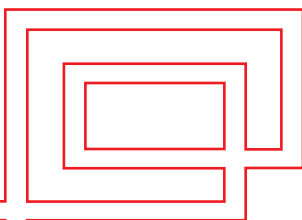


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP



PSYCHIATRIE PRIVÉE : LE NOUVEAU SITE INTERNET

AFPEP - SNPP

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

Les publications :

Psychiatries
revue de recherche et d'échanges

BIPP
Bulletin d'Information
des Psychiatres Privés

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

Caractères
la newsletter

Secrétariat de la Rédaction

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

Responsable de la publication :
Patrice Charbit

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Sommaire

Éditorial – <i>Patrice Charbit</i>	p. 3
Actualité SNPP	
– Loi de santé – <i>Claude Gernez</i>	p. 4
– Accessibilité – <i>Élie Winter</i>	p. 5
– Tiers payant généralisé – <i>Michel Marchand</i>	p. 7
– Mise au point : le RSI – <i>Jean-Jacques Laboutière</i>	p. 8
– Situation actuelle et position de la CSMF – <i>Claude Gernez</i>	p. 14
– Soins sans consentement – <i>Claude Gernez</i>	p. 15
– Rappel à propos des certificats médicaux – <i>Thierry Delcourt</i>	p. 16
Le mot du rédacteur – <i>Thierry Delcourt</i>	p. 17
Actualité AFPEP	
– Bilan des Journées Nationales – <i>Anne Rosenberg</i>	p. 18
– DPC – <i>Françoise Labes – Jacqueline Légaut – Michel Jurus</i>	p. 19
WPA – <i>Jérémie Sinzelle</i>	p. 20
Réforme de l'internat et stage en psychiatrie libérale	p. 21
– <i>Alexis Lepetit</i>	
Mémoires de psychiatre	p. 24
– Les cailloux de la petite Poucette – <i>Marie-Lise Lacas</i>	
TRIBUNE LIBRE	
– <i>Quel avenir pour la psychiatrie ?</i> – <i>Thierry Delcourt</i>	p. 28
– <i>Échappée belle</i> – <i>François Oury</i>	p. 30
– <i>A propos d'autisme</i> – <i>Annie Stammler</i>	p. 32
– <i>Les enfants d'œdipe</i> – <i>Béatrice Dulck</i>	p. 35
Démographie en psychiatrie – <i>Élie Winter</i>	p. 41
RUBRIQUE DES LECTEURS	
CAHIER CENTRAL	
Bulletin d'adhésion 2014	p. I
Mot de la trésorière – <i>Béatrice Guinaudeau</i>	p. II
Formation DPC	p. III
– <i>DPC - Précarité</i>	
– <i>DPC - Prescription</i>	
– <i>DPC - Gériatrie/psychiatrie</i>	
Infos régionales	p. V
International – <i>Paul Lacaze</i>	p. VI
Nos prochains rendez-vous	p. VII

Éditorial

Débords de vase

La coupe était pleine, voici que le vase déborde.

Ce n'est pas faute de s'être manifesté, d'avoir alerté, d'avoir cherché à comprendre, de s'être mobilisé, d'avoir dénoncé : La psychiatrie, la médecine libérale sont en danger !

Le vase déborde parce que la financiarisation de la médecine est avancée pour 2017, le « Tiers payant généralisé » n'a pas d'autre signification.

« L'assurantiel » exige de gérer les masses financières générées par l'activité médicale. Cela induira une déprimante uniformisation rentable et une perte d'intérêt... pour l'exercice de nos professions. Encore une fois, l'Etat se désengage et les médecins sont priés de se soumettre.

Si la réforme prévue s'applique, c'en est fait de la médecine libérale et de l'indépendance professionnelle. Celles-ci ont pourtant permis jusque-là de protéger les patients des idéologues successifs et de continuer à soigner.

L'intimité du cabinet, le rapport singulier et le secret professionnel gênent les desseins de contrôle nécessaires à cette réforme. La liberté des médecins est ainsi devenue contre-productive et une armada est en marche :

Introduire des logiciels qui permettent un suivi en temps réel de l'activité, rémunérer la performance bureaucratique, n'autoriser que le remboursement de soins normés ou politiquement corrects, menotter les médecins à l'aide de contrats individuels avec les mutuelles et assurances, salarier les médecins dès que c'est possible, limiter les soins au panier souscrit, abandonner les « conventions nationales », limiter les psychiatres à l'expertise, démanteler la sécurité sociale, en récupérer les branches rentables et mutualiser le reste, regrouper l'activité médicale pour mieux en dicter le fonctionnement, déléguer les tâches, partager les données confidentielles, surveiller et punir les médecins aux extrémités d'une « courbe de Gauss » en termes d'activité, stigmatiser la dangerosité, décréter le handicap en un temps minimum et l'installer dans le médico-social, déléguer aux familles les prise en charges que « l'État » ne veut plus assumer, la liste est longue et la réforme pour le moins déterminée.

La finance s'est emparée voici longtemps de l'industrie pharmaceutique ; elle vise désormais l'activité médicale en propre. Diagnostics, plateaux techniques, thérapeutiques, accès aux soins, prises en charge, communication et formation : Tous les leviers seront concentrés dans les mains du « marché », comme si celui-ci possédait des capacités d'arbitrage conformes à l'intérêt de tous. Il ne faudra pas s'étonner des conséquences en termes de santé publique. L'établissement du « Tiers payant généralisé » est le point d'orgue de cette involution.

Les dernières Journées Nationales de l'AFPEP, de « Résistances » à Lyon et « Emprises » à Strasbourg, n'avaient d'autre but que d'explicitier ce processus.

Il est plus que temps d'apporter des « infléchissements » à ces réformes.

Rejoignez-nous, l'union des praticiens libéraux est plus que jamais à l'ordre du jour.

Résistons à l'emprise, ça déborde !

Patrice Charbit
Président de l'AFPEP – SNPP

Actualité SNPP

Projet de loi de santé

Ce texte, difficile à étudier en raison des nombreux sujets examinés, constitue une sorte d'inventaire en apparence anarchique mais qui comporte des lignes directrices cohérentes en fonction des intentions du législateur. La méthode d'approche la plus simple de ce projet m'a semblée être celle-ci : reprendre les thèmes principaux et l'analyse qui peut s'en déduire.

Il convient de rappeler les équivalents antérieurs qui situent ce projet dans une lignée dont il hérite des contradictions et ambiguïtés, les ordonnances Juppé de 1996, reprises dans la loi Aubry, mais surtout la loi Bachelot (HPST). C'est doute la complexité d'une reprise de cette dernière qui complique ce texte : il s'agit en effet d'infléchir sans remettre en cause l'essentiel de la loi antérieure : rôle prédominant des ARS et articulation des soins centré par l'hôpital.

Pour exemple voici un extrait du passage concernant la fin de l'accès direct pour les moins de 16 ans, présenté comme favorisant le libre accès :

Article 16

Le titre VI du livre 1^{er} du code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

(...) d) Après le 22°, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« 23 les missions particulières des médecins traitants des enfants de moins de 16 ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifiques à cette population ; (...).

Bien sûr, il s'agit d'un extrait d'un projet, le texte final ne comportera plus ces références et rajouts à la loi antérieure, pour le moment l'examen en reste bien compliqué.

Reprenons les points litigieux :

Service Territorial de Santé au Public (STSP)

Le chapitre 1^{er} du TITRE II crée ce STSP et il est bien précisé que « L'agence régionale de santé assure la mise en place du service territorial de santé au public ». (Art. L. 1434-12. -1).

Ceci implique la possibilité pour les ARS de limiter la liberté d'installation et même de déménagement du lieu de pratique.

Le STSP permettrait aussi la possibilité de conventionnements individuels, en permettant une « déclinaison régionale de la convention nationale » organisée par les ARS.

Autres points prévus : Remise en question du volontariat de la permanence des soins, légalisation du testing (Faux patients envoyés par l'ARS).

Reste aussi l'hôpital centre et effecteur de la coordination de la médecine de ville.

Dans la même lignée, toujours sous la direction des ARS, la création d'un Service Public Hospitalier (SPH) dont la gouvernance comprendra des représentants des usagers mais pas ceux des médecins travaillant dans les établissements privés.

Citons encore l'instauration du tiers payant généralisé dont on peut redouter le effet délétères sur la relation entre les patients et leur médecins, considérant la dévalorisation de l'acte gratuit systématique et obligatoire, hors les patients disposants de la CMU et de l'AME ; on peut craindre l'aspect inflationniste de cette mesure et aussi la difficulté technique pour les praticiens à se faire rembourser, les modalités n'étant pas clairement définies.

La psychiatrie se situe à l'Article 13 où se trouvent définis :

La politique de santé mentale et l'ensemble des acteurs sanitaires qui la mettent en œuvre, sous la direction des ARS (surtout les établissements).

La désignation par les ARS des « établissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement ».

Les mêmes ARS effectuant la désignation des hôpitaux chargés du travail de secteur.

Ces activités s'insèrent dans le SPH et l'organisation générale des soins.

Point remarquable, il n'est pas fait mention des psychiatres privés installés en ville, pas plus d'ailleurs que des autres spécialistes comme s'ils n'avaient pas de place ni de participation dans la mise en pratique des soins. Tout se passe comme s'il n'existait de spécialistes qu'à l'hôpital ou dans les établissements privés, y compris pour les consultations externes.

Pour finir, la référence à l'entretien de Marisol Touraine au Quotidien du Médecin du 20/10/2014 semble un bon complément à la lecture du projet de loi citons par exemple :

Q. Le tiers payant généralisé obligatoire pourra-t-il se mettre en place contre l'avis d'une majorité de médecins ?

R. J'ai confiance dans l'adhésion des médecins à cette réforme (...).

Q. Sur la PDS (...) Faudra-t-il reposer la question de l'obligation de garde ?

R. Aujourd'hui, il faut faire avec cette décision prise par la droite (...).

Pour oubliés que nous sommes, notre situation n'en est pas moins inquiétante, d'autant que les chances de voir amender ce projet dépendront d'une mobilisation des médecins libéraux et, nous l'espérons, d'une possibilité de négociations entre les différents intervenants.

Claude Gernez

Accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR) : 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** ». D'ores et déjà une amende de 3000 € est possible au 1^{er} janvier 2015 si aucune démarche n'est entreprise, le délai venant d'être porté au 1^{er} octobre 2015 devant l'impossibilité manifeste d'appliquer la loi vu le retard accumulé au fur et à mesure des années, première victoire syndicale sur ce dossier. (Ordonnance du 26 septembre 2014).

Des dérogations sont possibles, et le SNPP réagit.

Vous trouverez dans la suite de cet article accessible aux abonnés AFPEP – SNPP toutes les informations pratiques : quelles normes à respecter, quelles obligations légales dans quels délais, etc.

Attention, il ne suffit d'être effectivement aux normes, il faut aussi le faire valider !

Depuis plusieurs mois, nous vous indiquions de n'entreprendre aucune démarche sur ce dossier avant septembre 2014, dans l'attente de l'...

Ordonnance du 26 septembre 2014 définissant les modalités d'application de la loi sur l'accessibilité des locaux aux handicapés. Désormais tout est en place. 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 » (Établissement 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 1,30m 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 (17 cm maximum) et profondeur des marches (28 cm minimum), 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 si votre escalier est aux normes.
- 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 vient d'accorder un délai pouvant aller jusqu'à 3 ans pour se mettre en conformité, À CONDITION de déposer une demande complète avant le 1^{er} octobre 2015, selon les modalités que vous retrouverez ici : <http://www.accessibilite.gouv.fr/>
 - 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.

<http://www.accessibilite.gouv.fr/> : le site de référence avec toutes les procédures à suivre

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 AG 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.

Le gouvernement a donc signé une ordonnance le 26 septembre 2014 accordant un délai pour déposer une demande d'agenda ouvrant droit à un délai de mise en conformité.

Rien n'est donc joué, et de nombreux changements auront inévitablement lieu encore... Tenez-vous informé, notamment via notre newsletter (inscription sur le site).

Il faut donc dès maintenant préparer son dossier d'agenda d'accessibilité programmé, en exigeant de rencontrer les « ambassadeurs d'accessibilité » que le gouvernement affirme recruter, en vous adressant à votre mairie.

MOT D'ORDRE SYNDICAL : exiger l'aide des ambassadeurs d'accessibilité ! pour les trouver selon votre département, consultez cette page :

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Contactez-le-correspondant-.html>.

