP-CNPP en 2013, elle continuera à lui apporter son aide pour 2014, mais dès que les activités de cet ODPC prendront de l'ampleur, Psysm devra recruter sa propre secrétaire.

La prochaine Assemblée Générale de l'ODPC PSYSM est fixée au 19 mai 2014.

Les questions soulevées par Danièle Roche-Rabreau dans le précédent rapport moral continuent à se poser :

Le DPC constitue une modification structurale profonde de la formation médicale. Il impose une formalisation et une protocolisation des évaluations particulièrement lourde, il paraît peu ouvert à l'innovation et à la découverte, puisqu'il porte sur les pratiques en cours du clinicien et la recherche de leur amélioration.

On doit souhaiter le maintien de possibilités de formation et de financement hors procédure DPC.

b) participation à la FSM

La FFP-CNPP a toujours participé à la FSM, qu'elle a contribué à fonder. Nicole Garret-Gloanec y était la représentante de la FFP-CNPP et membre de son Bureau. Marie-Christine Cabié, qui a été nommée comme nous le verrons tout à l'heure pour lui succéder par l'AG du CNPP, siège au CA et à l'AG mais ne peut se présenter au bureau du fait du blocage de la construction du CNPP.

6) CNPP

Après plusieurs années de négociations et de médiations, l'année 2013 a vu aboutir non sans mal la constitution d'une assemblée générale du CNPP le 25/10/13. Plusieurs réunions se sont en effet tenues avec les parties concernées : FFP, universitaires, CNQSP, collège syndical, sans pouvoir déboucher sur une composition équilibrée de l'AG. Il a fallu l'intervention du cabinet (Djillali Annane) s'exprimant par l'intermédiaire de la FSM, enjoignant ces parties à conclure et donnant le programme de la réunion constitutive pour que le CNQSP accepte à nouveau de siéger. Il a fallu aussi toute la constance et la détermination de Jean-Jacques Laboutière pour tenir sur le principe de la procédure démocratique. Pour

mémoire, le CNQSP posait pour préalable en juillet 2013, qu'avant toute élection de l'AG, soit procédé à une nouvelle proposition de nomination à la CSI (où le Pr Emmanuelle Corruble souhaitait être candidate au poste de titulaire) alors que cette proposition doit émaner d'un vote de l'AG constituée ; le CNQSP obligeait aussi la FFP-CNPP, à travers la règle de la parité public/libéral, à se trouver représentée très majoritairement par des libéraux, ce qui permettait au CNQSP de donner place aux candidats qu'il avait choisis.

Afin de poursuivre le travail de constitution de l'AG, la FFP a proposé une 2ème réunion le 29 août, à laquelle le CNQSP a refusé de participer ; les universitaires y étaient excusés ; durant cette réunion, nous avons pensé qu'un bureau provisoire, prévu dans les statuts, pourrait relancer le processus, le président provisoire pouvant convoquer une AG. Cependant, à la suite de l'intervention du cabinet et du mail de la FSM la situation s'est débloquée partiellement : le CNQSP a modifié sa participation à l'AG en proposant 2 libéraux et un salarié ; il a également accepté la candidature de Marie-Christine Cabié, présentée par la FFP pour la FSM, leur candidat libéral David Soffer étant suppléant, chacun étant élu à l'unanimité.

Pour autant, la composition du bureau demeure à ce jour un nouveau point de blocage : elle n'était pas citée dans le mail de la FSM et n'a donc pas été mise à l'ordre du jour du 25 octobre. Pour ce bureau, quatre candidats sur 6 se sont fait connaître, et devront se présenter au vote :

- *le représentant des universitaires :*

Frédéric Rouillon

- *le représentant du collège syndical :*

Jean-Claude Penochet

- *le représentant de la FFP :*

Jean-Jacques Laboutière

- *le représentant du CNQSP :*

Maurice Benssousan ou Sylvie Péron

Restent 2 postes de bureau à pourvoir pour lesquels Jean-Jacques Laboutière maintient contre vents et marées la nécessité d'un vote, tandis que le CNQSP propose une nomination par arrangement ou un fonctionnement de bureau restreint à 4 personnes.

Un autre point non résolu demeure la représentation à la CSI : les représentants de la FFP : Jean Oureib et Yves Froger sont régulièrement nommés et installés dans leurs fonctions depuis 18 mois. Le Pr. Emmanuelle Corruble tient à y siéger. Il a été procédé le 25/10/13 à un vote pour départager les candidats salariés (la candidature libérale d'Yves Froger ne posant pas question). Jean Oureib a obtenu 11 voix, Emmanuelle Corruble 8 voix, avec 1 vote blanc. Aucun candidat

n'obtenant la majorité des 2/3, la FFP considère que le statu quo doit être maintenu mais pour le CNQSP, c'est le cabinet qui devra trancher.

Nous avons pu faire l'expérience de la difficulté générée par la règle de la majorité à 2/3 installée dans les statuts du CNPP (qui oblige au consensus à chaque décision et sera paralysante) ; le principe d'une majorité simple au 2^{ème} tour devra être introduit bien que le CNQSP continue de s'y opposer.

7) Relations HAS

a) La HAS a annoncé une nouvelle politique en matière de recommandation en psychiatrie. Elle souhaite mettre en place un "comité de suivi des recommandations HAS pour la psychiatrie", qui regrouperait l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, dans le cadre d'un "programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale". Ce comité, qui se réunira 2 à 3 fois par an, commencerait à travailler au printemps 2014 ; il sera "chargé de donner un avis sur le programme des recommandations, la méthode de travail et organiser des retours de terrain".

Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de ce comité dont on ne sait s'il répond à une intention plus politique que méthodologique ni s'il permettra d'être plus conforme aux pratiques réelles. Trop tôt aussi pour savoir si la HAS prend acte de la contestation des recommandations et des difficultés propres à la psychiatrie.

La HAS a également donné trois grandes orientations aux recommandations à venir :

- la dépression
- la violence dans les services de soins
- le handicap psychique et le lien sanitaire/médico-social.

Par ailleurs les généralistes sont considérés comme principale "cible" pour les prochaines recommandations en psychiatrie.

b) Centre de preuves

Peu après ces annonces, la HAS a signé avec l'UVSQ (Université Versailles Saint-Quentin), le 6 décembre 2013, une convention de partenariat pour créer ce qu'elle nomme un "centre de preuves" en psychiatrie et en santé mentale. Ce type de centre existe également dans d'autres spécialités : dermatologie, rhumatologie et médecine générale. Une appellation plus conforme serait, nous ont précisé Monique et Jean-Michel Thurin, "centre de données probantes". L'idée a été proposée par Marie-Christine Hardy-Baylé.

Pour Marie-Christine Hardy-Baylé : l'intention affichée de la HAS est d'externaliser une partie des missions qui lui incombe et qu'elle peine à assurer : il s'agit

produire "un état de l'art actualisé et problématisé sur des questions qui lui sont adressées en ouvrant aux professionnels eux-mêmes la possibilité d'adresser de telles demandes".

Pour elle : "les professionnels ont ainsi une opportunité réelle de s'organiser pour participer plus directement au développement d'une psychiatrie fondée sur 'les preuves' mais ne conduisant pas à une 'normalisation' ou une 'protocolisation' des pratiques de soins". Elle précise préférer le terme de "réseau de coordination des professionnels pour le recueil des données de preuves".

Les missions de ce centre de preuves sont de plusieurs ordres : revue de la littérature, revue de pertinence des données cliniques, requête élargie des professionnels sur les 2 points précédents. Il pourra s'agir d'alimenter l'élaboration des recommandations comme d'apporter des données sur des thématiques diverses aboutissant à des guides ou des programmes DPC.

La HAS a souhaité associer, au delà de l'UVSQ chargée de la coordination et au delà du CNUP, la FFP, le CNQSP et Ascodocpsy et la Fédération de recherche en santé mentale du Nord; elle a laissé les organisations libres de constituer plusieurs réseaux ou 1 seul. Une convention est proposée à la FFP pour devenir partenaire de ce centre de preuves.

Dans l'état actuel des réflexions, il apparaît déjà que les attributions respectives du CNPP et du centre de preuves risquent d'être appelées à se recouper.

8) Les travaux à venir

Un certain nombre de travaux ont été discutés durant les dernières rencontres FFP-CNPP

a) **Travail sur la contention**, le titre retenu est : "contenance et contention" ; le chef de projet est à définir.

b) **Coopérations interprofessionnelles** : un tel travail serait une suite cohérente du référentiel métier, et porterait sur les métiers représentés dans les équipes pluriprofessionnelles, en particulier infirmiers et psychologues ; des chefs de projets sont aussi à définir, en prévoyant psychiatre et pédopsychiatre.

c) **Travail avec les familles / place de la famille dans les soins** : le projet est soutenu par Marie-Christine Cabié et Danièle Roche-Rabreau ; il n'a pas été pensé sous la forme de recommandations et porte pour le moment sur le volet adulte et non enfant.

d) **Formation à la recherche bibliographique et à la lecture critique des publications** Jean-Michel Thurin a été sollicité pour cette formation ; il reste à définir le cadre et les objectifs d'une telle formation.

En conclusion

L'activité de la FFP-CNPP s'est encore largement déployée cette année dans le domaine scientifique comme dans le domaine institutionnel. Cette AG sera l'occasion de débattre des directions à adopter face aux enjeux actuels.

La FFP-CNPP a à réfléchir à la place singulière qu'elle veut garder dans le contexte des nouvelles instances, en particulier du futur CNPP : elle se veut un espace représentatif de l'ensemble de la profession, donc un espace interassociatif et inter-exercice. Le CNPP étant appelé à constituer l'interface avec la HAS et les tutelles, il apparaît essentiel que les travaux de la FFP-CNPP ne soient pas entièrement assujettis à des objectifs de Santé Publique, c'est-à-dire à une commande sanitaire et sociale. Le "centre de preuves" constitue une donnée supplémentaire dans cet environnement.

La FFP-CNPP continuera à soutenir que la pratique psychiatrique doit se démarquer de la question des indicateurs et se situe au croisement des espaces de santé de la personne et de santé publique. Il est important que les collèges scientifiques continuent à proposer des thèmes de travail plutôt que de se les voir prescrire.

D'autre part, la FFP-CNPP est attachée à une psychiatrie ouverte fondée sur la psychopathologie ; elle est attentive à ce que les outils de soins et leurs orientations théoriques issues de la culture psychiatrique ne soient pas détériorés sous la pression d'une délégitimation de cette psychiatrie humaniste.

Fabienne Roos-Weil

Secrétaire Générale FFP-CNPP

Le point sur le référentiel du métier de psychiatre

Le référentiel du métier de psychiatre élaboré par la Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie a été remis le 24 mars dernier à la Direction Générale de Santé qui avait soutenu ce projet. Il s'agit d'un événement considérable : non seulement cela officialise ce document auprès de nos instances de tutelle mais surtout cela démontre qu'il demeure possible pour les praticiens de définir eux-mêmes leur propre conception du métier qu'ils exercent.

Deux années de travail ont été nécessaires pour mener ce travail à bien, mobilisant l'ensemble des organisations membres de la FFP – CNPP, et tout particulièrement l'AFPEP et le SNPP qui ont été l'une des rares organisations à être en mesure de mandater des représentants dans tous les groupes de travail. Certains pourront donc regretter que ce travail se termine un peu tard. En effet, pour répondre à des besoins particuliers, deux autres référentiels du métier de psychiatre ont déjà été rédigés : l'un par le Collège National des Universitaires en Psychiatrie, en collaboration avec quelques collègues hospitaliers et libéraux, afin de répondre à la demande de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat ; l'autre par le Professeur Michel Patris pour le Conseil de l'Ordre des Médecins pour les besoins de la commission de qualification. Le temps nécessaire à construire ce référentiel métier était toutefois indispensable pour élaborer un texte qui soit bien le fruit des réflexions de l'ensemble de

la communauté professionnelle. Nous regrettons à cet égard que le Collège National Universitaire de Psychiatrie ait décliné la proposition qui lui a été faite de participer à ce travail.

L'élaboration de ce référentiel métier s'est déroulée en plusieurs phases. Elle a commencé par une réflexion approfondie sur l'opportunité, les limites et la méthodologie au cours du premier semestre 2012 qui s'est conclue par un accord sur le plan du référentiel. Après une clarification de la nécessaire distinction entre psychiatrie et santé mentale, ce plan comporte quatre grands chapitres : le tronc commun des compétences du psychiatre, les compétences en fonction des modes d'exercices, les compétences en fonction de publics particuliers (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie et addictologie) et les perspectives du métier en fonction des évolutions prévisibles du système de soins et des apports de la recherche. Une synthèse de cette phase de réflexion a été présentée à la fin du printemps et au début de l'automne 2012 dans plusieurs congrès, permettant ainsi de recueillir les réactions des collègues.

Le travail s'est poursuivi à partir de la fin de l'année 2012 dans le cadre de quatre groupes, chacun d'eux étant chargé de réfléchir au contenu des différents chapitres. La mise en commun des réflexions des différents groupes a occupé le printemps 2013 pour aboutir à une première rédaction présentée au Conseil d'Administration de la FFP – CNPP début juillet 2013.

Cette première version du référentiel a ensuite circulé au sein des organisations membres de la FFP – CNPP au cours des mois suivants afin qu’elles expriment leurs critiques pour parvenir à la rédaction finale, validée par le Conseil d’Administration de la FFP – CNPP en janvier 2014.

Un référentiel métier est un texte court. Si son élaboration a été aussi riche et enthousiasmante que le fut le Nouveau Livre Blanc de la Psychiatrie publié en 2001 par la FFP, le résultat reste très condensé. En outre, un référentiel métier doit se focaliser sur les compétences requises pour exercer le métier. Sa lecture pourra donc être source de frustration car la nature même de l’exercice ne permet pas de développer tout ce qui mériterait de l’être.

Trois points émergent de ce texte : tout d’abord l’importance et la complexité de la clinique, avec comme corollaire les limites des procédures de soins standardisées en psychiatrie ; ensuite, la nécessité de préserver la diversité des pratiques afin de prendre en charge l’ensemble des patients à des moments différents de leur évolution ; enfin, la volonté clairement affirmée des psychiatres de rester dans le cadre d’une spécialité unique quand bien même la prise en charge certains publics nécessite incontestablement un surcroît de formation.

Le dernier chapitre inscrit le métier dans une perspective dynamique : les psychiatres sont conscients que le système de soins évoluera et que les apports de la recherche peuvent retentir sur les pratiques. Toutes les évolutions ne sont toutefois pas acceptables sans réflexion approfondie, ce qui ouvre la perspective de travaux ultérieurs.