Élie Winter

Le tiers payant généralisé ou l'abandon d'une politique de santé solidaire

Tout le paradoxe est là : un dispositif aux intentions apparemment favorables aux patients comme aux praticiens débouchant sur des effets contraires.

Comment ne pas souscrire a priori à une telle facilité financière d'accès aux soins ?

Nous savons que l'accès aux soins pour tous est lié non seulement aux obstacles économiques mais aussi et dans le même temps à la démographie médicale et à l'aménagement du territoire.

Nous savons aussi l'importance de l'implication matérielle des patients dans la relation de soins.

Au delà de ces considérations premières regardons les conséquences d'un tel projet en le mettant en perspective.

En rappelant cet autre dispositif qu'est le panier de soins, dont nous vous avons déjà parlé et qui est toujours dans les cartons du ministère, nous saisissons le processus en cours. Celui-ci propose une distribution des soins à différentes professions en fonction des pathologies et une répartition des coûts entre plusieurs opérateurs :

- aux psychiatres les pathologies dites lourdes, à savoir psychoses chroniques et dépressions sévères, avec un financement à 100 % par la Sécurité sociale,
- à d'autres soignants les « souffrances psychiques » qui seraient prises en charges par les seuls assureurs privés, une fois le diagnostic posé par les psychiatres réduits à une fonction d'experts,
- les soins dits de confort étant supportés par les patients eux-mêmes.

Nous voyions déjà se profiler un désengagement de l'assurance maladie.

Or que prévoit justement le projet de tiers payant généralisé ?

Un paiement par un guichet unique : le projet de loi indique bien que l'assurance maladie sera l'interlocuteur unique « pour la première étape ». Est-ce à dire que l'assurance privée y sera ensuite associée ou prendra le relais dans un second temps ?

Si d'aventure les assureurs privés passaient en première ligne, comme elles le revendiquent, nous irions vers une contractualisation individuelle de chaque patient pour des prises en charge des soins proportionnelles aux cotisations, c'est-à-dire l'abandon du principe même de l'Assurance Maladie : se soigner selon ses besoins et cotiser selon ses moyens.

Sans compter que partout où la couverture des soins est confiée au secteur lucratif, le coût de la santé ne fait que croître et la part de la population accédant aux soins ne fait que rétrécir, les États-Unis ou la Suisse étant des exemples patents de cette évolution.

En parallèle cela signifierait pour les médecins la disparition de la convention collective qui nous lie à l'Assurance Maladie et le passage à une relation tripartite incluant l'assurance privée. Avec en ligne de mire la contractualisation individuelle des praticiens avec les assureurs privés, ces derniers pouvant dès lors dicter les conditions de financement des soins, c'est-à-dire la fin de l'indépendance professionnelle et l'assujettissement des soignants aux logiques financières.

Le CAPI puis le paiement à la performance que nous avons dénoncés préfiguraient, au sein de l'Assurance Maladie, ce processus, avec pour conséquence une inflexion des choix thérapeutiques en fonction de ces mêmes impératifs financiers.

Il s'agirait bien finalement, sous couvert d'annonces généreuses, d'un changement radical de politique de santé laissant libre cours à la contractualisation individuelle, fragilisant ainsi et le patient et le praticien, au mépris d'une protection sociale solidaire et d'une indispensable indépendance professionnelle.

Michel Marchand

Octobre 2014

Mise au point : le RSI

De jeunes collègues installés en secteur 2 nous font part de leurs questions sur leur protection sociale. Affiliés au RSI, ils se demandent dans quelle mesure leurs cotisations diffèrent du régime général et pourquoi il y a plusieurs régimes de Sécurité sociale. Lorsqu'ils ont une activité hospitalière à temps partiel, ils se demandent pourquoi ils sont tenus de cotiser à la fois au régime salarié et au régime indépendant alors qu'il ne bénéficie que des prestations du RSI.

Ces questions rappellent que la protection sociale des travailleurs indépendants est souvent bien moins connue que celle des salariés et invitent à faire le point sur plusieurs sujets : tout d'abord les principes sur lesquels s'est fondée la protection sociale des travailleurs indépendants ; ensuite les particularités, voire les dysfonctionnements, du RSI depuis sa création en 2006 ; enfin les particularités de la protection sociale des médecins libéraux.

PROTECTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

À la veille de la seconde guerre mondiale, la protection sociale des français est extrêmement hétérogène. Trois groupes sociaux se distinguent déjà dont les particularités subsistent encore aujourd'hui.

Les salariés, tout d'abord, ont obtenu non sans mal entre les deux guerres une protection sociale à peu près complète grâce aux lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituant les Assurances Sociales. Inspirées du système allemand mis en place par Bismarck, adoptées par les français après la réunification de l'Alsace et de la Lorraine qui leur a permis de les découvrir, elles assurent aux salariés une couverture maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Les accidents du travail étaient déjà indemnisés par le patronat qui, depuis 1898, en était considéré comme légalement responsable. Le 11 mars 1932, les allocations familiales, financées par les employeurs, compléteront ce dispositif, hormis pour les salariés du secteur agricole.

Les agriculteurs, ensuite, représentent encore à l'époque près du tiers de la population française. La loi du 30 avril 1928 organise le système mutualiste mis en place et géré par les agriculteurs eux-mêmes. Ce dernier ne couvre que le risque maladie. La retraite des agriculteurs devra attendre 1951.

Enfin les travailleurs indépendants : artisans, commerçants et professions libérales. Pour ces derniers, la protection sociale est nulle. Ils ne bénéficient donc ni d'assurance maladie, ni de système de retraite,

encore moins de couverture maternité, invalidité, décès ou accident du travail. Ils ne bénéficient pas non plus des allocations familiales, réservées aux salariés non agricoles.

La raison pour laquelle les travailleurs indépendants ne bénéficient d'aucune protection sociale à cette époque est simple : ils n'en veulent pas. Estimant qu'ils ont par ailleurs les moyens financiers de se prémunir des risques couverts par la protection sociale, ils refusent de cotiser pour une solidarité dont ils ne perçoivent pas l'utilité.

Au lendemain de la guerre, ce paysage va être bouleversé par la création de la Sécurité sociale en octobre 1945 (ordonnances des 4 et 19 octobre 1945). Les Assurances Sociales constituaient un système de solidarité restreint à une population donnée. Les corporations suffisamment organisées, c'est-à-dire celles dans lesquelles le syndicalisme était suffisamment puissant, avaient construit une protection sociale adaptées à leur métier. Fortement imprégnée d'un esprit mutualiste, cette protection sociale était donc loin de concerner l'ensemble des salariés. C'est précisément ce que veut changer le Conseil National de la Résistance avec l'instauration de la Sécurité sociale.

L'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 exprime clairement cette rupture avec la philosophie des Assurances Sociales : « *La Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité* ». L'esprit mutualiste des Assurances Sociales est abandonné au profit d'une solidarité universelle, financée par tous au profit de tous, quelles que soient par ailleurs les appartenances socioprofessionnelles.

Mais cette ambition est manifestement trop élevée pour l'esprit de ce temps. Seuls les salariés adhèrent immédiatement au principe de cette généralisation de la Sécurité sociale, à la réserve des fonctionnaires d'état qui, bénéficiant déjà d'un système de retraite depuis le second empire (loi du 9 juin 1853) – voire parfois de régimes de retraites plus anciens et plus avantageux encore – ne veulent pas en perdre le bénéfice. Il sera fait droit à leurs demandes dans le cadre des régimes spéciaux de retraite dont beaucoup perdurent encore. En revanche, les agriculteurs refusent l'universalisation

et préfèrent en rester au système mutualiste qu'ils ont construit avant la seconde guerre mondiale et qu'ils gèrent eux-mêmes. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) est créée en 1945 pour unifier cet ensemble mutualiste. Quant aux travailleurs indépendants, ils rejettent tout en bloc.

Ce rejet de la Sécurité sociale par les travailleurs indépendants est officialisé par la loi sur la généralisation de la Sécurité sociale du 22 mai 1946 qui dispose que les travailleurs non salariés et non agricoles resteront hors de la Sécurité sociale, c'est-à-dire, à cette époque, sans aucune protection sociale.

C'est de ce refus du principe d'une solidarité universelle que naîtra peu à peu, imposé par l'État contre la volonté des travailleurs indépendants eux-mêmes, un régime de protection sociale particulier qui perdure encore aujourd'hui et dont le principal acteur est actuellement le Régime Social des Indépendants (RSI).

La construction de ce régime se résume en fait en peu de dates : 1948, 1966 et 1978.

Le premier acte est la loi du 17 janvier 1948 qui instaure les régimes autonomes de retraites. Les travailleurs indépendants se voient imposer l'obligation de cotiser à des caisses de retraites distinctes de la Sécurité sociale mais, en contrepartie, ils obtiennent la possibilité de gérer eux-mêmes leurs propres caisses de retraites.

Trois caisses de retraites autonomes sont créées en 1948 : la Caisse Autonome de Compensation de l'Assurance Vieillesse Artisanale (CANCVA) pour les artisans, la Caisse de Compensation de l'Organisation Autonome Nationale de l'Industrie et du Commerce (ORGANIC) pour les industriels et les commerçants, la Caisse Autonome d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales (CNAVPL) pour les professionnels libéraux.

La CNAVPL est elle-même divisée en sections professionnelles, certaines regroupant plusieurs professions libérales. Au nombre de quatorze à sa création en 1948, la CNAVPL ne comporte plus que dix sections à l'heure actuelle. Les médecins ont toujours disposé d'une section propre : la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF). Seuls parmi tous les professionnels libéraux, les avocats ont quitté la CNAVPL en 1954 pour créer la Caisse Nationale du Barreau Français (CNBF) qui demeure totalement autonome depuis. La fluctuation du nombre de sections au fil des ans au sein de la CNAVPL est liée à des séparations ou à des regroupements de professions au sein des sections.

Le second acte de la construction de la protection sociale des travailleurs indépendants est la loi du 12 juillet 1966 qui instaure un régime d'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs indépendants.

Parallèlement, la Caisse d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM) est créée pour gérer cette assurance maladie.

Il s'agit d'un régime par délégation, c'est-à-dire que la gestion de l'assurance maladie des travailleurs indépendants est confiée à des compagnies d'assurances ou à des mutuelles conventionnées, chacun demeurant libre de s'affilier à l'assureur de son choix. Le rôle de la CANAM est de coordonner le réseau ainsi constitué.

En 1969, plusieurs compagnies d'assurances conventionnées avec la CANAM décident de s'associer pour créer la Réunion des Assureurs Maladie (RAM) qui demeure encore à l'heure actuelle premier opérateur de l'assurance maladie des travailleurs indépendants, prenant en charge plus de la moitié de cette population.

A sa création, le régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants ne prévoit pas d'indemnités journalières. Elles n'apparaîtront pour les artisans qu'en 1995 et en 2000 pour les commerçants. Elles n'existent toujours pas pour les professions libérales. Pour les médecins, la CARMF verse cependant des indemnités journalières au-delà de 90 jours d'arrêts de travail.

Le dernier acte de la protection sociale des travailleurs indépendants est la loi du 12 juillet 1977, applicable à compter du 1^{er} janvier 1978. A compter de cette date, la branche famille du régime général devient universelle. Les travailleurs indépendants vont donc désormais percevoir des allocations familiales au même titre que l'ensemble de la population.

Enfin, défini comme un horizon à atteindre dès 1973 (loi du 27 décembre 1973), l'alignement des prestations quel que soit le régime d'affiliation est acquis en 2001. A partir de cette date, les prestations sont les mêmes dans tous les régimes si le risque est garanti. En revanche, seul le régime général garantit tous les risques.

A l'heure actuelle, le régime des travailleurs indépendants ne garantit pas les risques accidents du travail, maladies professionnelles et chômage. Les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail n'existent que pour les artisans et les commerçants mais pas pour les professions libérales. En revanche les autres risques sont couverts de la même manière quel que soit le régime. La différence de garanties entraîne une différence de cotisations de l'ordre de 7,5 % de moins que les salariés puisqu'ils ne cotisent pas pour les risques dont ils ne bénéficient pas.