Il importe enfin de souligner que les organisations membres de la FFP – CNPP ont été consultées à chaque étape de ce travail. Sans cette implication des associations et des syndicats membres de la FFP – CNPP, ce travail n’aurait été ni possible ni légitime. Or, si le référentiel métier présenté aujourd’hui par la FFP – CNPP prétend à une certaine valeur, c’est précisément sur la légitimité d’avoir été élaboré par l’ensemble des psychiatres qu’elle se fonde.

Jean-Jacques Laboutière
Président de la FFP - CNPP

NDLR : Le document intégral est adressé à tous les inscrits à la newsletter « Caractères ». L’inscription se fait automatiquement en envoyant un email (sans titre ni contenu nécessaire) à newsletter-afpep-snpp-subscribe@afpep-snpp.fr puis en confirmant en cliquant le lien ad hoc dans l’email de réponse automatique. On peut également s’inscrire via notre secrétaire à info@afpep-snpp.fr si on préfère les relations humaines.

ODPC-PP

Organisme de Développement Professionnel Continu de Psychiatrie Privée

Assemblée Générale 2014

Rapport moral

Chers adhérents,

Il y a tout juste un an, l’Assemblée Générale constitutive de l’ODPC – PP s’est réunie à Reims. Six membres fondateurs ont été désignés par l’AFPEP – SNPP. Je tiens tout d’abord à remercier vivement Michel Marchand qui a œuvré à cette naissance indispensable dans le fonctionnement de l’AFPEP – SNPP. En effet, ce n’est pas de gaieté de cœur que nous avons rajouté un étage à la fusée, sachant que cela représente pour nous tous une charge de travail et un souci supplémentaires. Mais il le fallait car l’AFPEP – SNPP se devait d’être

en première ligne dans les instances décisionnaires du DPC afin d’en maîtriser le contenu en conformité avec nos fondamentaux et avec nos pratiques reconnues dans le cadre de la formation continue. L’obligation était celle de ne pas se trouver en situation de conflit d’intérêts entre instances décisionnaires et organisme de formation.

Cette précision est nécessaire pour comprendre la place et la fonction de l’ODPC – PP et la relation que cette association nouvelle entretient avec l’AFPEP – SNPP. Les statuts sont extrêmement précis quant

aux liens tissés entre les deux associations, et une convention est en cours de signature afin de préserver une solidarité à tous les niveaux : qualité de la formation, choix des programmes, exercice comptable...

Les membres du Conseil d'Administration de l'AFPEP – SNPP restent les garants d'une formation de qualité, à charge pour l'ODPC – PP de l'adapter aux contraintes nouvelles du DPC. Et ce n'est pas une sinécure ! En effet, la première étape, après l'enregistrement des statuts, fut de faire valider notre association ODPC – PP en tant qu'organisme formateur. Et là, on comprend mieux pourquoi de gros organismes de formation, habitués à jongler avec les contraintes administratives, peuvent se permettre d'occuper largement le terrain en répondant parfaitement aux attentes de l'HAS et de l'OGDPC, sans pour autant proposer des programmes cohérents et utiles dans le cadre de nos formations de psychiatre.

Aujourd'hui, l'ODPC – PP est validée sur le plan administratif, et donc apte à délivrer une formation dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Par contre, nous n'avons pas encore reçu la confirmation définitive de validation scientifique de notre premier programme DPC qui se déroulera lors des Journées Nationales de Strasbourg sur le thème : « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité ». Cela ne devrait pas tarder, mais l'usine à gaz du fonctionnement de l'OGDPC nous oblige à être patients.

Je remercie vivement Michel Jurus et Jacqueline Légaut d'avoir, non seulement conçu ce programme, mais fait en sorte de le rendre compatible avec les exigences de l'OGDPC. Ils ont ouvert le bal, et maintenant, c'est au tour d'Élie Winter et Patrice Charbit de faire la même chose autour de « Prescription », notre prochain programme qui se déclinera à Paris, Bordeaux et Lyon. Si tout se passe bien, l'AFPEP – SNPP, par le biais de l'ODPC – PP, devrait assurer trois à quatre programmes par an, lors des Journées Nationales, du Séminaire de Printemps, de Formations In Situ et de formations en région.

Je tiens également à remercier Françoise Labes et Anne Rosenberg, membres de l'ODPCpsySM, qui nous ont aidés, par le biais de la FFP, à ajuster nos positions et à nous rassurer sur la coopération possible entre les deux associations, au cas où l'une s'avérerait en situation de blocage. Ceci signifie qu'en tout état de cause, nos formations DPC pourront être assurées. Et, bien entendu, tout ce travail a été soutenu par l'ensemble du Bureau de l'AFPEP – SNPP qui n'a pas ménagé ses forces à tous les niveaux, et notamment pour rendre praticables les instances décisionnaires, et sans nous faire manger par les ogres universitaires.

Chaque participant à une action de formation DPC devient, de fait, adhérent de l'ODPC – PP, en versant une cotisation de 35 €, dont sont exonérés les membres fondateurs. Il est demandé à tous les membres du conseil d'administration de l'AFPEP – SNPP d'adhérer à l'ODPC – PP dès maintenant, en prévision de leurs futures formations, et afin d'assurer un fonds minimum de roulement de l'association en attendant qu'elle soit largement bénéficiaire lorsqu'elle aura pu recevoir la rémunération pour ces formations. Je vous précise que ces bénéfices serviront directement à financer le travail et les conditions matérielles assurées par l'AFPEP – SNPP.

Les membres fondateurs ont accepté d'assurer la mise en place de l'ODPC – PP, mais ce travail, ajouté à celui dans le cadre de l'AFPEP – SNPP, et à tout le reste, a été important. Les membres du bureau de l'ODPC – PP n'ont pas vocation à se maintenir trop longtemps à leurs postes de responsabilité. Il est donc nécessaire de procéder à des élections très régulièrement, et il est hautement souhaitable que les membres du Conseil d'Administration de l'AFPEP – SNPP viennent nous rejoindre à la tâche, sachant que le plus ingrat a été fait. De plus, outre le travail assuré par Chantal Bernazzani, nous allons dès maintenant demander l'aide logistique d'une personne habituée au fonctionnement du DPC, afin d'alléger notre tâche et celle de Chantal. Une raison de plus pour ne pas hésiter à nous rejoindre au sein du bureau.

Rapport d'activité

Notre bureau s'est réuni ce samedi 5 avril 2014, soit un an exactement jour pour jour après la réunion de fondation de notre OGDPC PP à Reims l'an dernier.

Au cours de l'année écoulée, nous avons déposé notre dossier d'agrément en décembre : après l'obtention de l'agrément administratif, nous attendons celui du CSI. Nous pourrions en disposer notamment pour la formation prévue lors des Journées de l'AFPEP à

Strasbourg, formation intitulée « Accès à la psychiatrie des personnes en situation de précarité », et qui a constitué la base de notre dossier présenté en vue d'obtenir l'agrément de formation. Néanmoins, au cas où nous ne l'obtiendrions pas, nous pourrions disposer de l'agrément de l'ODPC Psy SM.

Par ailleurs, nous avons prévu divers temps de formation :

- journée de travail à Paris, Bordeaux, Lyon sur le thème « Prescription »,

- journée sur le thème « Gérontopsychiatrie » avec l'intervention du Dr Aumjaud et de D. Polad.

Enfin, l'obtention de cet agrément nous permettra de pouvoir être validant pour les cinq ans à venir, et de proposer d'autres temps de formation aux collègues libéraux en particulier.

Étaient présents lors de cette Assemblée Générale de l'ODPC PP :

Le bureau en la personne du président Thierry Delcourt, le trésorier Michel Jurus, le secrétaire général Jacqueline Légaut, plusieurs membres de l'AFPEP – SNPP (qui est le maître d'ouvrage de l'OGDPC PP, celle-ci en étant le maître d'œuvre), Françoise Labes, Béatrice Guinaudeau, Claude Gernez, Michel Marchand, etc.

Jacqueline Légaut
Secrétaire Générale

Rapport financier

Notre ODPC – PP est à son début d'activité en 2014. Les cotisations des membres adhérents, soit 18 inscriptions, totalisent 630 euros à la date du 5 avril 2014. La mise en place de notre premier programme sur la Précarité en octobre devrait permettre de continuer avec un apport de trésorerie conséquent.

Michel Jurus
Trésorier

Élections

Lors de l'Assemblée Générale de l'ODPC – PP, il a été procédé aux élections puisque les membres fondateurs étaient nommés pour un an.

Rappel

Président	Thierry Delcourt
Vice-Présidente	Béatrice Guinaudeau
Secrétaire Générale	Jacqueline Légaut
Trésorier	Michel Jurus
Membres fondateurs	Jacques Barbier et Françoise Coret

Béatrice Guinaudeau ne se représentant pas.

Les autres membres ont été reconduits à l'unanimité au Conseil d'Administration à leurs postes, Françoise Labes a pris le poste de Vice-Présidente laissé vacant par Béatrice Guinaudeau.

Anne Rosenberg a été élue à l'unanimité au Conseil d'Administration au titre du collègue adhérent.

Convention

Une convention posant les termes du lien indéfectible entre l'AFPEP – SNPP et l'ODPC – PP tant sur le plan comptable que scientifique a été signée à l'unanimité par les 14 membres présents et à jour de cotisation. La Convention signée par les présidents des deux associations sera annexée aux statuts de l'ODPC – PP.

Thierry Delcourt
Président

Mémoires de psychiatre

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 : « Etre 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 faire partager vos parcours pour illustrer la psychiatrie de notre époque.

Votre expérience est irremplaçable et la transmission de votre pratique est pour nous une force de mobilisation...

Envoyez nous votre écrit par mail à l'AFPEP – SNPP.

Michel Jurus

Toutes les poupées sont alignées sur leurs petites chaises et la fillette de huit ans a fabriqué des minuscules cahiers qu'elle remplit avec soin. Dictée, calcul, histoire, géographie, elle interroge ses élèves et met des notes. C'est décidé, elle sera institutrice.

Classe de troisième. Le samedi après-midi, quand le lycée se vide de toutes ses élèves, une classe fonctionne encore : ce sont les cours préparatoires au concours d'entrée à l'Ecole Normale, qui regroupe des élèves de troisième et seconde. Maths et français, un régal. Le programme est passionnant, les professeurs sont décontractés, l'avenir est lumineux.

A quelques jours de l'épreuve, il faut rendre les dossiers de préinscription. Et s'engager en cas d'interruption des études à rembourser l'Etat qui va financer les dites études.

Le couperet tombe. Ma famille, fort modeste, ne veut pas prendre de risque. Je ne passerai pas l'examen.

En première, une amie dans la classe prépare le concours d'entrée à l'Ecole d'infirmières, et me demande mon aide, car elle est aussi brillante que dilettante, ou plutôt, la pensée de son petit ami l'emmène loin des chemins scolaires. J'accepte, et me voici répétitrice. A mi-parcours j'en sais autant qu'elle et envisage de me présenter aussi à cette épreuve. Elle rit, et dit : « non, toi tu feras médecine ».

Certes, mes résultats peuvent me permettre d'envisager des études supérieures, mais je suis interloquée par tant d'aplomb. Séduite aussi, pourquoi pas ?

Le veto de ma famille intervient pour les mêmes raisons que précédemment. Je tiens bon : une fois mais pas deux. Je financerai mes études.

Boursière depuis la sixième, je sais que je pourrai sans doute bénéficier encore de cette aide, et en donnant des cours du soir, j'y arriverai. La passion de

l'enseignement sera le soutien de ma nouvelle vocation. J'ai deux élèves, je suis habituée à vivre de peu.

Je démarre les études de médecine. Me marie et fais très vite des enfants.

J'envisage l'obstétrique et recule devant le travail à fournir pour préparer l'internat, incompatible avec le rôle de jeune maman. Mon conjoint travaille mais gagne un salaire peu élevé de maître auxiliaire. Il va me falloir travailler vraiment, les émoluments d'externe sont insuffisants.

Je viens d'accoucher de mon deuxième enfant, suis en cinquième année après celle de CPEM, et un poste de résidente en réanimation s'offre à moi. Je renonce pour pouvoir m'occuper de mon bébé. Un ami m'appelle dans mon service, pour m'avertir que deux postes de faisant fonction d'interne, à l'Hôpital psychiatrique où lui-même vient d'être embauché, sont à pourvoir. Le lendemain, après avoir rencontré le médecin-chef, et obtenu la bénédiction de mon patron de stage, je troque ma blouse d'externe pour celle d'interne en psychiatrie.

C'est donc un choix alimentaire qui m'a amenée dans un milieu dont j'ignore tout, pour lequel ma seule formation est celle de la lecture de Freud en terminale.

Une grande aventure commence et quelques mois plus tard je complète l'excellente formation que me dispense mon patron par une exploration de ma personnalité. Je passerai de nombreuses années sur le divan.

Un troisième enfant naît pendant ce nouveau cursus, je fais des remplacements d'infirmière, puis après obtention du concours d'internat, je poursuis conjointement mes études par un CES de médecine du travail, effectue des remplacements dans cette spécialité, puis en médecine générale. Accessoirement m'inscris aussi à une formation en acupuncture et en homéopathie.

J'arrive à la fin de six années passées à l'HP, comme on le nomme familièrement. On me propose de poursuivre, je refuse et fais le choix de m'installer aussitôt. Sans argent, mais certaine de me forger une clientèle tout en assurant « mes arrières » avec des vacances en IME et CAT que j'effectue déjà depuis plusieurs années.

Pari réussi, en moins d'un an j'ai constitué une clientèle où d'emblée la place d'une psychothérapie analytique est prépondérante. Je reçois des adultes et des enfants, et entame une formation au sein de mon groupe psychanalytique. Me forme aussi à la relaxation. Participe à des séminaires. Elève mes enfants, malgré un divorce houleux.

Un voisin avocat me convainc de me former à l'expertise mentale et de proposer mes services pour les Tutelles. Je suis son conseil. Obtiens mon diplôme et exerce cette fonction passionnante jusqu'à ce jour, soit depuis plus de trente ans.

Entre temps, j'ai quitté le CAT et l'IME, et suis devenue médecin responsable d'une équipe travaillant auprès d'enfants trisomiques (un G.E.I.S.T.), installée dans une école ordinaire où une classe spéciale est réservée aux enfants d'âge scolaire. Une aventure qui dure sept ans. Je suis encore aujourd'hui un jeune adulte que j'ai connu bébé, et qui, à défaut d'être totalement autonome, travaille et vit dans son propre logement.

Plus tard j'intègre un centre dédié aux enfants malentendants, et une autre structure prenant en charge des adultes déficients malentendants, ou un foyer occupationnel. Dans ce parcours il y a quelques moments où l'activité libérale est sans concurrence, mais rapidement une proposition se fait jour : travailler dans un centre anticancéreux. Je réfléchis. Un peu. L'aventure me tente car depuis longtemps j'accompagne des patients cancéreux au cabinet. J'accepte.

L'expérience durera sept ans, jusqu'à ce que je fasse valoir mes droits à la retraite salariée.

Une matinée par semaine, un vrai rallye, entre le staff, les consultations ambulatoires et celles au lit des malades, les rencontres informelles avec différents membres de l'équipe, les familles, et la mort partout, annoncée, vécue, évacuée, redoutée, et celle qui vient nous couper le souffle, de cette jeune femme médecin spécialiste de la douleur, foudroyée par une crise cardiaque..

Je cours entre les bureaux, entre les chambres, gravit les sept étages du bâtiment, essaie d'expliquer à des somaticiens « purs et durs » l'intérêt de maintenir des psychotropes ou de les moduler en fonction de l'évolution des symptômes, et enfile régulièrement un « scaphandre » pour pénétrer dans les chambres stériles, ou comment établir un contact quand tout contact physique est réglementé et que jamais les patients ne voient totalement mon visage amputé par le masque.

Expérience difficile et riche où je vais voir mourir la jeune sœur d'une amie d'enfance, que j'ai vue « naître » et qui fut un temps ma patiente. Que j'accompagnerai jusqu'à sa dernière demeure, une fois n'est pas coutume..

Ma formation de criminologie adaptée à l'expertise mentale, a été complétée par une de victimologie, puis par un cursus en EMDR, et d'autres techniques de retraitement de l'information pour la prise en charge des traumatismes.

Mes vieux rêves d'enseignement se sont concrétisés au sein de l'Ecole d'infirmiers psychiatriques (institution disparue avec la réforme des études d'infirmiers, tout comme l'internat spécifique en psychiatrie), d'une école d'éducateurs, ou dans diverses interventions auprès de confrères, conférences, séminaires..

Aujourd'hui je n'exerce plus qu'en libéral, ne prends plus aucun nouveau patient mais accueille toujours les anciens dont les épreuves de la vie les ramènent à explorer leur histoire et envisager des solutions qu'ils n'auraient osé penser seuls.

Les personnes incapables majeures me permettent d'avoir une ouverture sur l'extérieur, maisons de retraite, hôpitaux, institutions, maison d'arrêt, et domiciles qui me rappellent le temps de mes gardes de médecine générale où je visitais toutes les misères du monde. Certains viennent au cabinet, seuls ou accompagnés, qui d'un travailleur social, qui d'un membre de sa famille. Psychotiques, déficients intellectuels, polyhandicapés, sourds, aveugles, jeunes (certains pas encore majeurs, les familles anticipant les délais de la justice pour statuer), vieillards, alcooliques, des hommes, des femmes, pauvres et riches, tentant de conserver une prestance ou édentés, balafrés, ridés, défigurés par la vie.

C'est ça aussi, la psychiatrie.

C'est aussi vivre une expérience peu commune : expert auprès de l'Officialité Métropolitaine de ma ville (tribunal ecclésiastique qui juge les demandes d'annulation de mariages catholiques). Les examens sont très longs et les rencontres passionnantes. J'ai vu des destins basculer après ces entrevues.

Membre titulaire de ma société de psychanalyse, je participe depuis une trentaine d'années au petit groupe local qui fonctionne toujours, malgré l'avancée en âge des participants, les défections, déménagements, et le décès récent d'une très chère collègue. Suis devenue membre du Conseil d'Administration. Participe aux colloques et Journées d'Etudes. Voyages à Paris qui viennent alourdir des semaines de travail déjà bien chargées. J'écris aussi quelques articles.

Que des patients, fins limiers, dénichent sur Internet... ce qui vient alimenter le transfert.

Se pose désormais la question de la fin de l'histoire. Il n'y a pas de manuel expliquant comment on cesse un jour d'être psychiatre. Comment on met la clé sous la porte.

Avant ça, il va falloir obtenir une dérogation : l'ascenseur de l'immeuble ne peut accueillir de fauteuil roulant.

Continuer de lutter pour ne pas télétransmettre. Et parce que je remplis des feuilles de soins, attendre deux mois que la CPAM veuille bien régler les honoraires pour les patients bénéficiant de la CMU.

Attendre parfois un an d'être payée par les tribunaux.

Ou plusieurs semaines pour mettre à l'encaissement les chèques de patients de plus en plus en difficulté financière.

Et sourire. Les patients me disent souvent : c'est agréable, vous souriez toujours !

Eh oui, qu'est-ce que vous voulez que je fasse d'autre ?

Martine Fleury
Rouen

Réponse de Jean Garrabé à Jérémie Sinzelle

Cher ami,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article sur «Les impasses de l'impensé ou promesses du non publié» publié dans le BIPP de Novembre. Vous m'avez éclairci le mystère du chapitre par Alois Alzheimer sur l'anatomopathologie du groupe des psychoses schizoéphréniques dans le Traité Aschaffenburg auquel renvoie Eugen Bleuler dans le sien, article qui en fait n'a jamais été écrit. Par contre en ce qui concerne le «non publié» de Ey à propos de Bleuler vous me paraissez très pessimiste car nous disposons de :

1. la traduction résumée par Henri Ey en 1926 de «Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien» de 1911. Des exemplaires ronéotypés nous étaient remis lorsqu'on suivait son enseignement au Cercle d'études psychiatriques. Elle a été republiée en 1964 dans Analectes suivie de «La conception d'Eugène Bleuler» (inédit) et «Des principes de Hughlings Jackson à la Psychopathologie d'Eugen Bleuler», communication au Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de Langue Française Genève-Lausanne, 22-27 Juillet 1946. (Cette partie n'est pas reprise dans la réédition d'Analectes).
2. par contre lorsqu'Alain Viillard publie seulement en 1994 sa traduction de Bleuler, il la fait suivre de cet inédit. Viillard a publié sa traduction au Cercle d'Etudes psychiatriques que nous avons maintenu.
3. j'ai personnellement réuni et préfacé dans un recueil «Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques» (Les Empêcheurs de penser

en rond 1993) 22 textes publiés par Ey d'abord avec Guiraud, Claude, M^{me} Bonnafous-Sérieux puis seul sur le groupe des psychoses schizoéphréniques (dont les chapitres de la 1^{ère} édition qu'il s'était réservé d'écrire personnellement). J'y ai inclus des analyses par Ey de livres publiés par Jakob Wyrsch, Lewis B. Hill et surtout celui de Manfred Bleuler qui n'a pas été traduit en français. Comme vous le savez, Ey est toujours resté en contact étroit avec Manfred Bleuler surtout à l'occasion du II^{ème} Congrès Mondial (de la WPA) de Zurich en 1958 sur la Schizophrénie présidé par Jung. Ey a organisé un colloque de l'Evolution Psychiatrique pour le préparer et en a fait un compte-rendu. (Je l'ai inclus dans le recueil)

4. quant à la demande de Madame Renée Ey, très inquiète de savoir ce que deviendraient à sa mort les archives, les manuscrits et la bibliothèque personnelle de son mari conservés dans la maison familiale de Banyuls-dels-Aspres, nous avons fondé à Perpignan l'Association pour la Fondation Henri Ey, que j'ai présidée jusqu'à l'an dernier. Nous avons pu déposer après la mort de M^{me} Ey ce fonds aux Archives municipales et à la Médiathèque de la Ville où ils sont consultés par des chercheurs français et étrangers...

(...)

Amicalement,

Jean Garrabé

Journée de formation sur la géro-psycho-geriatrie

Nous étions une vingtaine, psychiatres, généraliste et intervenants réunis le 23 novembre 2013 à Paris pour échanger sur la géro-psycho-geriatrie, sous l'égide de Frédéric Aumjaud et José Polard.

Cette journée d'étude sur un sujet peu fréquemment évoqué fut riche d'enseignements.

Nous y avons appris la distinction entre jeunes-vieux et vieux-vieux, que les sujets, eux, ne vieillissent pas contrairement à leur corps. C'est pourquoi il n'y a pas lieu de s'arrêter à un « c'est du à l'âge ».

Vieillir n'est pas cesser de devenir. Pour Winnicott, un individu est sain s'il se sent vivant. Il semble préférable de mourir vivant plutôt que de vivre mourant.

Vieillir n'est pas mourir mais le rapport à la mort change avec l'âge comme le rapport au temps. On entre dans un temps fini. Avant 50 ans, on a peur de la mort, et plus tard, c'est la peur de mourir.

Est-ce encore normal de vieillir aujourd'hui, le narcissisme ayant horreur du vieillissement ?

Celui-ci n'est pas synonyme de dépendance puisque 17 % seulement des personnes âgées sont dépendantes. Certaines l'acceptent très bien selon leur rapport à leur propre enfance, d'autres moins bien en référence à leur adolescence.

A l'instar des enfants (et peut-être de tout un chacun ?), on ne peut séparer le vieillard de son environnement. Il faut les considérer comme une entité.

Leur prise en charge est bien entendu multiple, la psychiatrie n'étant qu'une des approches.

Les exposés de nos experts ont nourri quantité de réflexions et enrichi les débats qui se sont déroulés dans une ambiance apéropienne fort chaleureuse.

Anne Rosenberg

Les États Généraux de la Pédopsychiatrie

Après de nombreuses réunions préparatoires en région, les États Généraux de la Pédopsychiatrie (EGPP) se sont tenus le 04/04/2014 à Paris dans la magnifique salle des fêtes de l'Hôtel de Ville de Paris. De nombreuses demandes d'inscription n'ont pu être satisfaites et c'est devant 700 personnes que commencèrent les travaux.

Après la présentation d'un film recueillant le témoignage de familles ayant un enfant suivi en service de psychiatrie infanto-juvénile ; se sont succédés, les exposés, les débats entre parents, leurs représentants, les différents professionnels concernés dans la prise en charge médicale, éducative et sociale et la salle.

De la large place accordée aux parents, il en ressort, leur isolement, leur souffrance, l'attente du diagnostic, le manque de structures de proximité, les difficultés financières, l'inquiétude devant l'avenir de leurs enfants, mais aussi la confiance dans les équipes qui reçoivent leurs enfants.

La question du handicap est posée, comme le souligne une mère, « sans cette reconnaissance du handicap, la situation devient handicapante ».

Tous, parents et professionnels soulignent que « la pédopsychiatrie, ça marche ». Rien ne serait possible, sans des échanges soutenus avec les parents, l'engagement des équipes, leur disponibilité, leur créativité pour inventer le « cas par cas » pour chaque situation. Penser ensemble dans un travail pluridisciplinaire, intersubjectif revient comme un leitmotiv, bien loin du chrono phage rapport d'activité, pour aider les enfants à devenir libres de penser et de choisir, les parents à être parents mais pas que des parents.

Sont abordées aussi les questions de la prévention, de l'inflation des diagnostics neurologiques.

La présentation des 10 propositions pour la Pédopsychiatrie conclut cette journée et Mr Denys Robiliard, Député Rapporteur de la Mission d'Information sur la Santé Mentale s'est engagé à les transmettre au Ministère.

L'AFPEP – SNPP a soutenu cette journée par la présence d'un stand et de membres de son Bureau.

Les consultations en médecine libérale, bien que de nombreux enfants y sont suivis, ont tenu peu de place dans ces EGPP, si ce n'est par l'intermédiaire d'intervention dans la salle et, celle de la représentante de l'Association de Pédiatrie Ambulatoire qui a évoqué le travail pluridisciplinaire fait en cabinet libéral.

Les recommandations sur l'autisme de la HAS, la prescription en forte hausse d'amphétamines à de jeunes enfants, n'ont malheureusement pas été abordées.

Nous partageons, avec les conclusions des EGPP, un souci de produire une recherche qualitative et non quantitative pour soutenir la spécificité du soin dans notre pays, en espérant que l'image sociétale et médiatique de nos métiers soit moins en dissonance avec la confiance que nous font majoritairement les parents.

Béatrice Guinaudeau

TRIBUNE LIBRE

Démocratie et acte de soins

Communication au congrès des psychiatres privés Tunisiens

le 15 février 2014

Chers amis, chers collègues,

Vous avez imposé, le mouvement social tunisien, avec la présence déterminante des femmes tunisiennes, a imposé l'adoption d'une Constitution révolutionnaire dans le monde arabe, révolutionnaire car elle introduit une rupture, une césure qui repose sur ce formidable trépied : égalité homme femme, état civil, liberté de conscience. Certes beaucoup d'entre vous la trouvent insatisfaisante, ambiguë, voire dangereuse. Cette constitution n'est pas aboutie mais n'est-ce pas l'essence même de toute constitution de ne pas être aboutie ? D'être le reflet du mouvement social, de l'état d'une société ? N'est-ce pas dans ces manques, ces failles que s'engage, se vérifie et s'éprouve ce qu'est la démocratie et comment elle peut continuer à advenir ?

Aujourd'hui une formidable évidence s'impose : le peuple tunisien depuis trois ans a accompli, accomplit et accomplira l'expérience démocratique dont Churchill disait que c'est le pire des régimes à l'exception des autres. La démocratie est à entendre comme l'existence de la politique (il suffit de passer quelques jours avec vous pour repartir ivre voire saoulé... de politique, celle qui anime vos pensées, vos actes et vos débats depuis plus de trois ans).

Vous avez institué la politique. Vous avez institué le débat démocratique.

Mais cette démocratie prend acte dans et de l'insatisfaction qu'elle engendre à partir du moment où vous réalisez, où nous réalisons qu'elle est liée

d'une manière inextricable à ce qui la menace. Et cette insatisfaction a des effets : vous avez vous été traversés par tous les affects et les pensées possibles, par toutes les humeurs, par toutes les versions du redoutable duo optimisme-pessimisme, qu'un futur DSM6 aurait d'ailleurs du mal à classifier. Certes on pourrait lui proposer de le classifier en « troubles de l'humeur et des affects au moment d'une expérience révolutionnaire », je ne doute pas un seul instant que le traitement conseillé aurait comme objectif médical : comment revenir à l'état antérieur ?

Nous voilà déjà confrontés à un anachronisme : il n'y a pas de correspondance entre la démarche médicale type DSM et ce qui peut en être de vos aspirations car je suis persuadé que vous ne souhaitez pas revenir à un état antérieur !!!

Donc il y a des cas qui peuvent être considérés par nos nosographes patentés comme pathologiques (et j'en ai rencontré parmi vous ici même à Sousse il y a trois ans) et qui en même temps seraient de l'ordre d'un processus quasi naturel, en rien pathologique. On pourrait presque dire que ces troubles de l'humeur feraient tout simplement partie de la richesse du fonctionnement psychique humain, de la folie qui nous est inhérente car ces troubles de l'humeur et des affects étaient et seront encore les signes qu'un immense espace d'incertitude s'est ouvert en Tunisie.

Je voudrais également proposer une nouvelle catégorie diagnostique : « amélioration des capacités cognitives » ou alors « développement aigu de

capacités élaboratrices » ou encore « irruption sur la scène publique de sujet à la personnalité introvertie et silencieuse ».