LE RSI : UNE SIMPLIFICATION RATÉE

Du fait de l'alignement des prestations dans les trois régimes de sécurité sociale (CNAM-TS, MSA et travailleurs indépendants) à partir de 2001, la question

s'est posée pour les pouvoirs publics de maintenir ces trois régimes distincts. Elle se posait d'autant plus que la MSA et le régime des travailleurs indépendants étaient de plus en plus déficitaires au fil du temps, imposant des compensations de la part du régime général. Le régime des indépendants bénéficie, outre la compensation inter-régime, d'une cotisation versée par les sociétés, la Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés (C3S).

La loi du 2 juillet 2003 habilite le gouvernement à « simplifier le droit ». Il est donc permis d'envisager la fusion des différents régimes de Sécurité sociale.

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur cette question remis au gouvernement quelques mois plus tôt, en mars 2003, concluait cependant à la nécessité de préserver des régimes de protection sociale distincts, notamment du fait de l'attachement des professions agricoles et indépendantes au fait de gérer eux-mêmes leur protection sociale.

Le gouvernement va donc trancher en faveur du maintien de régimes distincts mais d'une simplification du régime des travailleurs indépendants. C'est cette simplification qui va produire le RSI en 2006.

Jusqu'en 2006, le paysage de la protection sociale des travailleurs était très morcelé. D'une part les trois caisses autonomes d'assurance vieillesse (CANCAVA, ORGANIC et CNAVPL) ; d'autre part le réseau des assureurs conventionnés avec la CANAM, le principal assureur de ce réseau étant la RAM ; enfin les Allocations Familiales, gérée pour toute la population par la seule CNAF, branche de la Sécurité sociale.

Tout professionnel libéral avait donc nécessairement au moins trois, parfois quatre, interlocuteurs : sa caisse de retraite qui à la fois recouvrait les cotisations et distribuait les retraites ; son assurance conventionnée avec la CANAM qui encaissait ses cotisations d'assurance maladie et remboursait les soins ; l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) qui encaissait la Contribution Sociale Généralisée (GSG), la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CDRS) et les cotisations d'Allocations Familiales ; enfin la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) qui distribuait les allocations familiales le cas échéant.

La simplification visée par la mise en place du RSI consiste, d'une part, à fondre en un seul ensemble la CANCAVA, l'ORGANIC et la CANAM et, d'autre part, à déléguer à l'URSSAF le recouvrement de toutes les cotisations. Cette opération permet de diviser par trois le nombre de caisses locales ainsi que le nombre d'administrateurs.

Elle permet en outre de mettre en place un Interlocuteur Social Unique (ISU) chargé du recouvrement de toutes les cotisations sociales des travailleurs indépendants :

l'URSSAF. Seuls les professionnels libéraux conserveront leurs caisses autonomes de retraite : la Caisse du barreau Français pour les avocats et la CNAVPL pour toutes les autres professions libérales.

Le changement est donc radical : on passe d'une nébuleuse d'organisations autonomes, chacune ne gérant qu'un seul risque (retraite ou maladie) et se chargeant de collecter les cotisations ainsi que de distribuer les prestations pour ce risque, à une organisation bicéphale : d'une part les URSSAF chargées du recouvrement de toutes les cotisations pour tous les risques et le RSI qui va distribuer les prestations pour tous les risques (hormis la retraite pour les professions libérales et les Allocations Familiales qui demeurent pour tout le monde distribuées par la CAF).

Le circuit mis en place est le suivant : le travailleur indépendant s'affilie au RSI auquel il envoie ses déclarations de revenu. Le RSI les transmet à l'URSSAF qui se charge du recouvrement en s'appuyant sur le système informatique de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS). Si les cotisations ne sont pas réglées dans le délai prévu (30 jours), l'appel de cotisation est renvoyé au RSI qui reprend la main sur le recouvrement afin de mettre en place des mesures supplémentaires de recouvrement, amiables ou non. Pour percevoir des prestations, l'utilisateur s'adresse directement au RSI.

Or la mise en place de cette organisation a été un fiasco. En effet, si le premier volet de cette réforme, la fusion de la CANCAVA, de l'ORGANIC et de la CANAM s'est déroulé sans difficulté majeure, l'indispensable collaboration entre les URSSAF et le RSI s'est en revanche avérée si problématique à mettre en œuvre qu'un rapport de la Cour des Comptes a qualifié le RSI de « catastrophe industrielle ». Plusieurs rapports ont été publiés sur ce gigantesque ratage et en analysent les causes.

La première cause identifiée est la saturation du système informatique de l'ACOSS. Déjà aux limites de ses possibilités avant même la création du RSI, ce système informatique ne pouvait pas absorber sans de grandes difficultés la charge supplémentaire qui lui a été demandée. Il était prévu de moderniser le système informatique de l'ACOSS à l'horizon de 2014 mais cette perspective vient d'être repoussée au mieux en 2017.

La seconde cause est la différence de culture administrative entre les URSSAF et le RSI qui a entraîné partout de grandes difficultés de communication entre les deux organisations. Les rapports publiés sur ce sujet soulignent la défiance manifeste des personnels des deux organismes l'un envers l'autre. Afin de tenter de remédier à ce problème, des cellules mixte RSI – URSSAF se mettent en place afin de créer une collaboration qui ne s'est jamais vraiment établie auparavant.

Un troisième problème est lié à une répartition des rôles non seulement plus floue que ne laisse entendre le schéma d'organisation initial, mais encore parfois non assumée. Il arrive ainsi que les URSSAF s'adressent aux personnes affiliées au RSI en utilisant des documents à en-tête du RSI et indiquant le nom d'un interlocuteur du RSI qui peut être joint en cas de difficulté. Mais si les usagers cherchent à joindre l'interlocuteur qui leur est indiqué, ce dernier n'est évidemment pas au courant puisque le document en question émane de l'URSSAF qui n'a pas averti la personne concernée au RSI. Ce type de situation mécontente fortement les usagers et met les personnels du RSI en grande difficulté.

Au-delà de ces problèmes structurels, pour lesquels des solutions sont activement recherchées, la crise économique de 2008 a entraîné un effondrement des revenus des travailleurs indépendants. Or comme les cotisations sont calculées sur le revenu de l'année N-2, de nombreux travailleurs indépendants se sont trouvés dans la situation de ne pas pouvoir régler les cotisations qui leur étaient demandées. Le traitement du recouvrement prévoyant que les cotisations non honorées dans le délai prévu étaient retournées par l'URSSAF au RSI, ce dernier s'est donc trouvé submergé par le nombre de litiges à traiter.

Cet accroissement de la charge de travail a encore été aggravé par la création du statut d'auto-entrepreneur, qui a connu un grand succès mais qui a aussi considérablement augmenté le nombre de personnes affiliées au RSI (+ 25%) à un moment où la structure était déjà fragilisée pour les raisons explosées plus haut.

Le RSI peut donc être comparé à un avion qui explose alors qu'il vient à peine de quitter le sol. Créé en 2006, il s'est presque immédiatement trouvé submergé sous une charge de travail qu'il ne pouvait pas assurer, en grande partie du fait, semble-t-il, qu'on lui a imposé un partenaire, l'URSSAF, qui ne voulait ni ne pouvait jouer ce rôle.

Tous ces dysfonctionnements se sont d'autant plus aggravés que le diagnostic en a été tardif. Le dernier rapport sur le sujet, daté de juin 2014, laisse entendre que ces problèmes seraient en voie de résolution, notamment grâce aux efforts que le RSI et les URSSAF semble enfin consentir afin d'améliorer leur collaboration. Toutefois, le RSI donne encore le sentiment de mal fonctionner et la défiance s'est installée chez ses usagers.

Cette défiance réactive la contestation du principe des cotisations sociales obligatoires qui est aussi ancienne chez les travailleurs indépendants que la Sécurité sociale elle-même. Un certain nombre de travailleurs indépendants se dégagent du RSI et se construisent une protection sociale sur mesure, du moins pour la retraite et l'assurance maladie, grâce à des contrats

avec des assurances privées étrangères (le droit des assurances ne permet pas en France d'assurer le risque maladie dès le premier euro hormis pour les Français résidents à l'étranger).

Il faut cependant rappeler que le refus de payer les cotisations sociales obligatoires constitue un délit. S'ils sont découverts, ces contestataires se verront non seulement réclamer les cotisations qu'ils n'ont pas réglées, vraisemblablement assorties de pénalités de retard, mais ils prennent en outre le risque de sanctions pénales.

La contestation de l'obligation des cotisations sociales en France a donné lieu à une jurisprudence qui condamne systématiquement les travailleurs indépendants qui cherchent à s'y soustraire. Cette jurisprudence française est confirmée par la jurisprudence européenne. Un arrêt de la Cour de Justice de la Communauté Européenne (CJCE Garcia du 26 mars 1996) dispose que « *les régimes de sécurité sociale qui (...) sont fondés sur le principe de solidarité exigent que l'affiliation à ces régimes soient obligatoire, afin de garantir l'application du principe de solidarité ainsi que l'équilibre financier* ». Un arrêt plus récent de la CJCE (arrêt BBK du 3 octobre 2013) a également précisé que la libre concurrence n'est pas un argument valable pour revendiquer la possibilité de s'affilier à une assurance privée plutôt qu'à une caisse de Sécurité sociale. Cet arrêt souligne que les caisses ne peuvent pas être considérées comme des entreprises commerciales au même titre qu'une compagnie d'assurances ou une mutuelle. Le principe de solidarité à la base de l'obligation des cotisations est donc clairement identifié et fermement soutenu dans le droit européen.

Cette obligation de cotisation concerne tous les revenus qui, quels qu'ils soient, sont soumis à la CSG et la CRDS. Les revenus du travail sont en outre soumis à l'obligation de cotiser dans le cadre du régime de sécurité sociale concerné. En cas d'activité mixte, libérale et salariée, il faut donc cotiser à la fois au RSI pour l'activité libérale et à la CNAM-TS pour l'activité salariée.

PARTICULARITÉS DE LA PROTECTION SOCIALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX

Quoique professionnels libéraux, les médecins ne furent pas concernés par la mise en place de l'assurance maladie des travailleurs indépendants en 1966. En effet, l'Assurance Maladie leur avait déjà été « offerte » en 1962 par la Sécurité sociale en contrepartie de la perte de la liberté d'honoraires dans le cadre de la première convention (convention départementale) signée en 1961.

Dès 1962, les médecins qui cotisaient déjà à la CARMF pour leur retraite ont donc dû en outre cotiser à la Sécurité sociale comme s'ils étaient salariés, puisque l'Assurance Maladie des Travailleurs Indépendants n'existait pas encore. Toutefois il a été convenu que les cotisations des médecins seraient pour partie prises en charge par la Sécurité sociale elle-même, tant pour l'Assurance Maladie que pour les cotisations de retraite versées à la CARMF. De même que, pour les salariés, les cotisations sont partagées entre l'employé et l'employeur, elles ont été partagées entre le médecin libéral et la Sécurité Sociale.

Les médecins jouissent donc d'un régime particulier au sein de la CNAM-TS, le régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC) qu'ils partagent avec toutes les professions de santé d'exercice libéral conventionnées avec la sécurité sociale.

Cette particularité de la protection sociale des médecins libéraux va durer jusqu'à la création du secteur 2 en 1980 (troisième convention nationale du 5 juin 1980). En contrepartie de la liberté de fixer le montant de leurs honoraires, les médecins de secteur 2 perdent la prise en charge des cotisations ce qui va les pousser à adhérer à la CANAM dont les cotisations sont moindres que celles du régime général. Ils rejoignent ainsi la protection sociale commune à tous les professionnels libéraux.

Les médecins de secteur 1 demeurent en revanche affiliés à la CNAM-TS dans le cadre du régime des PAMC, et continuent de bénéficier d'une large prise en charge de leurs cotisations dès lors qu'une convention médicale est en application. En revanche, si aucune convention n'est signée, cette prise en charge est suspendue et les médecins de secteur 1 règlent leurs cotisations à taux plein à la CNAM-TS. Dans ce cas de figure leurs cotisations sont plus élevées que celles de leurs collègues de secteur 2 affiliés au régime des indépendants. Ce fut le cas pour les spécialistes entre 1998 et 2004 lorsque le Règlement Minimum Conventionnel était en vigueur.

La prise en charge partielle des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1 ne concerne que trois cotisations : l'Assurance Maladie, les Allocations Familiales et les Allocations Supplémentaires de Vieillesse (ASV). Toutes les autres cotisations sont identiques quel que soit le secteur conventionnel.