Trouver ou retrouver cet espace d'incertitude en démocratie, n'est ce pas se réapproprié un espace de doute, de créativité et d'invention ? Osons une comparaison : cela n'est il pas comparable à tout acte de soin digne de ce nom. L'éthique en psychiatrie, celle qui articule de manière permanente l'espace de l'engagement, du doute et du risque ne procède t elle pas du même processus que celui de l'engagement citoyen ?

On a souvent dit, suivant l'adage freudien, que l'inconscient ignore le temps, mais ce ne serait nullement là une raison suffisante pour penser que le temps ignore l'inconscient (Dany Robert Dufour). En d'autres termes, il est parfaitement possible de soutenir de même que l'inconscient ignore le temps, que la condition subjective varie suivant le temps, subit la variation historique.

Lacan, d'une façon très provocatrice, disait que l'inconscient finalement c'est le politique, à savoir que l'inconscient comme rapport à l'autre, est en effet nécessairement politique, dans la mesure où l'autre ordonne l'aire sociale où le sujet se produit. Or cet autre ne cesse de changer dans l'histoire. Ainsi cette relation à l'autre est déterminée par les conditions de l'existence et les souffrances psychiques qui en découlent.

Vous vivez de très grands changements, si importants sans doute que vous ne vous en rendez pas toujours compte. C'est en tout cas le message que j'essaie de vous transmettre sans relâche depuis trois ans. Car vous avez réussi à peser sur les événements, car vous avez réussi à écrire votre histoire.

Arrivant à Tunis pour une séance de psychodrame Balint fin janvier 2011, j'étais attendu par Sofiane Zribi à l'aéroport. Sofiane était caché derrière « le canard enchaîné » qu'il me brandit avec un sourire que je ne lui connaissais pas. Oui la liberté de la presse était conquise en moins d'une semaine et je compris que je n'aurais plus à lui apporter les journaux interdits, régulièrement cachés dans mon sac de voyage.

Pour vous dire aussi que si les êtres changent le rapport à la fonction va aussi changer, et naturellement vous le savez mieux que quiconque, les pathologies vont avoir pour le moins des formes d'expression différentes, voire vont disparaître tandis que d'autres vont apparaître ; et surtout peut-être la relation entretenue avec les patients aussi va évoluer.

Il s'agit d'une expérience. Car qui dit expérience dit, bien sûr, expérience subjective, c'est à dire mise à l'épreuve de la relation entre le pouvoir et les sujets.

Le pouvoir peut s'entendre de deux manières : l'une comme l'idée d'un pouvoir fixé, chosifié et immobile et l'autre comme doué d'incertitude, pris dans la relation et non comme « cette chose » que l'on acquiert possède ou perd.

Le pouvoir dictatorial se glisse dans la première catégorie avec le prince qui formule le droit, le père qui interdit, le censeur qui fait taire ou le maître qui dit la loi. Tout est défini en rapport à l'obéissance, et pas seulement du côté du dictateur mais aussi dans toutes les sphères de la société car chacun va devoir ou vouloir s'identifier à cette forme de pouvoir, dans les plus petits actes de la vie quotidienne. Les relations entre les êtres sont aussi déterminés par la relation que les gens de pouvoir (qu'il soit suprême ou politique) instituent avec les ou leurs sujets. Cette forme de pouvoir est axée par la dimension binaire de la pensée, de la relation, du mode d'existence, du rapport au savoir.

Cette forme de binarité politique et sociale influe sur les conditions du soin et notamment sur le rapport médecin-patient : il existe alors un savoir médical, un savoir psychiatrique, si tranquillement et tout naturellement identifié au pouvoir qu'il pourrait s'énoncer ainsi : « Vous patient vous ne savez pas et moi médecin je sais ». « Je sais ce que tu ne sais pas et tu vas obéir à mes prescriptions car moi je sais que cela va te faire du bien et si cela ne te fais pas du bien, si tu es toujours malade, c'est vraiment que tu n'es pas un bon malade, voire pas un vrai malade ». La science qui étaye et appuie ce type de savoir annule ou méprise des questions osées qui pourraient surgir de cette résistance : « Peut-être que toi le patient tu ne m'aimes pas assez », interrogeant alors ce qu'il en est du transfert ou du contre transfert, car comme vous le savez le transfert est une affaire d'amour. Ce savoir est assimilé à un pouvoir sur l'autre, empli de condescendance et de certitudes la plupart du temps erronées d'ailleurs.

Mais penser le pouvoir sans le roi ou le dictateur, entrer dans le jeu subtile et ô combien difficile de la démocratie c'est vivre que le pouvoir ne s'assimile pas au savoir, que le socle est mouvant, que les rapports de force induisent sans cesse par leurs inégalités des états de pouvoir locaux, relationnels, toujours en mouvements, permanents, fluctuants. C'est entrer dans le monde de la complexité, c'est assurer aussi que chacun se construit avec d'autres atouts que l'obéissance au dictateur ; c'est tout simplement se dire que j'ai un certain savoir, et que j'ai à m'interroger en permanence sur le pouvoir que je m'octroie ou qui m'est octroyé ; mais que je n'ai aucun savoir sur ce que vit ce patient qui est là en face de moi et que c'est lui qui va m'aider à apprendre la psychopathologie. Il suffit que je me dispose à l'écouter, à m'écouter et alors

s'ouvre ce fameux champ de l'incertitude, axe central de la démocratie et à mon sens de toute relation de soin en psychiatrie.

Soigner c'est réussir à nous dégager de nos certitudes, voire accepter le chemin de leur dissolution. C'est ce chemin vers cette dissolution qui inaugure une histoire qui laisse indéterminée les fondements du pouvoir, du savoir et de la loi, donc de la relation à l'autre.

Aussi faire l'expérience de la démocratie amène-t-il à faire l'expérience d'un rapport au pouvoir différent, donc d'un rapport médecin-patient différent.

Nous avons tenté de décrire très schématiquement ces deux positions soignantes en fonction de deux systèmes politiques, persuadés cependant que les deux tendances coexistent en permanence et qu'il s'agit d'une variante de balancier...

Cependant actuellement il y a d'autres pouvoirs que celui du dictateur, il y a d'autres pouvoirs qui abrasent la pensée, l'inventivité, le dynamisme. Il y a d'autres pouvoirs qui attaquent la démocratie. Regardons ce qui se passe en France pour appréhender ces nouvelles formes de pouvoir.

Il nous faut poser des questions douloureuses : Comment l'expérience démocratique française liée à l'ouverture s'est-elle muée en ressenti d'impuissance, de précarité et de vulnérabilité ?

Comment l'incertitude qui en un sens faisait vivre la dynamique démocratique s'est-elle pervertie en une véritable hantise de l'insécurité, en une intrication permanente de la peur et la recherche de sécurité et ses corollaires tristement classiques dans l'histoire : repli communautariste, conservatisme effréné, racisme, antisémitisme ; c'est sur ce terreau malsain que prolifèrent les thèses les plus conservatrices.

La crise consiste justement dans le fait que « l'ancien meurt et que le nouveau ne peut pas naître » : ce constat d'Antonio Gramsci est devenu une citation banale. Mais on oublie trop souvent la phrase qui suit dans les Cahiers de prison que tenait ce communiste italien enfermé jusqu'à sa mort sous le fascisme : « Pendant cet interrègne, on observe les phénomènes morbides les plus variés ».

Je pense que nous sommes en France dans ce moment de l'histoire

Nous y sommes, et nous les regardons proliférer, des monstruosité, entre sidération et impuissance. Je n'ai pas le temps ici d'évoquer les manifestations racistes et antisémites qui prolifèrent, ni le climat délétère qui sévit dans les entreprises, dans les hôpitaux, les écoles.

Ce repli sécuritaire général ordonne une conception sécuritaire des soins : la création du collectif des 39, il y a maintenant 5 ans, est venu témoigner du refus non

seulement que l'on traite les malades mentaux comme des êtres potentiellement dangereux mais aussi qu'en tant que citoyens nous voulions dire notre refus de voir notre démocratie surfer sur les vagues idéologiques les plus extrémistes, les plus rétrogrades nous rappelant par moments le temps des années noires. Et d'ailleurs à ceux qui en France sont dubitatifs sur ce qui se passe en Tunisie, j'ai inlassablement répondu qu'il fallait savoir balayer devant notre porte et que surtout il fallait se plonger dans l'histoire de France pour savoir que la démocratie a commis bien des erreurs, voire s'est gravement égarée par moments et continue toujours d'ailleurs.

Ceci pour vous dire que ce n'est pas parce qu'on est ouvert à la création, à l'inattendu ou qu'on élabore des positions éthiques intransigeantes que tout va aller pour le mieux, que la démocratie apportera le bonheur ou que la relation thérapeutique sera terriblement efficace.

En France, nous serions entrés depuis quelques décennies dans l'époque dite post moderne que Jean-François Liotard a été un des premiers à décrypter. Il évoquait une époque caractérisée par l'épuisement et la disparition des grands récits de légitimations, notamment le récit religieux et le récit politique. (La Tunisie ne doit pas être dans cette puisque justement ces discours ont pris ou repris toute leur place).

Tout ceci se manifeste par ce que nous avons pour habitude de nommer le développement de l'individualisme, la diminution du rôle de l'Etat, la prééminence du récit de la marchandise sur tout autre considération, le règne de l'argent, la transformation de la culture aux modes successives, la massification des modes de vie, l'exhibition du paraître, l'aplatissement de l'histoire, l'instantanéité informationnelle, l'importance prise par les technologies très puissantes et souvent incontrôlées, la demande insatiable de pleine santé, etc.

Le divin marché, nous dit encore Dany Robert Dufour. Cette situation nous demande une attention particulière et risque si nous n'y prenons pas garde de nous poser de graves problèmes éthiques : quelle positionnement pour la psychiatrie ?

Doit-elle entrer dans le jeu de l'instantané, du kit de bonne conduite, de la prescription de prothèses identitaires ? Ou la prescription médicale de psychotropes serait si désincarnée et automatique qu'elle perdrait toute valeur heuristique pour n'être que la réplique socialisée et permise, dans le miroir, de la prise de produits stupéfiants prohibés ? Devons nous reprendre à notre compte que la dépression ne serait qu'une panne de l'action alors qu'elle s'appelait la passion triste ?

C'est l'époque du pas d'état d'âme, de « sois-toi », performant, le meilleur, le plus beau, vas-y fonce, le marché prête sans intérêt. L'époque des personnalités

d'emprunt, des nous à la place des je, des illusions de toute puissance, des faux soi ; l'époque où les soignants sont convoqués à remplir des cases, l'essentiel étant que les cases soient remplies, l'époque des protocoles et du soin des protocoles...

Ce n'est peut-être plus le règne de la culpabilité et d'Œdipe qui définit aujourd'hui le sujet. Mais peut-être bien celui de Narcisse et de la honte de n'être pas performant ? La honte de rater, de n'être pas assez bon, qui entraîne ces nouvelles pathologies que nous connaissons bien, les états limites, les dépressions narcissiques, les suicides, les souffrances au travail.

Dans ce monde post moderne, « du divin marché », il est difficile de trouver des repères où puisse se fonder de l'intériorité, de l'histoire. Le déploiement dans l'espace temporo-spatial devient étriqué et pauvre. L'engluement dans le présent est manifeste. Alors le projet, l'anticipation, le retour sur soi deviennent des opérations bien problématiques. C'est tout l'univers critique concomitant à la névrose qui se trouve atteint avec son corollaire la condition subjective. Psychiatres, nous sommes comme les citoyens, infiltrés par cette idéologie, colonisés mentalement et trouvant dans certaines théories pseudo scientifiques matière à nous conforter dans cette norme sociale. Nous sommes des citoyens ordinaires ; et à propos de ces normes ne serions-nous pas tentés par les sirènes de la renommée, de nous complaire dans ces positions d'expert, celui qui sait, qui dicte, qui juge ; la république des experts ! Ah quel vaste programme où serait enfin éliminés la dispute, le débat, les contradictions, la démocratie quoi ! « Si l'expert l'a dit, je m'incline, j'obéis et je me retrouve au nom d'une pseudo science dans la même position de pouvoir absolu que nous avons combattu pour obtenir cette démocratie si fragile. »

Or l'expérience professionnelle n'est pas un produit fini. Elle se définit moins par ce que nous savons faire que par la façon originale de changer notre façon de faire et de penser. Elle ne se définit pas seulement par ce qu'on sait faire mais par les possibilités dont on dispose pour se défaire d'une situation, de s'affranchir de ce que l'on sait, se détacher. Il s'agit d'une conversation intime, d'un appel à la controverse.

Quand la controverse s'éteint, quand les différences se font de plus en plus indifférentes les une aux autres, l'habitude fait son nid sous le parapluie des idées reçues, on court le risque de se résigner à comprendre d'avance ; on se prend au sérieux comme on se prend au piège. Il faut pouvoir organiser la dispute réelle pour re civiliser le réel, dans le chahut des querelles.

En psychiatrie comme dans le processus démocratique les ingrédients sont les mêmes.

La liberté, l'autonomie sont des objectifs oh combien généreux et louables pour une démocratie et pour nos patients mais attention de confondre liberté, solitude ou abandon.

Or sous prétexte d'autonomie c'est fort souvent l'abandon qui règne aujourd'hui : abandon des conquêtes sociales, abandon des patients, abandon des valeurs d'accueil, d'hospitalité de la folie etc. Abandon par la société, par les institutions, par les familles, par les psychiatres. Cette « atmosphère » post moderniste organise et produit des symptomatologies individuelles et sociales les plus rebelles : la secte ou l'incivilité, la toxicomanie ou la violence constituent des essais de réponses ratées, pathétiques et dangereuses à cette entrée obligée dans une société qui dévalorise le lien social, pour qui faire du marché est la seule valeur universelle, exerçant par là même un excès de puissance intolérable pour plus de 90 % de la population mondiale.

Au nom de quoi la psychiatrie et les psychiatres échapperaient-ils à cette évolution ? Nous y sommes confrontés quotidiennement, pris dans les dimensions de rentabilité, de marchandisation, de performance, de cheminement binaire, de simplification, de réductionnisme. Une psychiatrie sans histoire, sans culture, sans sujet ; une psychiatrie qui serait une spécialité médicale comme les autres, en apparence désarrimée du moment social alors qu'elle serait une réponse parfaitement ajustée à la prégnance idéologique de ce nouveau maître du monde qu'est devenu le marché.

Une psychiatrie normative, sécuritaire, prescriptive. La psychiatrie NSP, celle qui évacuerait le sens, la psychopathologie, tel est le rêve idéologique des nouveaux pouvoirs : éliminons le sens, c'est fatigant de penser, de ressentir, d'élaborer.

Et le diagnostic, tout puissant, érigé en valeur heuristique essentielle viendrait concrétiser tout cela. Certes si nous pouvons affirmer que le diagnostic est le fondement de la discipline psychiatrique, nous n'omettrons pas de lui adjoindre un triptyque indispensable : pour qui, pourquoi, comment ?

Nous voilà dès lors aux prises avec un champ où règne en maître la dimension de la complexité. Mais avons-nous le désir, les possibilités, le temps d'aborder le champ de cette complexité, celui qui permet de reporter le domaine des apparences cliniques à un autre domaine, celui des processus, donc de la psychopathologie ? Mais de s'en tenir uniquement au registre pur et exclusif de l'apparence convoque notre discipline vers le champ de l'immanence, se suffisant à elle-même, comme une feuille parfaitement transparente et dépourvue de la moindre épaisseur, rigoureusement plate sans rien en dessous. L'immanence : un déni de la profondeur, un déni du fait psychopathologie.

Pour déplier mon propos, je me référerai à la deuxième étude d'Henry Ey, intitulée « Le rythme de la médecine », dans laquelle Ey rappelle que depuis ses origines, la médecine n'a progressé que par oscillations plus ou moins lentes, plus ou moins régulières. Deux courants l'ont toujours traversée : le dynamisme et le mécanisme. En psychiatrie le dynamisme correspondrait à notre vision clinique, attachée certes à la singularité du patient mais surtout au fait de le prendre en compte dans sa globalité ; le mécanisme est au contraire solidement représenté par la psychopharmacologie et toutes les approches évaluatives et quantitatives.

Mais ce qui me semble important dans ce texte de H. Ey est précisément la manière dont il montre que les progrès thérapeutiques sont liés au fait que ces deux courants coexistent puisque c'est de la tension qui se produit entre eux que naissent généralement les progrès. Vouloir détruire l'autre courant me paraît ressortir de la croyance et conduire à une impasse.

Cette mise en tension permanente entre les sciences de la nature et les sciences humaines n'est-elle pas un quasi devoir éthique de tout soignant en psychiatrie ?

Cette mise en tension, je la relie à la question de la démocratie : qui décide ? Comment ? Quelle place pour le collectif ? Quel rapport entre autorité et pouvoir décisionnaire ? Quelle participation pour les équipes de

soin ? Quelle place pour les représentants du peuple ? Quel lien entre savoir et pouvoir ? Quel lien entre verticalité hiérarchique et transversalité ?

Nous avons écrit dans un texte préparatoire aux Etats Généraux de la Psychiatrie : « Notre discipline s'est conçue dans une triangulation entre le malade, la maladie et le soignant. Si la maladie mentale existe, il serait tout à fait contestable de penser qu'elle puisse être saisie objectivement en tant que telle, indépendamment du rapport que le patient entretient avec elle, de la manière dont il l'exprime, et à qui il l'exprime ».

L'expression ou la qualité de ce triptyque va être dépendante, entre autres, des conditions sociales et politiques du moment. Dans une dictature il y a un ordre établi qui amenuisera voire interdira ce type de référence et de réflexion. Dans une démocratie la fabrication d'un cadre de soins propice à l'élaboration de cette complexité pourra exister.

Ainsi d'un côté, il s'agira d'un ordre, sans parole possible et de l'autre d'un cadre permettant la parole.

Bien sûr ces deux tendances seront mises en tension en permanence comme les sciences de la nature et les sciences humaines le sont pour notre discipline. Qui pourrait prétendre le contraire ?

Hervé Bokobza

L'Autiste, son psychiatre, la politique de Santé, l'H.A.S.

Article extrait du texte écrit pour les Journées de l'AFPEP
à Lyon en octobre 2013 « Résistances »

Résistance, et politique de santé autour de l'Autisme

J'ai choisi de vous faire part de mon expérience à défaut de tenir un discours plus politique et engagé tels qu'ils ont émergé à la suite des recommandations « de bonnes pratiques » rédigées en 2005 par la Haute autorité de Santé: Recommandations d'utiliser des techniques de tests pour le diagnostic et à la prise en charge des jeunes autistes et TED (trouble envahissant du développement). Les Techniques de soins recommandées étaient: comportementaliste, type A.B.A ou TEACCH. L'approche psychothérapeutique était déconseillée. Encore plus la psychanalyse.

Alors, La prise en charge de l'Autisme fut génératrice de Résistances de toutes parts.

Je me réfère au Pr Bernard Golse et à son dernier ouvrage « Mon Combat Pour Les Enfants Autistes ». Le ton de l'ouvrage est celui d'un discours pacifiant dans ce monde de l'Autisme où sont entrés en lutte, les parents d'enfants autistes soutenus par certains thérapeutes, très remontés contre la psychanalyse, tenant de théories neurologique-génétique et soins comportementalistes et les tenants du tout psychanalytique. L'analyse du Pr Gosle, va dans le sens d'accorder une part à chacun, particulièrement de démontrer ce que ces luttes, véritables guerres de religion ont comme effets destructeurs. Pour lui, s'il existe des déterminants génétiques, l'état Autiste ne se révélera que sous l'influence de facteurs environnementaux, psychologiques, dépendant du discours, des signifiants qui le désignent, des

forclusions, des refoulements du discours de l'Autre. B Golse dirige un CRERA à l'hôpital Necker dans le service de pédopsychiatrie dont il est chef de service. J'accorde toute ma confiance même si un CRA (centre de ressource autisme) pays de Loire Bretagne créé en 2005 avait plutôt suscité la méfiance, et favorisé les résistances à leur égard. J'apprendrai au cours d'une formation récente, qu'il avait déclenché un assentiment quasi général des services de pédopsychiatrie dans l'Ouest alors.

Le cas clinique

J'ai reçu Alexis alors âgé de 3 ans, lorsque j'exerçais en libéral uniquement, ce détail est important car je vais témoigner de la solitude et l'âpreté de la tâche qui incombe au psychiatre qui tente l'aventure de pratiquer la pédopsychiatrie en cabinet, isolée! Alexis était dans un état de souffrance qui frappait par son intensité. Rapidement la situation apparaissait inquiétante. Ses deux parents l'accompagnaient, l'anxiété du père était notoire. La maman adoptait une distance émotionnelle qui confinait au détachement affectif, l'absence de spontanéité, peu de chaleur entouraient son enfant, unique à l'époque. Son discours était factuel, elle ne laissait apparaître aucun mouvement d'humeur tandis que son mari exprimait de l'angoisse, (voire de l'agressivité. Un lien fort s'est tissé entre ce couple, leur fils et moi, car 14 ans plus tard, ce lien n'est pas coupé au fil des déménagements de cabinets, prise de fonction au C.m.p.p et ce malgré les obstacles émanant du milieu « psy » qui se sont dressés lors de la psychothérapie. La prise en charge de l'autisme en libéral est difficile. Lors de la consultation inaugurale, l'enfant debout, catatonique, se tenait immobile et hurlait au moindre bruit alentours, au moindre geste de ma part. Il convenait d'appivoiser ce petit pétri de douleurs. Je me suis enquis de la biographie, rassemblant ses antécédents, les parents sur la défensive livraient peu d'éléments de leur histoire, et somme toute toujours les mêmes, ils craignaient mon jugement. J'ai mis en place un parcours de soins, consultations parents/enfant, et enfant seul. Les années passaient, Alexis sortait peu à peu de sa forteresse autistique, révélant alors une psychose infantile révélée par des comportements très stéréotypés, un langage faible et écholalique. Sentant mon action thérapeutique insuffisante, vers ses 6 ans j'ai proposé qu'il soit suivi par le C.M.P de secteur pédopsychiatrique. Paradoxalement, là où j'attendais un soutien, les rapports s'avèrent tendus avec certains membres de leur l'équipe. Alexis était un enfant attachant ; son institutrice de maternelle s'en occupait à la hauteur d'une véritable mission, «Il est comme mon fils!» propos que rapportèrent les parents ! Cette femme a pris une posture de rivalité à l'égard de mon travail. Un appel téléphonique de sa part très agressif le révéla. Le sujet ? J'avais émis des réserves sur le fait qu'Alexis

puisse acquérir la lecture. En effet, maintenant âgé de 17 ans il parvient à écrire quelques mots appris dont je ne suis pas sûre qu'ils prennent sens pour lui. En résumé, Le parcours de soins fut émaillé de nombreux moments d'hostilité. (Cf. enseignante, parents, autres intervenants thérapeutes).

Ces incidents sont anecdotiques mais aussi emblématiques de la prise en charge de cet enfant autiste, où chaque professionnel intervenait sans partager ou en partageant mal avec les autres partenaires et le chef d'orchestre de cette harmonie qui ne jouait pas de concert était représenté par le couple parental, le résultat fut dissonant.

Cette partition s'est complétée de l'intervention du C.R.A Bretagne, (Centre Ressource Autisme) sise à Brest avec lequel les parents avaient pris contact. Je me souviens d'un appel téléphonique lapidaire d'un médecin-responsable. Le diagnostic d'autisme fut posé après passation d'un ou plusieurs tests (ADOS probablement). Alexis fut adressé à une orthophoniste qui travaillait à 100 mètres de chez moi, qui jamais ne me contacta. Des mois passèrent, une tentative de prise de contact de ma part envers cette orthophoniste fût infructueuse. Jamais un compte rendu ne me fut adressé.

Comment Alexis ressentait-il ces divisions parmi ceux qui, prêts à donner beaucoup pour lui étaient incapables de communiquer mutuellement ? Ce qui est bien la question de l'autisme. J'étais à mon tour « autistisé », était-ce le fruit de l'intervention des parents ? Etait-ce le système de soins ? Etait-ce assimilable au Réel au sens lacanien, une absence de symbolisation, absences de paroles, passages à l'acte ? Étais-je en train de participer au fonctionnement autistique d'Alexandre, « l'autistiser », Cet enfant qui ne possédait pas les outils symboliques pour appréhender la réalité extérieure, car « il y a trou, béance, déchirure » (Lacan le séminaire livre III p 56) ? Alexis Otage-objet de ces démarches en son nom, pour son « bien » et témoin de mes agacements ! Son parcours fut celui d'un enfant entré dans le champ du handicap, d'abord scolarisé dans une Clis, (classe pour l'inclusion scolaire), à 12 ans dans l'incapacité de poursuivre un parcours scolarisé adapté en Ulis (Unité localisée pour l'inclusion scolaire) il est entré dans un IME. Il poursuit ses apprentissages et son autonomisation avec les éducateurs. Je suis restée sa psychiatre référente, et une psychothérapie analytique a débuté avec une psychologue au CMPP depuis une année environ.

Positionnement actuel du C.M.P.P LE Mans face à la création d'un centre diagnostic de l'Autisme dans le département

Forte de ce passé clinique difficile, la méfiance était de rigueur, puis avec le développement de la politique de soins de l'autisme en France, Nous nous sommes

laissés convaincre qu'il fallait mieux participer à la formation des C.R.A dans notre région d'exercice, plutôt que la bouder, « infiltrer » les réseaux pour savoir ce qui s'y passe, et se montrer garant au nom de toute l'équipe du CMPP des valeurs cliniques éclairées par le prisme de la psychanalytique.

Les psychiatres et psychologues du CRA « centre ressource autisme » de la région des pays de la Loire sis à Angers, sont pour certains des psychanalystes chevronnés, fidèles à leur éthique analytique. Refuser de participer, comme je l'ai évoqué, avis auquel se ralliaient certains autres cliniciens du C.M.P.P. risquait de nous exclure de la possibilité de recevoir tout enfant présentant un trouble repéré comme T.E.D ou Autisme dans un avenir proche, alors sans chercher à devenir Centre Diagnostic, nous intégrons actuellement le réseau de soin de l'autisme de la Sarthe.

Extrait du projet d'établissement établi en 2013 CMPP Françoise Dolto Le Mans

Réflexion sur l'autisme et dispositifs de partenariats

L'avancée nationale de la question de l'autisme nous fait nous demander comment notre CMPP F. DOLTO va se positionner et s'investir puisque précisément, les CMPP, centres de soins ouverts à toutes les souffrances psychiques de l'enfant, sont concernés par le Plan National Autisme.

Des réunions partenariales à l'initiative du CRDA (Centre Relais Départemental Autisme), ont rassemblé des parents d'enfant handicapé « ADAPEI »

(Association Départementale des Amis et Parents de personnes handicapées mentales), les professionnels des services de pédopsychiatrie du CHS (Centre Hospitalier Spécialisé), les membres du service de pédiatrie du CHM (Centre Hospitalier du Mans), une partie de l'équipe du CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) et du CMPP Dolto. Le but est de réunir les partenaires de la santé mentale pour mettre en perspective les attentes de l'ARS (Agence Régionale de Santé), en référence à la circulaire du 23 juillet 2010 et les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), afin que soit créé un « parcours de diagnostic coordonné » avec « mise en place d'une plate-forme départementale de diagnostic de l'autisme » de type « guichet unique ».

Sur ce terrain en création, l'équipe soignante du CMPP Le Mans/Mamers, qui a par ailleurs une longue pratique auprès des enfants psychotiques, se met au travail de recherche afin de définir notre positionnement sur l'échelle « dépistage, diagnostic, accompagnement de l'autisme ».

Des membres de l'équipe et le directeur assistent aux réunions nommées ci-dessus. Des formations d'aide au diagnostic, et des actions de sensibilisation à la démarche diagnostique nous sont proposées, auxquelles nous participerons. Toutefois, la singularité du CMPP F. Dolto peut d'ores et déjà s'exprimer ainsi :

« le CMPP est compétent pour faire le diagnostic d'autisme en travaillant à partir de la clinique, pour des enfants de plus de 6 ans. Les thérapeutes utilisent, et pour le diagnostic et pour les soins, leurs propres outils professionnels (psychanalyse, systémie, Rêve éveillé), notamment.

Mots-clés : Politique de l'Autisme. prise en charge de l'enfant autiste en cabinet de psychiatrie libérale. CMPP et CRA Pays de la Loire.

Bibliographie

Berges Jean. Marika Bergès-Bouines. Sandrine Calmettes-Jean « *Que nous apprennent les enfants qui n'apprennent pas ?* » 2004 Editeur ERES

Freud Sigmund : *La Technique Psychanalytique*. PUF « *La dynamique du Transfert* » Chapitre VI. 1915

Freud Sigmund : *La Technique Psychanalytique*. PUF « *Observation sur l'amour de transfert* » Chapitre XI. 1915.

Golse Bernard : *Mon combat pour les enfants autistes* : Édition O Jacob. Janv. 2013

Jacques Lacan : *le séminaire livre III chapitre IV*

J Lacan : *Le séminaire livre III chapitre IV page 60*

D.Marcelli : *Pr du service de pédopsychiatrie CHU de Poitiers.*

« *Adolescence et psychopathologie* ». Collection : *Âge de la vie*. Eds : Elsevier-Masson

Paul Laurent Assoun « *Leçons psychanalytiques sur le Transfert* » 2^{ème} édition. Ed: Anthropos. Poche Psychanalyse.