Pour l'Assurance Maladie, le taux de cotisation est actuellement de 9,81 % du revenu pour les médecins affiliés au régime PAMC. Les médecins de secteur 1 ne cotisent cependant que sur la base de 0,11 % de leur revenu, le reste de la cotisation (9,70 %) étant pris en charge par la CNAM-TS. Les médecins de secteur 2 payent intégralement cette cotisation s'ils sont affiliés au régime PAMC.

La règle de calcul du RSI est différente. La cotisation d'assurance maladie est dans ce cas de 6,5 % du revenu annuel jusqu'au plafond de la Sécurité sociale, 5,9 % entre une et cinq fois le plafond de la sécurité sociale, nulle au delà de 5 fois le plafond de la sécurité sociale. Il y a donc un avantage significatif à être affilié au RSI, notamment pour les revenus les plus élevés dépassant cinq fois le plafond de la sécurité sociale. Le plafond de la sécurité sociale est actuellement de 37 548 €.

Le choix du régime auquel le médecin décide de s'affilier au moment de son installation (PAMC ou RSI) est irrévocable. C'est ce qui explique que 8 % des médecins installés en secteur 2 adhèrent encore à la CNAM-TS bien que le RSI soit plus avantageux. Ce sont les médecins qui ont adhéré au régime des PAMC au moment de leur installation et qui, de ce fait, ne peuvent plus rejoindre le RSI.

Pour les Allocations Familiales, le taux de la cotisation est de 5,40 % du revenu annuel intégralement dû pour les médecins de secteur 2. Le taux de cotisation est identique pour le régime PAMC et pour le RSI. Les médecins de secteur 1 ne cotisent que 0,40 % pour la part de leur revenu annuel inférieure au plafond de la Sécurité Sociale et 2,50 % sur la part de leur revenu excédant le plafond de la Sécurité sociale.

La cotisation retraite, versée à la CARMF, comprend trois parts : la retraite de base, gérée par la CNAVPL, la retraite complémentaire, gérée uniquement par la CARMF et les Allocations Supplémentaires Vieillesse (ASV) elles-mêmes composée d'une part forfaitaire et d'une part proportionnelle au revenu. Les cotisations sont proportionnelles au revenu et sont identiques quel que soit le secteur conventionnel. En revanche, la cotisation forfaitaire de l'ASV est de 1 500 € pour les médecins de secteur 1 et de 4 500€ pour les médecins de secteur 2 ; la cotisation proportionnelle est de 0,50 % pour les médecins de secteur 1 et de 1,50 % pour ceux de secteur 2. Un exemple chiffré permet d'illustrer l'écart des cotisations entre les deux secteurs conventionnels. Soit l'hypothèse d'un revenu annuel de 70 000 €, les différences de cotisations sociales selon le secteur vont être les suivantes pour un plafond de la sécurité sociale (PSS) de 37 548 € :

Différences selon le secteur	Secteur 1	Secteur 2	Ecart
Assurance maladie (secteur 2 au RSI)	77,00	4355,29	4278,29
Allocations Familiales sous le PSS	150,19	2 027,60	1 877,41
AF au-delà du PSS	811,30	1 572,41	761,11
ASV forfaitaire	1 500,00	4 500,00	3 000,00
ASV proportionnelle	350,00	1 050,00	700,00
Surcoût de cotisations du secteur 2 :			10 616,81

Ce tableau ne présente que les cotisations dont le taux varie selon le secteur conventionnel. Sur cet exemple, l'écart des cotisations représente 15,16 % du revenu annuel, soit environ deux mois de revenus dans l'hypothèse considérée. Pour un médecin de secteur 2 qui cotiserait au régime des PAMC plutôt qu'au RSI, la cotisation d'assurance maladie serait de 6 867 €, soit un surcoût supplémentaire de 2 511,71 €.

Le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale de 2012 estime l'écart moyen de cotisations entre les deux secteurs à 16 % du revenu pour l'ensemble des spécialistes et à 17,2 % pour les généralistes.

Dans le cadre de l'option de coordination, apparue dans la convention de 2005, les médecins de secteur 2 bénéficient des mêmes prises en charge de cotisations que les médecins de secteur 1 en contrepartie d'une importante limitation de leurs dépassements d'honoraires.

La Cour des Comptes, dans son rapport de 2012 sur la Sécurité sociale, estime que la prise en charge des cotisations sociales du secteur 1 et du secteur 2 en option de coordination devrait être remise en cause étant donné son coût qui dépasse deux milliards d'euros par an, toutes professions de santé confondues. Ce rapport suggère du moins de moduler la prise en charge des cotisations sociales en fonction de la répartition territoriale des praticiens et d'une baisse effective des dépassements d'honoraires. Il propose également d'imposer aux médecins de secteur 2 de s'affilier au régime des PAMC au lieu du RSI jugé trop avantageux.

CONCLUSIONS

Nous espérons que ce rapide exposé aura permis à nos jeunes collègues affiliés au RSI de trouver quelques éléments de réponse à leurs questions. Certes, le montant des cotisations semble toujours élevé lorsque vient le moment de les régler, mais beaucoup ignorent que, pour un médecin exerçant en secteur 2, l'affiliation au RSI est nettement plus avantageuse que le régime des PAMC de la CNAM-TS.

Comprendre les raisons de la coexistence des différents régimes de Sécurité sociale nécessitait de revenir sur l'histoire de cette dernière. On en retiendra que la nécessité de ces trois régimes (salarié, agricole et indépendant) découle directement du refus du principe de solidarité universelle exprimé dès la création de la Sécurité sociale par le monde agricole et par les travailleurs indépendants. Les raisons de ce refus n'étaient toutefois pas les mêmes : le monde agricole voulait avant tout préserver le système mutualiste qu'il avait déjà mis en place et qui lui donnait satisfaction ; les travailleurs indépendants rejetaient en revanche l'idée même d'une protection sociale dont ils ne ressentaient pas la nécessité. Il a donc fallu la construire

progressivement contre la volonté de ces derniers, un certain nombre d'entre eux persistant d'ailleurs à la rejeter à l'heure actuelle. En dépit de l'harmonisation des prestations entre les différents régimes, il demeure probable de parvenir à les fusionner car cela ne manquerait pas d'attiser cette contestation.

Ce rappel historique souligne aussi que la véritable innovation de la Sécurité sociale fut son ambition d'universalité. C'est en ce point qu'elle opère une rupture fondamentale avec les Assurances Sociales des années 1930 qui proposaient une solidarité de type mutualiste, limitée au périmètre d'un groupe socio-professionnel particulier.

Cet esprit mutualiste ne doit cependant pas être dévalué car le contexte historique dans lequel ont émergé les Assurances Sociales ne permettait pas qu'il en fût autrement. Les forces progressistes, politiques et syndicales, ont dû se battre durement, du lendemain de la première guerre mondiale à la fin des années 1920, non seulement pour parvenir à les mettre en place mais surtout pour les maintenir : elles auraient très bien pu être balayées dans les années 1930 du fait d'un contexte de crise économique sans précédent et de la montée du fascisme dans plusieurs pays européens.

Un projet social d'une envergure aussi considérable que la Sécurité sociale ne pouvait en revanche réussir que dans un moment historique tout à fait particulier, un moment où l'on pouvait s'autoriser les ambitions les plus hautes parce que tout était à reconstruire. Encore fallait-il avoir la lucidité et l'audace de saisir cette opportunité dans l'Europe épuisée de l'immédiat après guerre, c'est-à-dire avoir une conscience sociale qui dépasse le seul projet de reconstruction du pays pour viser beaucoup plus loin et imaginer la société qui pourrait s'épanouir une fois les blessures du conflit cicatrisées.

Or, si le Conseil National de la Résistance a su élaborer cette vision dès 1943, tous n'ont pas été capables d'y adhérer, de sorte que si la Sécurité sociale est bien née des ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, la protection sociale contemporaine résulte aussi de la loi du 22 mai 1946 qui entérine l'échec de l'universalisation de la Sécurité sociale. Notre protection sociale résulte donc d'une double tension : une première tension entre deux visions de la solidarité, elles mêmes toutes deux en tension avec le rejet de la solidarité. La première de ces tensions oppose une conception universelle de la solidarité (chacun s'oblige à payer en fonction de ses moyens pour quiconque peut en avoir besoin) à une conception mutualiste (chaque membre d'un groupe paye pour les membres de ce groupe qui peuvent en avoir besoin). La seconde tension oppose ces deux formes de solidarité prises en bloc à une vision individualiste (chacun paye pour lui-même).

Il serait bien sûr outrageusement réducteur de superposer ces trois lignes de force aux trois régimes de Sécurité sociale qui coexistent actuellement. Au fil du temps, un mouvement de fond en direction de l'universalisation s'est incontestablement affirmé de sorte que nous nous trouvons désormais dans un système de solidarité universelle quel que soit le régime.

Cependant, la coexistence de ces différents régimes rappelle que cette universalisation a dû être imposée à une partie de la population. Elle demeure donc une conquête fragile, et d'autant plus dans un temps où l'individualisme a appris à se rendre honorable sous couvert de performance et d'autonomie, au point qu'il n'est plus très loin de se confondre avec la dignité, rejetant du même coup le lien social du côté de la dépendance et de l'aliénation. La Sécurité

Sociale est certes menacée du fait d'un équilibre financier toujours difficile à trouver, mais ce sera peut-être ce renversement de valeur entre la solidarité et l'individualisme qui lui portera un jour le coup fatal.

Jean-Jacques Laboutière

Les informations contenues dans cet article sont pour l'essentiel tirées de deux rapports officiels :

- Le rapport de 2012 de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale ;
- Le rapport d'information daté de juin 2014 fait au nom de la mission d'évacuation d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat sur le régime social des indépendants.

Situation actuelle et positionnement de la CSMF

Le dernier conseil confédéral du 11/10 dernier, sous la présidence de J-P Ortiz, a défini la position de la centrale et exprimé son opposition très ferme à l'ensemble des projets de loi et des règlements concernant la caisse d'assurance maladie. Commençons par celle-ci :

Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS)

La progression de l'ONDAM sera limitée à +2,1 % en 2015, malgré la bonne tenue de la médecine libérale l'an dernier ; cette limitation pose la question du financement du projet de loi de santé.

La CSMF s'inquiète de la mise sous accord préalable et objectif de réduction des prescriptions par les CPAM décision prise à l'encontre des médecins « dépasseurs » d'Indemnités Journalières et de prescriptions « excessives » après passage devant la CPL (Commission Paritaire Locale). Les critères retenus par la direction ne tiennent pas assez compte des situations individuelles.

La rémunération des médecins est jugée de plus en plus dérisoire en regard des conditions de la pratique et des réalités économiques actuelles, l'acte de consultation ne devrait pas être revalorisé, la pratique du « C2 » consultation « experte » qui n'est pratiquement pas utilisée par les psychiatres, ne permet pas de revaloriser valablement la pratique des médecins. Rappelons encore que le SNPP reste attaché à l'acte unique et la seule avancée significative consiste pour nous en une réévaluation significative du C(N)PSY.

Le projet de loi de santé provoque encore plus de colère pour la centrale syndicale, en chacun de ses points, mais surtout :

- 1) Le service territorial de santé au public, soumis aux décisions des ARS locales, les projets ne seront subventionnés qu'après signature d'un contrat avec celles-ci, ce qui s'apparente à un conventionnement individuel. Soulignons à nouveau que le texte du projet ne mentionne nulle part la place des spécialistes, comme s'ils n'existaient pas !
- 2) La prochaine convention se présente d'emblée comme désuète pour autant qu'elle devra s'intégrer au service territorial et donc à l'autorité des ARS locales ! Nous revenons à la situation dénoncée ci-dessus.
- 3) Le tiers-payant généralisé inquiète par son versant inflationniste et de par le risque de banalisation des soins, mais aussi parce qu'il n'est prévu aucun moyen technique de remboursement des praticiens. Rappelons que chaque acte coûte 3,50 € de facturation dans les centres de santé.
- 4) Le service public Hospitalier dont, à nouveau, les spécialistes se trouvent exclus et qui sera soumis, lui aussi, aux ARS locales.
- 5) Le transfert des tâches médicales à d'autres professionnels va surtout toucher les cliniciens, particulièrement les médecins traitants qui se verront dépossédés de consultations non complexes, ne leur laissant que celles qui demandent plus de temps, patients présentant plusieurs pathologies associées par exemple.

Ces faits ont amené la CSMF dans son ensemble à décider le mouvement de grève de fin d'année. Il convient de souligner que toutes les autres centrales ont décidé de s'y associer, le SML devant voter lors de sa prochaine assemblée extraordinaire convoquée dans ce but.

Ce mouvement est bien présenté comme un premier signal visant à imposer un dialogue avec les instances qui ont élaboré ces projets, sous réserve d'action ultérieures en cas d'échec.

Claude Gernez

Soins sans consentement

A la suite de la censure par le Conseil Constitutionnel de certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011, le législateur a modifié ce texte par une nouvelle loi en 2013.

Ainsi les points suivants ont été modifiés :

Tout d'abord, le texte de loi modifie les règles applicables à l'hospitalisation sous contrainte en augmentant le contrôle effectué par le magistrat sur ces hospitalisations.

Ainsi, le délai dans lequel le JLD doit intervenir pour contrôler cette mesure d'hospitalisation sous contrainte est désormais de 12 jours suivant l'hospitalisation, et non plus 15. Dans ces conditions, le certificat médical qui était établi sous huit jours est supprimé.

De plus, la présence de l'avocat pour assister ou représenter la personne hospitalisée d'office est devenue obligatoire devant le juge des libertés et de la détention (JLD) statuant sur le maintien ou non de cette mesure d'hospitalisation sous contrainte.

Cette disposition oblige les confrères hospitaliers à une plus grande vigilance lors de la rédaction des rapports sur les patients pour éviter les vices de forme qui sont les plus recherchés ; les avocats se trouvant en difficulté pour intervenir sur le bien-fondé de l'hospitalisation sans consentement.

Alors que l'audience était par principe publique, et exceptionnellement à huis clos, cela est désormais le contraire. L'audience est donc devenue non publique par principe, et devant se tenir dans une salle dédiée de l'établissement, et non au Tribunal.

Par ailleurs, les unités pour malade difficile (UMD) sont désormais soumises à la législation commune. Cela revient à dire que ces unités, même nommées de la sorte, sont de fait supprimées et soumises aux mêmes règles que les services d'hospitalisation communs. Les patients hospitalisés en UMD bénéficient donc de nouveau des mêmes droits et de la même protection que les autres patients.

De plus, les « sorties d'essai » des patients sont de nouveau possibles, mais très réglementées.

Enfin, la procédure relative au prononcé de la main levée de l'hospitalisation pour les patients déclarés pénalement irresponsables a été modifiée par la nouvelle loi.

La loi de 2011 prévoyait une procédure de main levée très stricte pour tous les patients hospitalisés d'office alors qu'ils avaient commis une infraction à la suite de laquelle ils avaient été déclarés pénalement irresponsables.

Désormais, la procédure très stricte selon laquelle un Collège d'expert doit se réunir, en plus du fait que le magistrat doit recueillir deux avis d'expert psychiatres sur l'acceptation de la main levée ne s'applique qu'aux infractions les plus graves, c'est-à-dire :

- Les infractions punies d'au moins 5 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes.
- Les infractions punies d'au moins 10 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

En outre, il conviendra également d'indiquer que s'agissant des prises en charge autres que l'hospitalisation, seul le psychiatre de l'établissement d'accueil du patient peut modifier le traitement de ce dernier.

Claude Gernez

Rappel à propos des certificats médicaux

Devant l'affluence grandissante des plaintes contre les médecins suite à la rédaction de certificats médicaux, voici un petit rappel nécessaire de quelques règles, selon l'Ordre National des Médecins. N'hésitez pas à vous reporter au texte complet de l'Ordre.

« *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* ». – Art. 76, 1er al du code de déontologie médicale.

La rédaction d'un certificat demande attention et rigueur car il constitue un mode de preuve qui entre dans la catégorie juridique des témoignages écrits. Il fait foi jusqu'à la preuve contraire. L'établissement et la délivrance d'un certificat médical exposent le médecin à une responsabilité particulière dont la sévérité est la contrepartie de l'importance revêtue, en droit comme en fait, par ce document.

Un certificat ne doit jamais être rédigé à la hâte, p. ex. à la demande du patient en fin de consultation. Tous les termes doivent être choisis avec soin en se méfiant des interprétations auxquelles ils pourraient donner lieu.

S'il accepte de délivrer ce certificat, le médecin devra être très prudent dans la rédaction. Il lui est interdit d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales, professionnelles ou autres, et l'état de santé présenté par le patient. Il n'a pas non plus à « authentifier » en les notant dans le certificat sous forme de « dires » du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur.

Quelques recommandations de l'Ordre National des Médecins

1. S'informer de l'usage du certificat demandé ;
2. Ne rédiger le certificat qu'après examen de la personne ;
3. Décrire de façon précise et objective les éléments constatés, sans omission dénaturant les faits ni révélation excessive ;
4. Transcrire, si elles apparaissent nécessaires à la compréhension du certificat, les doléances du patient entre guillemets et sous la forme conditionnelle ;
5. S'interdire d'établir toute relation de cause à effet entre les troubles constatés et décrits et l'origine que le patient leur impute ;
6. Limiter les propos à ce qui concerne le patient et lui seul ;
7. Dater le certificat du jour de sa rédaction même si l'examen médical a été pratiqué quelques jours plus tôt ; antidater ou post-dater un certificat constitue une faute ;
8. Apposer sa signature ;
9. Remettre le certificat au patient lui-même et en main propre ; en faire mention sur le certificat ;
10. Garder un double du certificat.

Thierry Delcourt

Le mot du rédacteur

L'année 2014 a été, encore une fois, une année de lutte pour préserver nos fondamentaux de pratiques, de formation, de transmission autant que de nos conditions d'exercice et de la défense de nos patients.

Alors oui, comme dit notre président Patrice Charbit, non seulement la coupe est pleine, mais ça déborde au risque de nous épuiser. Mais ce serait très mal connaître la réactivité et les capacités de mobilisation syndicale qui caractérisent l'AFPEP – SNPP depuis sa fondation.

Optimiste et pessimiste, réaliste, pragmatique et utopiste, notre Bureau très actif, ainsi que le Conseil d'Administration, nourrissent un débat et entretiennent les forces de chacun pour ne jamais céder au découragement face aux vents contraires qui se font de plus en plus puissants et dévastateurs.

Le sommaire de ce BIPP, tout comme celui des précédents, témoigne de cette double action, celle de la lutte syndicale avec sa force d'opposition et de proposition, celle d'un recours permanent à la créativité de notre action scientifique, clinique et politique :

C'est ainsi que nous avons pris le virage du DPC (développement professionnel continu) tout en préservant une qualité de formation.

C'est ainsi que nous mettons en place un projet de recherche qui vise à valider officiellement la psychiatrie au singulier et à visage humain que nous défendons.

C'est ainsi que nous poursuivons un dialogue avec chacun de vous afin de rester au plus près des préoccupations et de l'évolution de vos pratiques dans un souci de préserver leur diversité.

C'est ainsi que nous avons revu de fond en comble notre interface avec chacun de vous, grâce notamment à notre nouveau site Internet, nos nouvelles Newsletters et la possibilité d'un dialogue plus facile et plus attrayant.

C'est ainsi que nous poursuivons nos échanges avec les psychiatres en formation qui se mobilisent dans la réforme de l'internat et qui formulent des demandes précises à leurs aînés.

C'est ainsi que nous poursuivons notre mobilisation aux côtés des autres professionnels qui croisent notre champ (psychologues, Collectif des 39, pédopsychiatrie, psychanalyse...) mais aussi des associations de patients, de familles, des conseils locaux de santé mentale...

C'est ainsi que nous poursuivons sans relâche une action au niveau international (Alfapsy et WPA) afin de défendre une psychiatrie à visage humain qui se refuse à être à la solde des firmes pharmaceutiques et du rouleau compresseur du DSM.

Tout nous pousse à croire qu'une parenthèse est en train de se refermer, celle que les plus âgés d'entre nous ont vécue avec enthousiasme : la politique de secteur et les moyens alloués à la psychiatrie, la considération qui était accordée au psychiatre, aux pathologies psychiatriques et à la souffrance psychique...

Certes, on pourrait espérer un mouvement de balancier qui nous ramène un jour à des conditions d'exercice décentes, mais les indicateurs politiques, administratifs et économiques laissent à penser que si le balancier revient, « on se le prendra sur le coin de la gueule ».

Donc, tout en étant réaliste, l'AFPEP – SNPP veille à ne pas perdre les acquis des trente glorieuses de la psychiatrie en France, avant qu'un mouvement de répression sécuritaire et de restriction budgétaire drastique mettent en péril l'exception française, s'il en est une.

Thierry Delcourt

Actualité AFPEP

Les belles Journées Nationales de Strasbourg, octobre 2014

Les Journées strasbourgeoises d'octobre 2014 sur le thème : « EMPRISE, Quand ça pense pour moi ! » ont réuni un grand nombre de participants dans un lieu fort agréable non loin du centre ville.

Ce fut une bien belle cuvée, très fournie, longue en bouche et en pensées, qui a fait suite de manière très intéressante aux « résistances » bordelaises de l'an passé.

Nous avons pu y tenir une première session DPC validante au thème original pour des psychiatres privés : clinique de la précarité. Orchestrée par Jacqueline Légaut, Michel Jurus, secondée par Françoise Labes, elle a obtenu un franc succès.

L'ouverture de Philippe Breton, anthropologue a été à la fois originale et passionnante. Il a repris un historique de la violence (consubstantielle à l'humanité), et de la reconnaissance de la souffrance. Le titre de sa conférence fut « la parole : une alternative historique à la violence ».

Quatre orateurs afpépiens nous ont fait ensuite partager avec d'autres leur réflexion.

L'approche psychodynamique de l'emprise d'Olivier Schmitt distingue la psychopathologie de « l'empriseur » de celle de « l'emprisé ». Il rappelle que l'emprise peut être aussi bien un cadre constructif et structurant qu'une contrainte aliénante.

Françoise Labes a poussé devant nous son cri de révolte sur l'emprise de l'idéologie dominante gestionnaire néo libérale sur notre pensée et notre clinique, pour dénoncer la version néolibérale de la perversion en particulier celle du harcèlement moral au travail.

Elle y oppose la question du collectif de travail et part à la chasse de la multiplication des pervers narcissiques pour essayer avec P. Racamier et G. Bonnet de dissocier ces deux adjectifs et d'affiner la clinique en lien avec un deuil originaire impossible pour l'un et expression d'un dommage essentiel archaïque pour l'autre.

La chute de l'emprise : l'effroi, a été l'angle d'attaque de Claude Gernez. Fidèle à son habitude, il nous a fait voyager sur des chemins historiques, picturaux, philosophiques et cliniques. De la chute de l'empire

romain à Saint Augustin en passant par Camus, Phèdre, Nicolas de Staël. Destins divers de la chute et des ses conséquences : impossibilité à se relever ou démarrage d'un travail de reconstruction. C. Gernez nous fait partager également l'effet d'« aphanisis » produit sur le psychiatre dans les situations de patients objets de l'emprise. Un détour par Manet qui innove en peignant ce qu'il voit, mais reste en butte à l'emprise de l'académisme du second empire, un éclairage de Piera Aulagnier sur la question du discours aliénant et du tyran et C. G. termine par la clinique : le passage par l'effroi, sa traversée possible dans certaines cures et l'effet thérapeutique qui en résulte.

Patrice Charbit, quant à lui, poursuit sa réflexion sur l'emprise du politique sur la psychiatrie en y avançant la notion de ruptures. Une rupture politique crée un nouvel espace de symbolisation dans lequel va s'inventer un nouveau diagnostic. Et il nous en fait la démonstration : monomanie sous la révolution, dégénérescence, hystérie, psychose à la naissance de l'Allemagne, parasitisme sous le nazisme, jusqu'au petit dernier : le handicapé. Les diagnostics débouchant bien entendu sur une politique des soins. Il ne s'agit pas de libérer la psychiatrie du politique qui est inhérent au système, mais de se défaire de l'emprise que certains régimes essayent d'exercer. Le degré de soumission demandé au psychiatre sera la mesure de l'emprise en cours.

Pour Jean-Richard Freymann, le monde fonctionne aujourd'hui avec des mécanismes pervers. Et il y a lieu d'être toujours en « lutte des classes » contre le discours dominant.

L'enfant, se constitue en lutte avec l'emprise de son environnement pour ne pas devenir l'objet de l'autre, à l'instar de la conflictualité de l'adulte aux prises avec le discours ambiant. Pour que puisse émerger sa singularité, le sujet peut se constituer dans l'Autre mais pas sous son emprise.