Platon : *Le Banquet*. Ed Flammarion. « *Le Monde de la Philosophie* »

Françoise Duplex
Psychiatre enfants-Adultes, Paris

Liens entre psychiatrie psychanalyse et politique

La lecture politique des prises de position actuelles, qui concernent les patients que nous avons été ou que nous sommes encore, et les patients que nous recevons est tristement éloquente compte-tenu de la même vindicte à laquelle nous sommes tous soumis, vindicte liée au processus technocratique gestionnaire qui nous submerge et vient considérablement entraver notre travail en institution et notre vie.

D'une part, en tant que soignants, si nous prêtons l'oreille aux discours très virulents qui se clament et se déploient dans notre champ social, nous entendons une orchestration conduite avec force, pour dénier la réalité psychique donc de l'inconscient. Ce déni du conflit psychique affecte la dimension de la parole et donc la prise en compte de la transmission intergénérationnelle des effets traumatiques. Ces discours opèrent, par recouvrement. Le lieu d'où peut émerger de la pensée et de la créativité, ce lieu où peut s'exprimer notre liberté vagabonde, est saturé par ces invectives politiques folles. Ses ouvertures potentiellement infinies d'imprévisibilité sont asphyxiées par une avalanche de mesures et de protocoles stupides qui voudraient nous soumettre à l'emprise d'une clôture et d'un effacement, voire d'une disparition.

D'autre part, si nous entendons les modalités de passages à l'acte décisionnaires, qui oeuvrent depuis trop longtemps pour consigner les symptômes psychiques et en particulier les troubles psychotiques, du côté du handicap mental et non du côté de la maladie donc du soin, nous entendons comment du pulsionnel rageur vient s'attaquer à la culture et à l'instance de la castration. Pour ne citer qu'une des nombreuses conséquences de ces prises de position politiques, législatives et légiférantes désastreuses, rappelons que la création en 2005 des MDPH, opère un saccage de l'enfance. Il se produit une fabrique exponentielle, multipliée par 20 en 7 ans, d'enfants stigmatisés par ce signifiant différentiel péjoratif « handicapé mental ». L'enfant n'est plus investi d'une fonction honorable comme Freud et Winnicott aimaient à le penser, en le considérant « père de l'homme » mais est devenu un furieux, potentiellement dangereux à maîtriser ou à exclure.

Après 6 ans de pratique à l'hôpital psychiatrique, ma détermination, pour éviter aux enfants la psychiatrisation de leur souffrance, fut sans répit et en 30 ans de pratique pédopsychiatrique dans le secteur médico-social et associatif, je me suis référée à la psychanalyse. Or, progressivement durant ces

20 dernières années nous avons vécu une constante atteinte à la liberté de penser pour chercher, creuser, questionner, inventer, prendre des risques et assumer une responsabilité. Tous les professionnels de la relation humaine savent ou s'entêtent à ne pas vouloir savoir, qu'une guerre a été ouverte. Non pas uniquement contre les pratiques psychanalytiques, devenues selon l'HAS « peu recommandables » mais bien plus sûrement, vis à vis de tous ceux et celles qui tentent néanmoins de soutenir un esprit dialectique entre passé et présent, entre singularité et collectif, entre conscient, préconscient et inconscient.

De façon croissante, il est devenu manifeste que la maltraitance des sujets souffrant de symptômes psychiques « tapageurs », va de pair avec la maltraitance de tous ceux et celles qui soutiennent la conflictualité interne inhérente aux « parlêtres » et donc la dynamique donnée par l'écart.

Que ce soient des soignants en psychiatrie, des psychanalystes qui travaillent en institution, des artistes, des éducateurs, ou des enseignants, qui, comme les enfants sont trop peu sourds pour ne pas reconnaître ce que parler veut dire, tous, nous nous retrouvons aujourd'hui glacés mais pas éteints, par la supercherie éhontée ou l'imposture qui s'est glissée dans l'usage des mots.

Si, comme l'écrit Elie Wiesel « *nous sommes des étrangers sur cette terre mais il nous est donné d'essayer de ne pas l'être* », alors, cette perte actuelle du sentiment de l'histoire et de son rapport à la vérité, cet escamotage de la temporalité psychique qui détermine une dictature du présent, sans référence à la profondeur du palimpseste, donnent forme à des figures d'effroi ou d'horreur.

La question qui m'occupe aujourd'hui grandement se formulerait ainsi : comment, à partir de ces agressions que nous subissons TOUS dans notre vie quotidienne, agressions qui assiègent notre champ psychique d'élaboration et notre humeur, comment dépasser nos enjeux d'assise narcissique, pour fédérer nos savoirs et nos luttes contre cette torsion du Réel ? Si la visée de cette marée noire de dispositifs est la destruction de la dimension psychique, il convient alors de reprendre ici le mot de Bonnafé : « *Il n'y a qu'un mot : RESISTER* ». Quand l'espace de la pensée et de son rapport à la vérité et à la culture, se trouve si intempestivement, mise à mal en son FONDEMENT, ne sommes-nous pas les mieux placés pour faire entendre qu'il n'y a

pas de sujet sans collectif ? Car, ce qu'il en est, pour tout un chacun, de sa complexité, de son étrangeté ou de ses énigmes ou de ses bizarreries, est dénié ou réprimé par une idéologie qui ne fonctionne qu'à partir de fausses évidences créées par une gestion libérale bureaucratique et diffusée massivement par ses appareils de propagande.

C'est en recevant et en écoutant des enfants qui présentent des troubles psychiques sévères, les privant de la parole que j'ai acquis la conviction que s'ils ne veulent ou ne peuvent pas entrer dans le langage verbal, c'est, pour ne pas pactiser avec un ordre symbolique tronqué, tordu ou mensonger. Ces enfants nous interpellent aux racines de notre capacité de métaphorisation. Ils nous convoquent, chacun, dans notre propre repérage, à devoir élaborer notre singulière entrée dans la parole. Ils nous rappellent ce temps où nous avons désiré être soumis à une autre loi que celle qui assigne les mammifères à la satisfaction des besoins vitaux et à la reproduction saisonnière !

Ces enfants mais aussi les adultes devenus fous, placent leur énergie vitale au service d'une résistance magistrale et nous enseignent aussi une poésie pour le moins cocasse. Nous leur devons attention et patience même s'ils nous dérangent. Je leur dois mon engagement avec le Collectif des 39, dès sa création, car il devenait soudainement pour moi, plus qu'urgent, d'inscrire dans le champ social et politique, ce que nous devons à notre travail analytique et à nos analystes, comme gain de vérité.

Déjà le courant désaliéniste et les antipsychiatres avaient lu la souffrance psychique qui rend fou, comme une sauvegarde paradoxale de la dimension symbolique de la parole, d'une parole qui ne tricherait pas avec le sens et l'histoire des mots. Les malades mentaux sont aussi des Résistants politiques qui présentent et représentent pour tous les autres, une énigme radicale qui nous en impose et nous affecte parfois douloureusement.

Si, en 4^{ème} année de médecine, externe dans le service du Professeur Bourguignon, qui pratiquait la psychothérapie institutionnelle, la question qui portait mon choix vers la psychiatrie, un an après le début de mon analyse, fût initialement « *comment devient-on fou ?* » la question qu'est venue préciser et éclairer mon analyse fût ensuite « *comment ne suis-je pas devenue folle ?* » ? C'est dire, que je dois autant aux patients que j'ai accompagnés dans leur expérience de la folie qu'aux différents psychanalystes qui m'ont accompagnée ; et qu'il m'a toujours été donné de ne concevoir ma pratique de psychiatre qu'en prenant appui, sur mon travail analytique, sur la pensée de nombreux psychanalystes et sur le rythme d'élaboration de mes patients. L'analyse m'a permis d'apprendre de ces enfants, qui ne se saisissent pas de la parole,

combien ils sont savants d'un savoir dont ils sont exclus et qu'on veut leur interdire de s'approprier. Souvent ils m'ont donné à penser qu'ils étaient suppliciés par une terreur sans nom ; « *être autre* » que pris dans des torsions ou dans des distorsions qu'on voudrait à présent, nous empêcher d'essayer de détordre ? Cet aplatissement des processus de subjectivation n'est-il pas le désaveu féroce de la connaissance de nos capacités de construction humanisantes ? Pour nous qui exerçons aussi en libéral, qu'avons-nous à perdre en luttant ouvertement dans nos institutions, contre cette violence si étrangère à notre pratique analytique ?

Si le packing ou les rencontres avec l'analyste apporte à leur souffrance un apaisement remarquable et donne alors à nos échanges de regards, la qualité aussi intense et vraie qu'une parole, c'est que l'on peut les concevoir tels des maquisards, refusant l'ordre d'une perversion fasciste qui s'est nouée de l'autre côté de leur silence. Car « *c'est dans le non langage que quelque chose a lieu* ». Ils nous transmettent une expérience subjective d'agonie et de courage. Il n'y a pas de transmission d'expérience sans transmission de subjectivité. Pour les rencontrer nous avons à supporter le Réel de la mort. Un Réel du « tout plein ». Ne savons-nous pas que ceux qui n'ont pas cette conscience-là sont capables des pires horreurs ? Vouloir les dresser ou les bâillonner, n'en est-il pas une figure ?

Cet acharnement à nier les besoins de dépendance en rejetant toutes les figures de la fragilité humaine, prend appui sur des opinions érigées en pseudo vérités scientifiques ou comptables, et ne vise qu'à nous soumettre, en confisquant notre capacité singulière de pensée qui se doit de distinguer ce qui est vrai et ce qui ne l'est pas.

Quand la prévention et la protection de l'enfance se réduit de fait à un signalement qui peut conduire très vite vers une exclusion, notre responsabilité de soignant ne nous impose-t-elle pas, de ne pas pactiser avec ces prescriptions ségrégatives, destinées à fabriquer une sous citoyenneté ? Puisque les patients, petits ou grands, ont pris l'option de refuser une supposée norme, n'avons-nous pas, nous aussi, à persévérer pour faire savoir la profondeur de nos valeurs et l'ampleur de nos outils conceptuels si éloignés du rabattement normatif ? Refuser de cautionner un étiquetage à l'emporte-pièce –style DSM– et une orientation vers un mouvoir, serait aussi une façon de nous considérer freudiens puisque Freud, à la fin de sa vie, en évoquant « *la psychanalyse en extension* » nous invitait déjà à participer à des étayages collectifs, permettant au « *prendre soin* », de résister à sa disparition.

Pour conclure, il me semble que ce qui nous vient de ce détournement et de ce recouvrement de la langue, de ce vouloir oublier l'existence de l'autre, de cette attaque de la pensée, du désir et de l'enfance est du

registre de la haine, d'autant plus puissante qu'elle agit en sourdine. Cet affect est vraiment très difficilement pensable puisqu'il vise à mettre en pièce la pensée et le lien. Mais nous en percevons tous les effets délétères qui affectent le corps et l'humeur, que ce soit dans notre intimité, battue en brèche ou collectivement.

Ne nous y trompons pas : soutenir un DEVENIR HUMAIN est un devoir ou un travail éminemment politique qui requiert, à part entière, le savoir subversif de la psychanalyse. C'est notre contrainte à nous ou notre mission, de ne pas fléchir devant l'éthique qui réclame l'articulation du politique et de la prise en compte de l'inconscient, « *structuré comme un langage* ».

Combattre cette apologie de la rivalité haineuse, institutionnalisée politiquement par la démesure d'une économie capitaliste, celle des « *Dieux obscurs* », c'est bien évidemment refuser de se laisser rapter par l'intériorisation de ses prescriptions aliénantes. C'est affirmer et transmettre, les valeurs intangibles qui nous ont permis de construire avec d'autres, notre humanité singulière perméable à la souffrance. C'est chercher les interlocutions dans la vie de la pensée et de la culture, en rassemblant nos forces de travail et d'invention infinie.

Liliane Irzenski
Paris

Éthique de la psychanalyse et de la psychothérapie¹

Le débat récent sur le statut de psychothérapeute, qui a abouti à la loi Accoyer, a montré que la distinction entre psychothérapie et psychanalyse n'allait pas de soi. Le statut de psychothérapeute est en définitive accordé automatiquement aux seuls psychiatres et psychologues, qui n'en avaient pas besoin, à certains médecins et à des psychanalystes qui en feraient la demande. Peu de psychothérapeutes « profanes » pour reprendre l'expression de Freud auront en fait à demander ce statut et à se former pour cela. Mais la chose étonnante dans le débat fut de constater une division chez les psychanalystes : certains souhaitaient ranger la psychanalyse sous la bannière des psychothérapies, d'autres le refusaient farouchement, arguant du fait que la psychanalyse serait le dernier espace de liberté, de résistance à la normalisation et à la bureaucratie. Un gros argument leur était avancé : la psychanalyse n'est pas au dessus des lois, vous refusez donc tout contrôle ? Et les psychanalystes de répondre : nous faisons une psychanalyse didactique, nous nous soumettons au contrôle de nos superviseurs, nous référons de notre pratique plus que quiconque, si ça n'est pas du contrôle, qu'est-ce que c'est ? Et les autres de répliquer : oui mais ce n'est pas scientifique, vous ne répondez pas aux critères de l'evidence based medicine, une psychanalyse c'est long et ça coûte cher, et les thérapies comportementales ont prouvé leur efficacité, etc., le discours est connu.

La psychanalyse est décriée, attaquée parfois de manière assez ignominieuse, ce qui paraît paradoxal car, d'une part si l'on considère les 100 ans passés, on peut affirmer qu'il n'y a jamais eu autant de gens en psychanalyse, en tous cas dans nos pays démocratiques, et que d'autre part les découvertes récentes des neurosciences ne contredisent pas, loin de là, les découvertes ou intuitions de Freud. Pourquoi est-elle autant attaquée ? La raison principale est sa dimension subversive à l'égard de la société dans laquelle elle évolue, soulignant encore et toujours ce que Freud appelait le malaise dans la civilisation. Mais qu'est-ce qui la différencie d'une psychothérapie ? Et qu'est-ce que c'est qu'une psychothérapie ? La question de la garantie se pose dès lors que nous sortons du champ bien protégé de la médecine pour entrer dans celui du soin, psychique ou non, pratiqué par des médecins et des non-médecins : sortir du champ du soin qui a pour tous une connotation médicale, qui implique le corps, ce qu'on appelle de nos jours en anglais le « *cure* », pour entrer dans le champ du soin psychique, de la psychothérapie et du « *care* », toujours plus ou moins suspect de dériver vers le « *soin de confort* ».