Xavier Briffault, chercheur en sciences sociales et épistémologie de la santé mentale nous a fait une fort brillante démonstration, passant de Marcel Mauss à l'EBM (Evidence-based Medicine), l'EBMM (Evidence-based Mental Medecine) et à la PRBP (Probabilité

Relative de Bénéficiaire ou de Pâtir) . Où placez-vous l'esprit ? Demande-t-il aux philosophes qui parlent du mental. Il soutient avec Vincent Descombes que le placement de l'esprit « au dehors » en relation avec l'autre et le monde est possible, s'appuyant sur ses raisonnements de théorie sociologique et épistémologique afin de défendre une clinique de l'énonciation, de l'écoute, de la rencontre plutôt qu'une nosographie de maladies fictives.

Georges-Arthur Goldschmidt, 87 ans, écrivain et traducteur nous a fait l'honneur de sa présence et de son esprit jeune et pétillant et il en a été chaleureusement acclamé. Son exposé n'abordait rien de moins que l'emprise du nazisme, emprise sur la langue, emprise

sur le corps avec des fixations anales et scatologiques. L'Emprise fut d'autant plus efficace et puissante, nous dit-il, qu'il y eut conjonction du sexuel et du politique. Le nazisme fut la plus formidable entreprise d'emprise du siècle dernier, passant à la fois par le sexuel et le mental par la déformation de la langue, il réussit à s'emparer des Allemands jusqu'au sein de leur sommeil.

Voilà donc un aperçu du cru 2014 de nos Journées, étoffé, charpenté, soyeux, puissant, noble, rond, moelleux, consistant et généreux, qui va vieillir un peu et que vous retrouverez dans le prochain « PSYCHIATRIES ».

Anne Rosenberg

DPC Strasbourg

Les Journées Nationales de Strasbourg nous ont donné l'opportunité de réaliser 3 sessions de DPC autour de la question de « l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité ».

Le choix de ce thème pour la première formation que propose l'AFPEP – SNPP reflète la préoccupation que nous avons d'être au plus près de ceux qui sont démunis.

Nous avons ainsi rencontré une soixantaine de collègues en provenance de toutes les régions de France, ce qui nous a donné l'occasion d'échanger sur les pratiques des uns et des autres en fonction des possibilités locales et de ce que certains, par leur engagement, ont pu susciter autour d'eux.

Nous avons été frappés, au-delà de l'extrême diversité des formes d'exercice des collègues, de voir comment la plupart d'entre eux ont été confrontés à des prises en charge de cette sorte, comment ils ont eu à inventer afin de ne pas se contenter d'un constat d'impuissance. La plupart aussi étaient convaincus de la nécessité d'un travail pluridisciplinaire en réseau, avec tout ce que cela comporte de laborieux et complexe. Par contre nous avons été surpris de constater que nombre d'entre eux ne connaissaient pas l'existence des Conseils locaux de Santé Mentale et de ce qu'ils permettent de mettre en œuvre pour favoriser des rencontres entre professionnels mais aussi avec des associations de patients et de familles de malades. Cet effet de surprise vient aussi fait que de nombreuses régions de France n'ont pas ou très peu de Conseils locaux de Santé Mentale.

Enfin, nous souhaitons sincèrement remercier tous les participants de ces premières rencontres autour de la question de « l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité » pour leur engagement et le dynamisme dont ils font preuve ainsi que pour le plaisir très partagé de pouvoir librement parler de la façon dont chacun se débrouille de cette clinique.

**Jacqueline Légaut – Michel Jurus
Françoise Labes**

World Psychiatric Association

Association Mondiale de Psychiatrie

Le 16^{ème} congrès mondial de psychiatrie s'est déroulé du 14 au 18 septembre 2014 à Madrid. Il a réuni 5 000 congressistes psychiatres originaires de 126 pays, dont 83 Français.

Les activités du congrès sont avant tout constituées par des conférences sur la psychiatrie organisées simultanément dans une vingtaine de salles dont l'accès est libre pour les congressistes. Ce sont essentiellement les Sections (spécialisées autour de thèmes comme Psychanalyse en psychiatrie, Schizophrénie et troubles psychotiques, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Classification psychiatrique, Épidémiologie et santé publique, Histoire et psychiatrie, par exemple) et les 17 zones sous régionales de la WPA qui animent les ateliers (45') et les symposiums (90') qui se déroulent de manière ininterrompue pendant 4 jours.

À cette occasion également se déroule l'Assemblée Générale, où les sociétés adhérentes à la WPA participent aux votes et au renouvellement du bureau. Dinesh Bhugra (UK) est entré en fonction comme président pour 3 ans (2014 – 2017), et Helen Herrman (Australie) a été élue présidente dès le premier tour, pour entrer en fonction en 2017. Roy Kallivayalil (Inde), Armen Soghoyan (Arménie) et Masatoshi Takeda (Japon) ont été élus pour 2014 – 2020 aux postes de Secrétaire Général, Trésorier et Secrétaire aux Congrès. Les secrétaires à la pédagogie (Edgard Belfort, Venezuela), aux sections (Afzal Javed, Pakistan) et aux publications (Michelle B Riba, Canada) poursuivent leur mandat jusqu'à 2017. A noter que Edmond Hsin-Tung Pi (Californie), Donna E Stewart (Ontario), Petr Victorovich Morozov (Russie), Zvi Zemishlany (Israël) et Michel Botbol (France) ont été respectivement élus représentants de la zone USA, Canada, Europe Centrale, Europe méridionale et Europe de l'Ouest (F-BeNeLux-Allemagne-Autriche-Suisse).

La France, en tant que pays fondateur de la WPA (en 1950 par Henri Ey à Paris et dont il a été secrétaire général jusqu'à 1966) y est représentée, fait unique, par 5 sociétés, toutes membres de la Fédération Française de Psychiatrie: la Société de l'Information Psychiatrique (24 mandats), l'Association Française de Psychiatrie (5 mandats), la Société Médico-Psychologique (7 mandats), la Société de l'Évolution Psychiatrique (10 mandats), et l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (13 mandats). A elle seule la FFP représente 59 mandats (cf. : USA, UK,

Allemagne, chacune 40). Le consensus au sein de la délégation française a permis de peser de manière décisive sur les orientations futures de la WPA.

La World Psychiatric Association est la plus grande société psychiatrique internationale, et, par exemple, les USA y sont représentés par l'APA. Elle édite le journal *World Psychiatry*, qui est la troisième revue la plus influente en psychiatrie. Elle a notamment été dirigée par Pierre Pichot (1977 – 1983), Norman Sartorius (1996 – 1999) et Juan E Mezzich (2005 – 2008).

Les prochains congrès internationaux auront lieu en 2015 à Bucarest (Roumanie), 2016 au Cap (Afrique du Sud) et en 2017 à Berlin (Allemagne). La WPA parraine également environ 50 congrès chaque année dans chacune de ses zones géographiques. Tout psychiatre peut s'inscrire librement aux réunions de la WPA, participer aux réunions de son choix, et proposer des articles aux sections en vue d'une publication dans son journal, indépendant de l'industrie.

La participation de la France est toujours très appréciée à la WPA, comme contrepoids, et dans ses positions originales et novatrices qu'elle est en mesure de défendre au sein de la WPA. L'APFEP, qui y a été longtemps représentée par Antoine Besse, gagnerait à y être plus présente et visible, notamment en s'impliquant dans les sections citées plus haut, étant donné nos positions en tant que psychiatres libéraux français, et les attentes de la communauté psychiatrique internationale pour des soins psychiatriques plus accessibles, plus humains, et de meilleure qualité (cf. : XVI World Congress of Psychiatry, focusing on access, quality and humane care sur www.wpanet.org).

Jérémie Sinzelle

La réforme du 3^e cycle des études médicales : Quelles perspectives pour la psychiatrie libérale ?

Introduction

Si les psychiatres libéraux représentent 29 % (1) des psychiatres actuellement en exercice, force est de constater qu'ils ne participent que très faiblement à la formation de leurs jeunes collègues internes en psychiatrie.

Depuis quelques années seulement, les stages d'internat en clinique privée sont autorisés. Il n'existe aucune disposition dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Psychiatrie autorisant les stages en cabinet de psychiatrie libérale alors que cette possibilité existe depuis plusieurs années chez nos confrères généralistes selon deux modalités : le stage chez le praticien et le SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée). Par ailleurs, plus de 90 % des internes de psychiatrie sont favorables (sondage AFFEP 2011 non publié) à l'ouverture de stages d'internat en cabinet de psychiatrie libérale.

La réforme du 3^e cycle des études médicales et la refonte des maquettes de DES actuellement à l'étude permettront peut-être de proposer aux internes de psychiatrie une formation de qualité et une découverte du monde libéral auquel ils ne sont que très peu sensibilisés.

Après une présentation des grandes lignes et orientations de cette réforme, nous en évoquerons ses conséquences pour la psychiatrie et plus spécifiquement les ouvertures possibles au monde de la psychiatrie libérale.

Contexte

Il convient en premier lieu de présenter le contexte et l'histoire de cette rénovation de l'internat. En France, les études médicales sont longues et complexes. Passé ce constat d'évidence, il faut également préciser que, bien trop souvent, le cursus général médical de spécialité lors du 3^e cycle ne se suffit pas à lui-même. Pour illustrer ce point, évoquons les spécialités chirurgicales. Ces dernières nécessitent la passation d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC). Or, ceux-ci ne se valident pas intégralement lors du DES et obligent l'interne à terminer son cursus de DESC par un post-internat (assistantat ou clinicat). Les postes de chefs de clinique ou d'assistant étant bien inférieurs en nombre à ceux d'internes, on perçoit aisément la complexité de la situation d'un interne de chirurgie terminant son DES sans avoir trouvé de post-internat et ne pouvant donc exercer sa spécialité.

Autre point méritant d'être souligné, certains DES dans certaines subdivisions intègrent dans leur maquette de formation la participation obligatoire à un Diplôme Universitaire (DU) ou Inter-Universitaire (DIU). Les internes se retrouvent donc bien souvent à devoir payer un supplément non-négligeable de frais d'inscription universitaires pour un enseignement qui devrait être intégré dans leur formation initiale et le programme de DES.

Enfin, il existe actuellement en France un manque de lisibilité important du cursus médical notamment du fait de la coexistence de formations pré et post-graduées, aboutissant à l'acquisition de mêmes compétences et/ou de mêmes surspécialités. Les DESC et capacités d'addictologie et de gériatrie illustrent très bien ce point. Le volume horaire de formation et les exigences en termes de stages pratiques sont souvent bien différents entre DESC et capacités et conduisent pourtant à l'acquisition du même titre d'addictologue ou de gériatre.

La figure 1 résume le cursus médical actuel en France.

Depuis longtemps demandés, les travaux pour une réforme du 3^e cycle ont débuté en 2009 avec la première Commission de l'internat et du post-internat (CNIPI 1), suivie en 2011 par la CNIPI 2. Si les travaux de ces deux commissions n'ont pas abouti, on leur doit néanmoins d'avoir pensé un internat avec des stages dit de « niveau » : l'interne en début de cursus ne pouvant prétendre à certains stages réservés à des internes en fin de DES (et inversement). En 2012, l'alternance politique a semble-t-il gelé le processus de réforme et ce dernier n'a véritablement repris qu'en 2013 avec le Groupe de Travail 3^e cycle (GT3C) constitué à la demande des ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Le GT3C dont les travaux ont été dirigés par les Prs COURAUD et PRUVOT a remis son rapport final en janvier 2014 (2) pour une application prévue en novembre 2016.

Les grandes lignes de la réforme du 3^e cycle

Reprenant le principe d'un DES organisé par niveau, le GT3C propose que l'internat soit subdivisé en trois phases : phase socle (PS), phase intermédiaire (PI) et phase de mise en responsabilité (PMR). Ces trois phases s'inscrivent dans une progression logique et graduelle de la complexité des compétences à acquérir et du niveau de responsabilité donné à l'interne.

Les passages d'une phase à l'autre sont marqués par des étapes importantes. Tout d'abord, entre la PS et la PI, l'interne formalisera avec le coordonnateur de DES et son équipe pédagogique, son contrat de formation dans lequel il définira l'orientation de sa maquette ultérieure et précisera notamment le choix d'une éventuelle formation surspécialisée et/ou complémentaire. La transition entre la PI et la PMR est marquée, quant à elle, par la passation du mémoire-thèse. Cette « compression » est ici faite à dessein puisqu'une seule production sera alors demandée à l'interne, celle-ci soutenue devant deux jurys. Le mémoire de DES, s'il est évalué favorablement par le jury inter-régional de DES, est de nouveau soutenu publiquement comme thèse d'exercice.

Ainsi, l'interne quand il entrera en PMR sera docteur en médecine et exercera ses fonctions en pleine responsabilité de façon « dérogatoire » tel que le précise le rapport. La validation définitive du DES (et donc l'acquisition de la spécialité) se fera par la simple validation du ou des stages de PMR sans autre forme d'examen.

La durée des phases pourra parfaitement varier d'une spécialité à l'autre. Au sein des PS et PI, les stages d'internat demeureront d'une durée semestrielle. Seuls les stages de PMR pourront durer un an mais cela n'est pas obligatoire et reste à la discrétion de chacune des spécialités. La modélisation des nouvelles maquettes de DES est synthétisée sur la figure 2.

Un point important de cette réforme concerne les surspécialités et les formations complémentaires. Ces dernières devraient être largement remaniées avec la suppression des DESC et la création d'option de DES et de Formations Spécialisées Transversales (FST).

Les options d'un DES sont des formations uniquement accessibles aux internes du DES duquel elles sont issues et ouvrent à une surspécialisation d'exercice exclusif ou à l'acquisition de compétences spécifiques au sein de la spécialité. Par exemple, le DESC de médecine vasculaire a été supprimé et transformé en option du DES de cardiologie. Cela implique que seuls les internes de cardiologie pourront accéder à cette formation supplémentaire et obtenir les compétences qui y sont attenantes.

Les FST sont les héritières des DESC dit transversaux (non qualifiants) et constituent des formations complémentaires ouvertes et pluridisciplinaires ; elles sont donc accessibles aux internes de différents DES. La liste des FST est présentée dans le tableau 1.

Au total, cette vaste refonte des surspécialités et des formations complémentaires va entraîner une réorganisation en profondeur de la distribution par filière des différentes spécialités. Ainsi, ne persisteraient que 3 filières : spécialités médicales, spécialités

chirurgicales et biologie médicale. Avec la fin des DESC qualifiants, sont donc créés de nouveaux DES comme par exemple celui de médecine d'urgence ou de gériatrie. La simplification et la réduction du nombre de filières entraînent l'intégration de la psychiatrie au sein des spécialités médicales. Ce mouvement concerne également d'autres « anciennes » filières comme la médecine générale, la santé publique ou la médecine du travail. Le tableau 2 détaille les propositions de réorganisation des filières.

L'application au DES de Psychiatrie

La future maquette est actuellement à l'étude et fait l'objet de travaux communs impliquant le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) et l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP), seule entité associative représentative des internes de psychiatrie français fédérant plus de 1200 internes.

Si les contours de la nouvelle maquette de psychiatrie ainsi que ses options ne sont pas encore connus, une nouveauté importante pourrait voir le jour avec la possibilité de stage chez le praticien libéral. Cette innovation répond à deux attentes fortes : d'une part, la volonté marquée de la part des internes pour découvrir le milieu libéral car 40 % d'entre eux s'y orienteront dans les 5 à 10 ans suivants la fin de leur internat (3) et d'autre part, l'incitation très claire faite par le rapport guidant la réforme (2) à développer des stages ambulatoires non hospitaliers dans les spécialités où l'activité ambulatoire est importante.

L'AFFEP travaille donc actuellement avec l'AFPEP-SNPP pour proposer des critères d'agrément applicables au futur DES de Psychiatrie afin de développer des modalités de stages chez le psychiatre en cabinet libéral.

Conclusion

Il ne s'agit ici que d'une présentation rapide de la réforme du 3^e cycle, réforme complexe et aux implications multiples. De nombreuses questions et problèmes ne vont pas manquer de voir le jour dans les mois à venir concernant bien évidemment l'applicabilité de cette réforme aux différentes spécialités dans les 28 subdivisions d'internat mais également la problématique statutaire de l'interne en phase de mise en responsabilité alors que ce dernier sera déjà médecin mais pas encore spécialiste.

Alexis Lepetit

Interne de psychiatrie
Interne Médaille d'Or des Hospices Civils de Lyon
Hôpital des Charpennes, 27 rue Gabriel Péri,
69100 Villeurbanne
Coordinateur syndical AFFEP (Association Française
Fédérative des Étudiants en Psychiatrie)

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 de la trésorière

Chers collègues,

Les difficultés à exercer notre pratique de médecin psychiatre dignement ne cessent de grandir. Nos patients et nous-même ne devant plus qu'être des données, traçables et objectives dans des flux informatiques, commercialisables sous peu aux assurances privées et aux industries biotechnologiques.

L'AFPEP – SNPP défend une autre vision du Soin. Grâce à notre engagement commun, à notre résistance, nous travaillons à subvertir cette conception de l'humain que l'on veut nous imposer.

Nous vous demandons de bien vouloir marquer votre soutien en renouvelant votre adhésion cette année encore, pour poursuivre nos actions en 2014 , nous vous en remerciant par avance.

Cordialement.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

feuilles détachables

Pression sur le DPC

Choisir son DPC, c'est aussi choisir quelle vision de la psychiatrie on soutient !

Vous l'avez sans doute entendu depuis bien longtemps : le financement du DPC n'est pas assuré. Si bien qu'à la fin de cette première année d'exercice, le compte n'y est pas, et les premières mesures sont prises. Depuis le 17 octobre, un seul DPC est autorisé par médecin !

Il n'en fallait pas plus pour agiter les industriels de la formation qui transforment la formation médicale en entreprise lucrative comme on le voit dans tant de formations professionnelles !

Voilà déjà que pleuvent les propositions pour s'inscrire dès janvier à un programme DPC : il faut être le premier à rafler la mise ! Une fois qu'un médecin a fait son premier programme DPC, il ne pourra plus participer à un autre, éventuellement plus intéressant. Le résultat de la mise en place du nouveau système est donc de créer une concurrence entre les organismes de DPC, là où auparavant, il y avait complémentarité.

En vous inscrivant à un DPC, vous devez donc aussi vous demander qui vous allez ainsi soutenir :

Une grande entreprise qui ne connaît rien à la psychiatrie et fait fonctionner un marché lucratif ?

Ou une association scientifique qui porte un projet, des fondamentaux, une vision de la psychiatrie, un engagement à défendre les psychiatres ?

L'AFPEP a mis en place des formations DPC en 2014 qui ont rencontré un grand succès, d'abord lors des Journées Nationales de Strasbourg, autour de « La précarité », puis début novembre avec un programme sur les « Prescriptions », rare occasion de parler de la théorie et de la pratique des prescriptions médicamenteuses sans aucun conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique.

L'AFPEP a une longue expérience de formation continue, auparavant en FMC, et nous portons les résultats de nos activités scientifiques via notre activité syndicale au SNPP.

En 2015, l'AFPEP vous proposera tout au long de l'année des programmes DPC, y compris en régions, avec une tournée du DPC sur « Prescriptions », un programme sur la Gérontopsychiatrie, et d'autres encore en cours de préparation.

Bien entendu, comme en 2014, les Journées Nationales 2015 de Montpellier seront l'occasion de valider votre DPC à travers divers programmes.

Ne cachons pas qu'en validant votre obligation de DPC chez nous, vous nous soutiendrez, y compris financièrement, pour continuer à défendre la profession (voir article « quels enjeux pour le DPC » par F. Labes, BIPP n° 66 de mai 2014).

Élie Winter

Formation DPC

1) 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 d'ODPC, a inauguré 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.

Pour ces Journées Nationales, nous avons choisi une formule présenteielle 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 ».

De nouvelles sessions sont prévues en 2015 à Paris, en région et lors des XLIV^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée qui auront lieu à Montpellier en octobre 2015.

feuilles détachables

2) 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, 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 a organisé le 8 novembre 2014 à Paris, dans ses locaux, une première session de formation avec le Dr Gilles Mignot, psychiatre praticien hospitalier et pharmacologue, rédacteur à la Revue Prescrire et le Dr Muriel Gaudonniex-Taieb, intervenante pharmacienne des hôpitaux psychiatriques.

Nous étudions des dates pour des formations en région à Bordeaux et Lyon.

3) Formation DPC de psychiatrie du Sujet Vieillissant Âgé

La clinique psychiatrique **du Sujet Vieillissant Âgé** a été captée par les courants gériatriques et neurologiques. Nos collègues psychiatres exerçant en institution sont souvent les derniers appelés en urgence pour gérer des plaintes qui relèvent souvent de la systémie.

La clinique psychiatrique et psychopathologique est souvent négligée par les praticiens libéraux alors que leurs pratiques les amènent à recevoir de plus en plus de patients qui avancent en âge, jusqu'à des âges avancés.

Cette rencontre visera à dégager la pratique particulière exercée dans le cadre d'un exercice libéral. La notion de réseau mais aussi celle du nécessaire décalage de l'exercice psychiatrique seront rappelés en fonction des notions d'autonomie et de dépendance.

Elle initiera à l'exercice d'une pratique où se côtoient souffrance physique et psychique, voire maladie mentale, déficit cognitif, sentiment d'inutilité et de solitude grandissants avec l'approche de la mort.

Formation coordonnée par Françoise Labes et Anne Rosenberg.

Intervenants :

Frédéric Amjaud, Angers, Psychiatre libéral, gérontopsychiatre.

José Polard, Psychologue clinicien, auteur de l'ouvrage collectif :
« Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse ».

Nous étudions des dates pour des formations en région à Bordeaux et Lyon.



PRÉINSCRIPTION - RÉSERVATION

Dr :

Adresse :

Portable : Mail :

Pour les prochaines sessions de formation entrant dans le cadre du DPC (sous réserve que la date convienne).

- Précarité

- Prescription

- Gérontopsychiatrie (entourer la formation choisie)

feuilles détachables

Infos régionales

Reprise du Séminaire clinique à Paris

au local de l'AFPEP – SNPP, 141 rue de Charenton – 75012 Paris

Formation, transmission, voilà des sujets qui reviennent en boucle ; or, entre la demande de formation des plus jeunes, la pression des obligations (triste DPC, souvent proche du dépenser...), et le pilonnage politique actuel, l'authentique nécessité de « sauver » certaines formes de pratique a du mal à trouver sur quel terrain et quelle forme se mettre en œuvre.

Le parti pris de ce Séminaire est celui-ci : et si tout cela trouvait réponse consistante avant tout dans une parole échangée sur la façon dont la clinique nous saisit, nous interroge, nous pousse à « être-dedans » parfois jusqu'à la perte d'équilibre...

Ainsi, cette rencontre mensuelle propose aux praticiens adeptes d'une psychiatrie avant tout psychodynamique, de parler librement des péripéties que leurs « cas » leur ont fait traverser.

Bien à l'écart des évaluations et des recommandations, le débat nous mène plutôt vers des questions comme :

- La psychothérapie du psychiatre est-elle réellement spécifique ?
- Le psychiatre peut-il être un psychanalyste comme un autre ?

Le Séminaire se tient le troisième mardi du mois de 21 heures à 22 h 30 environ, **prochaine séance le 18 novembre 2014**. Il suffit de joindre Françoise Labes (06 89 88 32 49) ou Jean-Jacques Bonamour (01 47 93 23 17) pour annoncer sa participation.

ALFAPSY, une fenêtre de l'AFPEP sur l'International

ALFAPSY, en tant que fédération internationale francophone de la psychiatrie d'exercice privé issue de l'AFPEP, a peu à peu mais délibérément orienté ses choix d'actions sous forme de partenariat et de mise en réseaux avec toute organisation professionnelle ayant le même souci de favoriser le déploiement de pratiques psychodynamiques et relationnelles.

C'est ainsi qu'à Madrid, au 16^e Congrès Mondial de la Psychiatrie de la WPA du 15 au 18 septembre 2014, ALFAPSY a présenté son Symposium en impliquant des intervenants venus d'Allemagne, de France, du Maroc, autour d'une thématique fédérative : « Person centered Psychiatric care programs in French speaking countries in patient units ».

A l'occasion de ce Symposium ALFAPSY, un lien institutionnel a pu être réalisé grâce à la participation de Maria AMMON, de Berlin, Secrétaire Générale de l'Association Mondiale de Psychiatrie Dynamique (World Association of Dynamic Psychiatry), en vue notamment d'une participation d'ALFAPSY au congrès de Florence (Italie), du 10 au 14 mai 2017, sur le thème : « Is a renaissance in Psychiatry and Psychoanalysis possible for the understanding of creativity ? ».