Psychothérapie : il s'agit de soigner le psychisme. Ceci n'exclut pas forcément la question du corps, en tout cas dans l'approche : il y a des thérapies psychocorporelles, des techniques de relaxation ou de sophrologie, qui ont

¹ Texte (très) résumé de la conférence d'ouverture du Cycle Psychothérapies tenu en février et mars 2014 à l'Université Catholique de Lyon sous l'égide du Centre Interdisciplinaire d'Éthique (Pr. J.M. Gueulette)

un double impact. Mais on entend généralement par psychothérapie une approche privilégiée, exclusive, ou non, du psychisme : par exemple le psychiatre a dans ses outils tout un arsenal chimiothérapique mais il pratique aussi une psychothérapie qui peut être dite de soutien ou plus approfondie, qui lui permet d'entrer en relation avec le patient et de se servir de cette relation même pour l'aider. Ce sera l'objet de la 2^{ème} conférence de Michel Jurus : la psychothérapie du psychiatre. Certains vont se focaliser sur le comportement, sur les symptômes en les abordant directement : ce sont les TCC dont la 3^{ème} conférence de Christian Juenet sera l'objet. Certains vont particulariser leur approche en fonction d'une population, d'une pathologie, en ciblant leurs moyens : 4^{ème} et 5^{ème} conférence développeront cela. Les psychothérapeutes vont en général se spécialiser, acquérir des techniques et se former, mais ils auront tous comme objectif direct, et plus ou moins immédiat, le soulagement des symptômes, et, si ce n'est la guérison du malade, en tous cas son confort, sa qualité de vie. Le soin est là au premier plan : d'une certaine manière il y a urgence. Ce que réclame le patient c'est d'aller mieux, de moins souffrir, de pouvoir sortir de chez lui s'il est devenu agoraphobe ou de pouvoir arrêter de boire avant que sa femme et ses enfants ne le quittent. Quoi de plus légitime ? Loin de moi l'idée de contester le droit de chacun à vouloir être mieux dans sa peau et dans sa tête mais vous percevez là la dimension de l'urgence d'une réponse rapide, une demande de soulagement qui peut amener quiconque à consulter tel ou tel psychothérapeute dès lors que la médecine classique est en échec. Parce que les français vont rarement chez un psy d'emblée. Vous savez que la clientèle des médecins généralistes en France est constituée à près de 70 % de patients anxieux, déprimés ou fatigués. Et que ceux-ci s'escriment à envoyer les patients chez les pys parce que les pys détiennent l'arme fatale qui leur manque : le temps. Ce qui ne veut pas dire que ceux qui en auraient le plus besoin le font... Ca passe par le médecin. Pourquoi ? Freud y répond sans détour : « Tomber malade ou accomplir un progrès dans la vie de l'esprit »² dit-il. Tel est le choix du sujet, un sujet soumis à la dictature de la guérison³ selon l'expression de Nathalie Zaltzman, condamné d'une certaine manière à guérir « par l'esprit ». Un choix biaisé pour Freud qui poursuit : « Un solide égoïsme préserve de la maladie mais à la fin l'on doit se mettre à aimer pour ne

pas tomber malade et l'on doit tomber malade lorsqu'on ne peut pas aimer »⁴. Vous serez comme moi frappé par le lien que fait Freud entre l'amour et la maladie.

Pour ce qui est des psychothérapies, elles sont toutes peu ou prou héritières des anciens traitements moraux (Pinel) ou de la cure magnétique (Mesmer) C'est de l'abandon de l'hypnose, dont vous savez qu'elle redevient à la mode, modernisée, que Freud inventa la psychanalyse, pour tenter de se libérer de la suggestion version Mesmer mais aussi de la morale de l'époque version Pinel. La psychanalyse en conserve une dimension subversive à l'égard de la société dans laquelle elle vit, celle dans laquelle vivent les patients et les psychanalystes, ce qui ne la met pas hors la loi bien entendu. Il faut reconnaître que le projet d'exploration de l'inconscient et de la sexualité humaine n'a rien perdu de son côté révolutionnaire, même au temps de la mondialisation: la mise en cause du capitalisme, plus exactement du lien social attaqué par le capitalisme, est au premier chef des plaintes des gens que l'on reçoit, des gens qui doivent être « rentables » dans le monde du travail mais aussi en famille. Pas étonnant peut-être que les attaques contre la psychanalyse ne visent plus seulement à la contredire mais à son éradication pure et simple. Elle va contre les lois du marché... Mais dès sa naissance la psychanalyse s'est trouvée en conflit avec les psychothérapies dont Elisabeth Roudinesco rappelle : « que ce soit par dissidence, scission ou séparation avec le freudisme, elles sont toutes représentées par un chef qui fait office de guérisseur, thérapeute et maître à penser pour son groupe »⁵. Ce qu'on pourrait appeler la pente vers la gouroutisation... Une revue récente consacrée à l'actualité des psychothérapies⁶ montrait que leur diversité posait un problème de choix et se concentrait néanmoins, parmi une offre pléthorique, sur la psychanalyse, et la psychothérapie d'inspiration analytique, puis, sur la logothérapie inspirée de Emil Frankl, phénoménologue existentialiste, l'hypnose inspirée de Milton Erickson, la thérapie comportementale issue des travaux de Skinner qui en serait à une troisième étape de son évolution, et la thérapie narrative, dernière née des thérapies familiales. On peut se demander comment classer les psychothérapies tellement elle sont nombreuses, dès lors qu'elles décident d'opérer sur la réalité psychique : Jacques-Alain Miller propose de le faire, en partant de la gymnastique (vous n'avez qu'à faire du sport, ça ira mieux), en fonction du degré, de

2 FREUD S. *Moïse et le monothéisme* p. 220

3 ZALTZMAN N. p 32

4 FREUD S. *Pour introduire le narcissisme in La vie sexuelle*, PUF 1969 p. 91

5 ROUDINESCO E. et PLON M. *Dictionnaire de la psychanalyse* p. 852

6 *Actualité des psychothérapies Lettre du psychiatre Vol IX n°6 Décembre 2013*

l'incidence, de la parole de l'autre. Car « le facteur clé de toute psychothérapie, c'est qu'il y a un autre qui dit ce qu'il faut faire, un autre à qui obéit le sujet qui souffre et dont il attend l'approbation »⁷. Ce facteur n'est pas éliminable, lisez l'argument de mon collègue Juenet qui interviendra dans 15 jours, pourquoi ? Parce que toutes les psychothérapies qui commencent par le corps sont toujours plus ou moins fondées sur le stade du miroir : elles travaillent sur l'image, ce qui n'est pas inutile car parfois c'est le seul moyen d'accès au sujet. Winnicott quand il parlait du holding et du faux self savait ce qu'il disait. Mais si l'on ne passe pas par le corps, on s'adresse alors directement à la subjectivité, à l'intersubjectivité même entre deux sujets. Une relation symbolique, de parole, va en tous les cas encadrer une relation qui commence comme une relation imaginaire. Une relation d'identification s'installe automatiquement : c'est la structure du sujet, les recherches récentes sur l'empathie le prouvent. Certaines écoles de psychanalyse ne réfutent pas cela, elles forment des psychanalystes à l'image de leurs maîtres. Le problème est qu'ils se ressemblent un peu tous ! L'identification, tout comme la suggestion, n'est jamais totalement expurgée ni même expurgeable.

La psychanalyse, loin de nier la relation particulière qui s'instaure entre soignant et soigné, ni l'influence de ses maîtres, va au contraire refuser les pouvoirs de l'identification. Le psychanalyste va certes s'appuyer sur cette relation que l'on appelle le transfert mais tout en refusant d'être le maître. Voilà un premier repère éthique, ce qui ne veut pas dire qu'il ne va pas, parfois, faire le maître ou l'incarner si le sujet le met dans cette position. Cela veut dire en tous cas que l'analyse dépend de la position qu'adopte l'analyste : « ou bien il ramène le sujet au court-circuit de l'identification, ou il ouvre un second circuit »⁸ en refusant d'être psychothérapeute c'est à dire en communiquant si peu que ce soit le message suivant : « je sais ce que tu es, je sais ce qu'il te faut, je sais ton bien »... C'est le deuxième repère éthique, difficile à isoler de la notion de transfert.

Qu'en est il du transfert donc ? Le transfert c'est ce qui commence le plus tôt, avant la rencontre même. C'est banalisé maintenant, vous savez tous qu'il s'agit d'une relation qui s'instaure entre l'analysant et l'analyste, relation qui va permettre de voir se répéter des sentiments plus ou moins anciens. On part du principe lorsqu'on parle de transfert qu'on parle d'une bonne relation, un peu idéalisée, parfois proche d'une relation amoureuse. A tel point que cela fait partie des poncifs pour une patiente que d'être un peu amoureuse de son psy ! Mais lorsqu'on se décide à consulter, que ce

soit le médecin ou le psychanalyste, le transfert n'est-il déjà pas là ? Dans tous ces cas on s'adresse à un spécialiste, à un professionnel détenteur d'un savoir ou, pour le moins, supposé détenteur d'un savoir. Comment se fait-il que l'on se mette à parler si facilement à un inconnu, lorsque chacun sait qu'il est difficile de parler, et que, souvent, c'est même pour cela qu'on vient chez un psy ? Il est toujours étonnant de constater comment il est facile de mettre en route le transfert, et ce n'est pas qu'une question de position, de divan ou non. Pas question de reculer devant cela pour l'analyste dès lors qu'il reste à sa place. Il est bien évident, mais encore faut-il le rappeler, que l'abstention fait partie du jeu coté psychanalyste, or quand je dis abstention, que dis-je ? Je ne dis pas que l'analyste ne doit rien faire, car son travail est d'interpréter le transfert, d'interpréter la répétition plus exactement, de permettre au sujet de découvrir ce qui se passe, ce qui se répète et qui lui est vaguement familier, et non pas d'y répondre en acte. L'acte du psychanalyste est ailleurs, comme son amour ! Répondre à la demande de l'analysant dans le concret, dans le réel de la cure, autrement dit à sa demande d'amour (rejoindre l'analysante sur le divan pour la prendre dans ses bras...) est bien sûr proscrit. C'est proscrit, interdit même, pas tant pour des raisons morales d'ailleurs (ce ne serait pas bien) que pour des raisons éthiques mais surtout stratégiques. La réponse de l'analyste est une non-réponse en acte; elle est une réponse qui permet au sujet de développer la question puis d'y apporter une réponse, la sienne, pas celle du voisin. Sa stratégie est de permettre l'émergence d'un symptôme, en général celui qui fait souffrir ou jouir le sujet, sans perdre de vue que cela se fait sous transfert, que cela le décuple et le révèle à la fois dans cet espace clos. Et ce que le sujet attend c'est bien une aide du coté d'une réponse qui doit se faire en terme de savoir, rappelez-vous le commencement : le sujet suppose un savoir à l'analyste et c'est cela qu'il désire au premier chef. Le contrat est en quelque sorte: échange amour contre savoir. Je vous donne mon amour à condition que vous me donniez votre savoir... Si l'analyste commence à y croire vraiment, c'est fichu. Freud avait immédiatement perçu cela lorsque toutes ces jeunes hystériques se mettaient à tomber amoureuses de lui, déjà vieux et moche. C'est bien que quelque chose ne lui était pas adressé en propre, qu'au delà de lui les patientes visaient, comme la patiente dont je viens de vous donner l'exemple, quelqu'un d'autre et le dispositif qu'il avait inventé, le divan mais pas que, le dispositif de parole avant tout, la talking-cure, mettaient cela en branle de manière quasiment automatique. Et le

7 MILLER J.A. *Psychanalyse et psychothérapie in La cause freudienne* n°22 Octobre 1992 p.7

8 *ibid.* p. 10

psychanalyste est pris là-dedans... D'où la question : s'agit-il d'un vrai amour ? Et celle qui vient après: et la haine dans tout cela ? Car le transfert ce peut être aussi dans l'autre sens, de la haine, et d'ailleurs la haine en fin d'analyse est beaucoup plus difficile à analyser que l'amour...

Freud, sans promettre le bonheur, présente l'amour comme un des modes privilégiés d'accès au bonheur, de lutte contre la souffrance, mais un mode fragile : « Jamais nous ne sommes davantage privés de protection contre la souffrance que lorsque nous aimons, jamais nous ne sommes davantage dans le malheur que lorsque nous avons perdu l'objet aimé ou son amour »⁹. Le risque de la perte est là et l'accès au bonheur limité, mais à quoi arrive Freud comme conclusion sur l'amour, et parle-t-il là d'une réponse de l'analyste en terme d'amour ? Il conclue tout simplement que le 2^{ème} commandement « Tu aimeras ton prochain comme toi-même » est du registre de l'idéal, voire de l'inepte. Et que nous dit-il ? Eh bien que pour lui la pulsion de mort est toujours là, tapie derrière l'Eros, et que l'homme n'est pas bon de nature. D'où sa question sur l'éthique, le bien et le mal, que Lacan souligne dans son séminaire de 1960 « L'éthique de la psychanalyse ». Ce serait un comble, que ce soit dans l'amour que la pulsion de mort soit la plus concrète !

Lacan, au-delà de la résistance au 2^{ème} commandement, propose la résistance à la jouissance. Pourquoi et en quoi ce nouveau concept peut-il nous aider ? Lacan, freudien en cela, reconnaît que cela peut être une affirmation gratuite de plus, « mais ce ne sont pas 2 opposés, dit-il, je recule à aimer mon prochain comme moi-même pour autant sans doute qu'à cet horizon il y a quelque chose qui participe de je ne sais quelle intolérable cruauté. Dans la même direction aimer mon prochain peut être la voie la plus cruelle » dit-il le 30 mars 1960. Derrière l'amour, la jouissance ! Lacan voit en effet 2 butées, 2 échappatoires à la noblesse de l'amour : la jouissance de la transgression (transgresser la loi du commandement : j'attaque mon prochain tel les brigands, c'est la voie la plus sadienne, plus que sadique, autrement dit en aimant mon prochain, j'en jouis, je le détruis comme je veux détruire ce mal en moi) et celle de la lâcheté (je n'attaque pas mon prochain parce qu'effectivement je me suis construit à son image et je m'attaquerai moi-même si je le faisais, donc je l'aime gentiment ou je recule). Deux butées éthiques à la position de l'analyste.

Du coup l'analyste s'offre comme objet d'amour. Et Lacan, récusant l'indifférence de l'analyste, comparera cette position à celle de la bûche «une bûche qui ne s'enflamme pas mais brûle cependant». S'offrir comme objet d'amour passerait par une ascèse : devenir bûche humide se consumant... Aristote en a peut-être écrit la formule en n'accordant pas ses faveurs à celui dont il est aimé, tout comme la dame bénéficiant de l'amour courtois de ses troubadours sans y rien céder.

Comment l'analyste doit-il répondre alors ? Par : Je veux ton bonheur ? Par je veux ta guérison ? Je te veux en vie certes mais pas n'importe quelle vie : celle que tu te choisiras ! Je situais au début de mon intervention le terrorisme de la guérison. Là se situe un point éthique particulièrement sensible de ligne de fracture entre psychanalyse et psychothérapie. Vous connaissez tous la phrase de Lacan à l'origine de ce scandale : « la guérison vient de surcroît ». D'où le poncif que le psychanalyste se fout non seulement du symptôme (ça, ce n'est pas faux mais pas vrai non plus) mais surtout du patient, de son état de santé, de sa souffrance, et que celui-ci guérisse ou non n'est pas son problème. On y mêlera un autre poncif de la psychanalyse : la neutralité bienveillante. Que le psychanalyste soit bienveillant est bien la moindre des choses mais comme le dit Lacan «je ne connais pas de psychanalyste qui n'ait eu l'envie un jour au l'autre de passer son patient par la fenêtre, j'augurerais même mal du contraire...» ; encore une fois la haine ou la destructivité, la pulsion de mort, sont à l'œuvre, et on ne voit pas pourquoi le psychanalyste ne serait pas traversé par des ondes de choc particulièrement violentes. Freud aurait lâché en 1917 le mot « sympathie compréhensive »¹⁰. Quant à la neutralité, le concept ne me convient pas, pas plus qu'à Lacan qui indiquait que le psychanalyste prenait parti pour son analysant, qu'il était de son côté, ce qui ne l'empêchait pas, le patient d'avoir le psychanalyste à la bonne ou de l'avoir à l'œil... Je parlerais plutôt d'actif que de passif en parlant de neutralité active, ou bien, pour revenir sur l'amour, d'un amour neutre ou d'un amour différent, un amour qu'on n'obtient pas selon le mot d'Allouch : « de même que le savoir, l'amour ne s'obtient qu'en ne s'obtenant pas »¹¹.

A la demande d'amour du sujet, la demande de guérison n'y échappe pas, la réponse du psychanalyste est de l'ordre éthique : il répond à l'amour non pas par l'amour mais par le désir, le désir du psychanalyste, un désir non pas de guérison, mais un désir d'amener le patient lui aussi à une dimension éthique : celle du bien-dire.

9 FREUD S. Œuvres complètes tome XVIII PUF p. 269

10 ALLOUCH J. L'amour Lacan EPEL 2009 p. 463

11 *ibid.* p. 467

Je répond par un désir plus fort que l'amour, un désir d'être, d'être là, pour toi. Or le psychanalyste, dedans et dehors à la fois, est dans son acte bien moins souvent psychanalyste que psychothérapeute. Il peut parfois faire le psychanalyste... mais une intervention véritablement psychanalytique, du genre de celle qui bouleverse tout, est assez rare. Bien souvent la tendance explicative, que ce soit celle du patient dans son discours, ou celle du psy, prend le dessus, de l'ordre de la construction ou de la remémoration. Mais mon

propos d'aujourd'hui, c'est en tout cas sa visée, n'exclut pas que l'éthique de la psychanalyse (c'est-à-dire un désir affirmé qui soit du côté de la vie, du vivant) puisse se rencontrer ailleurs que dans la cure psychanalytique type, derrière une approche symptomatique parfois obligée, chez le psychiatre, chez le travailleur social, ou... chez le psychothérapeute.

Jacques Marblé
Lyon

DÉSIR DE LIVRES

Laura Dethiville, *La clinique de Winnicott*, Ed. Campagne-Première, Paris 2013, 194 p.

Voici donc un deuxième volet du travail de Laura Dethiville sur l'œuvre de D.W. Winnicott. Le premier, publié sous le titre *Donald.W. Winnicott, une nouvelle approche*, aux mêmes éditions Campagne-Première en 2008, a été réédité en 2013 et même traduit en plusieurs langues : c'est dire l'intérêt suscité par la démarche originale de L. Dethiville. Il ne s'agit pas moins que de réhabiliter le message de ce grand psychanalyste dont l'apparente popularité ne va pas sans quelques entorses à sa pensée. Et le premier ouvrage dénonçait à foison les erreurs de traduction et d'interprétation de termes ou d'aphorismes cités et véhiculés dans la presse psychanalytique en référence à cet auteur. La *good enough mother* n'est pas une « bonne » mère, *le holding* et *le handling* ne sont pas à confondre, l'« absence du père et du symbolique » est une grave erreur de lecture, et autres déviations, étaient évoqués par exemple. D.W. Winnicott n'est certainement pas le seul à être victime de telles distorsions, de telles « mécompréhensions », (terme proposé par L. Dethiville), dont on peut ajouter qu'elles reflètent souvent la résistance des milieux psy aux avancées novatrices dérangementées pour les certitudes acquises dans un confort théorique officialisé... La langue même de Winnicott, son « mélange d'inventivité et aussi de facilité/compromission qui le caractérisent obscurcissent souvent l'originalité de ce qu'il s'efforce de montrer », est-il noté dès l'introduction à ce deuxième livre. Celui-ci est peut-être encore plus passionnant que le premier, car il nous plonge, comme son titre l'indique, dans la clinique, la pratique de Winnicott, auxquelles s'ajoutent de nombreuses vignettes personnelles de l'auteure, qui illustrent les éclairages apportés par cette rencontre d'une pensée particulièrement

dynamique. Inutile de dire que le squiggle et l'espace transitionnel ont une place privilégiée dans l'exposé - et les réserves énoncées quant à une description « technique » de leur déroulement font irrésistiblement penser aux mêmes réserves énoncées par G. Pankow quant à la pâte à modeler. Mais il faut aussi souligner l'importance accordée à l'entourage familial, y compris la fratrie, et surtout aux turbulences de l'adolescence, à la délinquance et aux tendances antisociales. Très opportunément, L. Dethiville rappelle le rôle important joué par Winnicott pendant la dernière guerre mondiale auprès des enfants « déplacés », séparés de leurs familles, par le Gouvernement Britannique, pour les mettre à l'abri des bombardements. Ce fut certainement pour lui une expérience marquante. Et ce qui en est rapporté est d'une actualité brûlante... et bien instructive.

D.W. Winnicott n'a pas laissé un *corpus* théorique, organisé et structuré. Sans doute n'était-ce ni son but, ni son centre d'intérêt. Il a légué son expérience, dans toute sa vitalité, sans idéalisation, ni illusions. « Le processus importe plus que la technique » est-il souligné à propos du *squiggle* : on pourrait transposer « l'esprit importe plus que la lettre », et les ambiguïtés de son vocabulaire, même si elles méritent des éclaircissements, sont peut-être partie prenante de son message en évitant tout formalisme rigide, « gélifié », pour reprendre le terme lacanien cité par L. Dethiville : le meilleur antidote au fétichisme du mot !

Le style de L. Dethiville est fluide, agréable à lire, et cette qualité peut être un piège : on risque de ne pas s'apercevoir en première lecture de l'importance

de cette transmission bouleversante de vérité. « Psychanalyste atypique », Winnicott ? Ou le plus authentique ? C'est un lieu commun de dire que la psychanalyse doit se réinventer avec chaque patient, mais combien d'analystes en ont le courage ? A l'instar de G. Pankow, qui l'admirait profondément, Winnicott donne, certes, des repères qui font avancer notre connaissance de l'inconscient, et perpétue la créativité de Freud lui-même, mais il ne se pose pas en

« Maître ». Il invite plutôt à la rencontre de l'autre dans le plus grand respect de sa singularité, là où le jeu, (*playing*), l'humour aussi, ont une valeur éthique.

Et mille fois bravo encore à L. Dethville pour ce livre fondamental, qui devrait prendre place au chevet de tout praticien, psychanalyste ou psychothérapeute. À lire... et relire !

Marie-Lise Lacas

Gisela Pankow, Un humanisme au-delà de la psychose,

Marie-Lise Lacas, éd. Campagne-Première, 2014

Avec la collaboration de Pierre-Paul Lacas, une préface de Pierre Delion, une postface de Jean Oury, Un corpus d'annexes et de bibliographie très précieux ainsi que des textes inédits de Gisela Pankow.

Marie-Lise Lacas, membre active de l'AFPEP-SNPP, entre autres engagements psychiatriques et psychanalytiques, nous invite à suivre le parcours de vie, de pensée et d'action de Gisela Pankow (1914-1998), psychiatre et psychanalyste d'origine allemande ayant obtenu la nationalité française. Gisela Pankow est une figure majeure de la psychanalyse dont elle a su préserver la dimension concrète et vivante grâce à sa pratique engagée, ouverte à la phénoménologie comme aux neurosciences, mais sans compromis et avec une rigueur tant dans sa pratique que dans l'échange avec ses pairs. Elle a passé l'essentiel de sa carrière en France. Son nom reste attaché à une technique et une théorie de l'abord psychanalytique des psychoses à travers sa célèbre utilisation de la pâte à modeler, et les fondements de son abord du soin grâce à une approche originale de l'image du corps, des lois immanentes, de la greffe de transfert, du phantasme structurant et des processus de symbolisation. Elle a formé, tant à Paris qu'à l'étranger, des générations d'analystes, dont Marie-Lise Lacas, et a laissé une œuvre importante toujours active et qui doit être transmise aux jeunes générations de psychiatres. Sa recherche et celle de ceux qui s'y réfère, dont Marie-Lise Lacas, son mari Pierre-Paul Lacas et bien d'autres, ouvre des perspectives considérables pour le traitement psychanalytique des psychoses et la pratique du soin en psychiatrie.

Un livre à lire et à relire, comme l'écrit fort justement Jean Oury, pour inscrire l'œuvre de G. Pankow dans une histoire et l'incarner, si ce n'était déjà fait.

Thierry Delcourt

Notes de lecture, Parents en deuil, Daniel Oppenheim, éditions Érès, 2000, *réédition poche, 2014*

La mort d'un enfant est une épreuve terrible pour ses parents et sa fratrie. Mais si le deuil est inévitable, il serait dommage de s'y enfermer, dans la souffrance et la solitude. Pour que les parents puissent traverser cette épreuve, retrouver leur dynamique existentielle et une relation plus libre et moins douloureuse à l'enfant disparu, l'auteur a proposé à ces parents de participer à des groupes de parole. Ce livre est le compte-rendu précis et l'analyse d'un de ces groupes. Il permet de connaître et de comprendre « de l'intérieur » le processus de deuil et la façon dont les parents, avec l'aide d'un psychanalyste, en parlent et évoluent. Il éclaire aussi les questions cliniques, psychologiques et éthiques posées par la fin de vie d'un enfant. Daniel Oppenheim est psychiatre et psychanalyste, docteur en psychopathologie fondamentale. Pendant vingt-cinq ans, il a travaillé dans le département de cancérologie pédiatrique de l'institut Gustave-Roussy à Villejuif, fondé et animé le comité SFCE-Psy de la Société française des cancers de l'enfant. Il est membre du comité Éthique et cancer (présidé par Axel Kahn) de la Ligue contre le cancer. Il a publié de nombreux livres et articles dans des revues francophones et internationales.

Dépendance, quand tu nous tiens !

M. Billé, M.F. Bonicel, D. Martz, éd. Érès, 2014

Si la dépendance n'était pas seulement l'affaire des vieux mais bien celle de la communauté humaine ?

Les trois auteurs, avec trois lectures de la même réalité, trois registres d'analyse et trois référentiels différents, refusent la notion de dépendance telle qu'elle est ordinairement admise en particulier dans le monde professionnel de l'action sociale et médicosociale. Ils ouvrent la réflexion qui aurait dû, depuis longtemps déjà, présider aux divers protocoles de prise en charge ou de placement, et interrogent à la fois le mot et l'idée de dépendance en l'articulant notamment avec son antonyme officiel, la fameuse autonomie, hautement prisee, mais qui elle aussi relève du mythe ou du fantasme collectif.

Cette analyse sociologique, philosophique et psychologique permet de construire un regard critique sur nos pratiques sociales et de donner des bases pour penser autrement notre rapport personnel, professionnel et citoyen aux personnes dont on a vite fait de dire qu'elles sont devenues dépendantes. Bienvenue donc au pays de la dépendance, matérialisé dans une étonnante carte du tendre où chacun trouvera ses repères !

Faut-il avoir peur des écrans ?

Ed. Doin, 2013

Sous la direction de Patrice Huerre, psychiatre, psychanalyste et président de l'Institut du virtuel, ce livre collectif s'interroge sur le monde numérique qui est désormais le nôtre et sur ses implications, multiples et hétérogènes, dans nos quotidiens, nos loisirs, les soins que nous recevons et le monde tel que nous le percevons. Avant même de naître et jusqu'à la fin de sa vie, l'être humain contemporain est image sur des écrans, autant qu'il en devient utilisateur dès que ses compétences motrices l'y autorisent. Cette omniprésence des écrans, désormais familière, génère encore de nombreuses craintes chez les parents et les professionnels, alors même que certains usages en révèlent la valeur mobilisatrice majeure. Évitant angélisme et dramatisation, cet ouvrage vise à mieux cerner ce que peuvent apporter les outils numériques sur les plans thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques... et ludiques, sans négliger les risques que certains de leurs usages comportent pour les plus vulnérables.

Le Ressort invisible. Vivre l'extrême

Ed. Dunod, 2014, Gustave-Nicolas Fischer

Il n'est pas question ici des amateurs d'émotions fortes, mais de ceux qui, sans l'avoir voulu, se retrouvent dans une situation extrême, face à une mort plus ou moins inéluctable : ceux qui ont connu l'horreur des camps, ceux qui subissent la fureur de la guerre, ceux qui apprennent qu'ils ont un cancer ou le sida, ceux qui perdent un être cher. Comment réagit-on à l'impensable ? Comment le faire comprendre aux autres ? Où trouver la force de survivre ? Au terme d'une longue enquête, l'auteur met en évidence l'existence de ressources insoupçonnées, d'un ressort invisible qui permet à l'être humain de faire face à l'impossible, de découvrir souvent un autre sens à sa vie, d'aller à l'essentiel. L'analyse des situations extrêmes éclaire de surcroît ce qui s'est enfoui sous la banalité quotidienne et nous aide à redécouvrir le prix inestimable de la vie.

FORMATIONS DPC

- L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

octobre 2014 à Strasbourg

- Prescription en psychiatrie

8 novembre 2014 à Paris

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

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

Courriel : info@afpep-snpp.org

A paraître n° 161 :
« **RÉSISTANCE** »

ÉLECTION DU DÉLÉGUÉ RÉGIONAL DE PARIS

Monique Thizon,
élue déléguée titulaire

XLIII^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE

EMPRISES

Quand ça pense pour moi !

2-3 et 4 octobre 2014
Strasbourg

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

Nos prochains rendez-vous :

XLIII^e JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE
2-3 et 4 octobre 2014 à Strasbourg

FORMATION DPC
Prescription en psychiatrie
8 novembre 2014 à Paris