Par ailleurs à Madrid, à l'issue de l'Assemblée Générale de ce congrès WPA, les membres d'ALFAPSY ainsi que ceux de l'AFPEP ont pu se réjouir d'avoir créé les conditions favorables à l'élection de tous les membres dont les candidatures avaient eu leur préférence. Comment ? D'une part toutes les sociétés savantes françaises (dont l'AFPEP) sont restées unies durant les scrutins, d'autre part les autres sociétés savantes francophones, en les rejoignant, ont contribué à renforcer les résultats que nous espérons.

Pour mémoire, au Comité Exécutif de la WPA ont été élus : Helen Hermann (Australie) en tant que Président Elected 2017, Roy Kallivayalil (Inde) comme Secrétaire Général, Armen Soghoyan (Arménie) Trésorier, M. Takeda (Japon) Secrétaire aux Congrès ; tandis qu'aux diverses Représentations on trouve notamment : Michel Botbol (AFP – France) comme Représentant de la Zone 6 (Europe de l'Ouest) et aussi comme Président de la Section Psychanalyse en Psychiatrie avec Jalil Bennani (Président d'Honneur d'ALFAPSY) comme co-président.

Autant d'éléments qui renforcent la place d'ALFAPSY comme acteur sur la scène internationale aux côtés de l'AFPEP.

Quelques jours plus tard à New York, les 19-20 septembre 2014, une forte représentation de l'AFPEP est venue retrouver les collègues américains de l'Après-Coup Psychoanalytic Association partenaire d'ALFAPSY dans l'organisation du 3^e Colloque Inter Psy sur le thème : « La rencontre du Sujet de la Psychiatrie et du Sujet de la Psychanalyse est-elle encore possible ? ».

Le succès de cette manifestation a unanimement été salué, à commencer par Paola Mieli la Présidente d'Après-Coup, ce qui laisse augurer d'une édition à suivre...

La réponse pourrait venir de Michel Peterson, membre canadien du Comité International ALFAPSY, bientôt en poste à l'Université fédérale de Porto Alegre (Brésil), qui propose l'organisation d'un Colloque (4^e Colloque Inter Psy ?) à Rio Grande do Sul, en mars 2016, autour de « la question des frontières » (géographiques et psychiques, des limites cliniques et thérapeutiques, etc.) comme un thème en adéquation avec cette région carrefour d'Amérique Latine.

Une bonne raison de multiplier les liens entre ALFAPSY et nos collègues latino-américains tout en y associant des partenaires déjà favorables comme Après-Coup.

En ce qui concerne la réussite de ce Colloque de New York 2014 il est en outre nécessaire de rappeler l'importance de la contribution active de Juan Mezzich en tant qu'ancien Président de la WPA et fondateur de l'ICPCM. Son implication à notre demande dans le choix du lieu du Colloque (le Mount Sinai Hospital où il est Chef de Service) de même que ses interventions à la tribune ont profondément témoigné des conditions favorables qui renforcent les liens entre ALFAPSY et l'ICPCM (International College for Person – Centered Medicine).

Enfin voici le temps d'applaudir un partenaire qui nous est proche à l'International : l'ATPEP (Association Tunisienne des Psychiatres d'Exercice Privé) en tant que membre de droit du Comité International ALFAPSY. Son tout nouveau Bureau, avec Sofiane Zribi réélu Président, est salué comme une avancée très appréciable, pour les psychiatres tunisiens mais aussi pour l'ensemble de la psychiatrie de pratique privée.

Cette nouvelle est renforcée par la décision de l'ATPEP d'organiser, dans le cadre d'ALFAPSY, les 8^{es} Rencontres Francopsies à Tunis début mai 2015 sur une proposition thématique autour des « processus de révolutions sociales et cliniques » ; ce sera en outre le moment de l'investiture de Sofiane Zribi comme nouveau Président ALFAPSY !

Quand on observe la qualité des processus révolutionnaires mis en œuvre en Tunisie jusqu'à la belle réussite d'élections libres et laïques, on se réjouit de participer à ce projet de Rencontres Francopsies

Parmi bien d'autres informations retenons encore juste la participation d'ALFAPSY au 2^e Colloque de Trieste et Gorizia, en Italie les 27-28 novembre 2014, « Sur les traces de Franco Basaglia » en partenariat avec l'Association Piotr-Tchaadaev.

Un pas de plus vers la Mittel Europa, un pas de plus vers la désinstitutionnalisation...

Paul Lacaze

28 octobre 2014

Nos prochains rendez-vous

XLIV^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

◆ 1^{er} - 2 et 3 octobre 2015 à Montpellier

Formations DPC

◆ 2015 à Paris, Bordeaux, Lyon, Montpellier

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

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

Courriel : info@afpep-snpp.org

feuilles détachables

La « newsletter » de l'AFPEP-SNPP



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

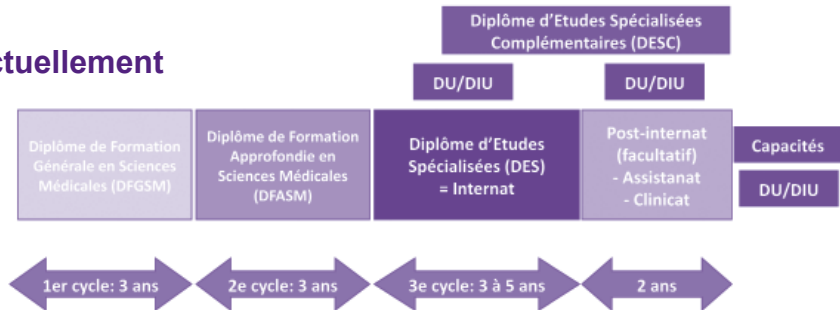
info@afpep-snpp.org

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

Bibliographie

1. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas national de la démographie médicale. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014. Report No.: 8.
2. Couraud F, Pruvot FR. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. Paris: Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle ; 2014 janv.
3. Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. [Career plans of French residents in Psychiatry: Results of a National Survey.]. L'Encephale. 27 août 2013 ;

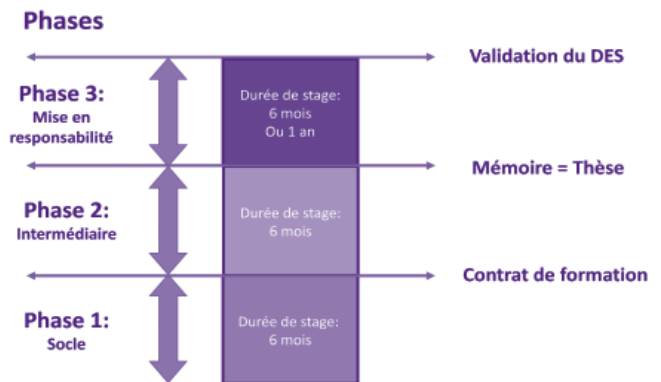
Figure 1 :
formation médicale en France actuellement



Addictologie Andrologie Allergologie et Immunologie clinique Cancérologie Médecine de la douleur et des soins palliatifs Médecine de la reproduction Médecine du sport Médecine légale et expertises médicales Nutrition Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique Pharmacologie médicale

Tableau 1 :
liste des formations
Spécialisés Transversales

Figure 2 :
modélisation générale des DES
selon les propositions du Groupe
de Travail 3^e cycle



Filière <i>Spécialités médicales</i> (25 DES)	Filière <i>Spécialités chirurgicales</i> (25 DES)	Filière <i>Biologie Médicale</i> (1 DES)
Anatomie et cytologie pathologiques Anesthésie réanimation Cardiologie et maladies vasculaires Dermatologie et vénéréologie Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques Gastro-entérologie et hépatologie Génétique médicale Gériatrie Gynécologie médicale Hématologie Médecine d'urgence Médecine du travail Médecine générale Médecine interne Médecine nucléaire Médecine physique et de la réadaptation Néphrologie Neurologie Oncologie Pédiatrie Pneumologie Psychiatrie Radiodiagnostic et imagerie médicale Rhumatologie Santé publique	Chirurgie de la face et du cou Chirurgie orale Chirurgie orthopédique et traumatologie Chirurgie pédiatrique Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Chirurgie urologique Chirurgie vasculaire Chirurgie viscérale et digestive Gynécologie obstétrique Neurochirurgie Ophtalmologie ORL	Biologie Médicale

Tableau 2 :
liste des spécialités par
filières

Mémoires de psychiatre

Chacun d'entre nous crée son propre récit et chaque histoire est faite de rencontres.

C'est sur un chemin parsemé de petits cailloux et de grands noms de la psychiatrie que Marie-Lise Lacas nous fait découvrir ses premiers pas d'étudiante algéroise à la découverte de la psychanalyse. Elle nous livre son attachement à la clinique, l'observation clinique et l'expérience clinique qui restent la meilleure défense contre les dérives, et peuvent seules servir de guide pour éclairer ce qu'il en est de la condition humaine et de ses accidents. Et vous quelle est votre histoire et quels sont vos petits cailloux ? Combien d'entre vous se disent que ce qu'ils ont parcouru est sans doute de peu d'intérêt ? Pourtant nous pouvons tous transmettre aux autres psychiatres ce que nous avons vécu et les faire penser. Cette rubrique est ouverte à tous et n'hésitez pas à nous envoyer votre mémoire de psychiatre. Ecrire son histoire est un exercice qui fait retrouver un flots de souvenirs qui pourraient être à jamais disparus. En attendant, place au récit de Marie-Lise !

Les cailloux de la petite Poucette

J'ai fait mes études à Alger, où ma famille s'était installée peu après ma naissance à Paris. La Faculté de Médecine, de bonne réputation, s'y posait en rivale de celles de Montpellier et de Paris, les vedettes de l'époque. Les enseignants de l'Université étaient pour beaucoup d'entre eux Médecins des Hôpitaux, et étaient en même temps chefs de services hospitaliers. Ma mère, biologiste, y avait fait elle-même ses études et avait été chef de clinique à l'hôpital Mustapha.

Je me suis engagée dans des études de médecine avec enthousiasme, avec le sentiment que j'allais enfin faire ce qui me plaisait. Au lycée, j'étais déjà plus « scientifique » que « littéraire », et si j'avais passé un « bac philo » et non « Science-ex » c'était sous la contrainte maternelle – et je dois reconnaître que je ne le regrette pas. Premier caillou : la lecture de la « Psychopathologie de la vie quotidienne » y engendra un engouement apparemment passager pour Freud. La première année de fac (PCB – Physique, Chimie, Biologie – de l'époque) fut un vrai bonheur ! Et dès l'été suivant cet examen de passage, je me suis fait introduire dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Mustapha, dont le patron, la Pr. Pierre Goinard, était un ami de la famille. L'équipe infirmière, réduite par la période des vacances, a accueilli bien volontiers cette recrue inattendue ! Dans la salle commune des femmes, (40 lits), tous les matins, je recevais, comme les autres, mon plateau de médicaments à distribuer. J'ai vite appris à prendre une tension artérielle, à faire les piqûres, les pansements, passer le bassin, retaper un oreiller, et je n'étais pas peu fière de m'entendre appeler « T'biba », (féminin de « toubib »), par des patientes en majorité d'origine indigène ! J'ai même appris là mes premiers mots d'arabe ! Et, surtout, j'ai découvert un monde social chaleureux, dont

mes origines bourgeoises m'avaient écartée : c'était l'époque coloniale... Mais ce domaine est autre que celui ici abordé.

A la rentrée universitaire, en l'année de médecine, je me suis retrouvée stagiaire en chirurgie orthopédique. Le patron devait prendre sa retraite en fin d'année. Je ne devais jamais oublier ce qu'il nous a dit dans son allocution d'accueil : « Profitez de ce que vous en avez encore le temps pour parler avec les malades et les écouter, eux et même leurs familles : vous en apprendrez beaucoup, et plus que dans vos livres ! » (2 caillou). Mais la passivité du rôle de stagiaire m'ennuyait : je me suis inscrite dans un groupe de préparation au concours, et en 2^{ème} année de médecine, j'étais externe des hôpitaux. Et c'est là que débuta pour moi un apprentissage clinique, médical et chirurgical, d'une exceptionnelle qualité : on préparait des médecins du « bled », qui devaient savoir tout, ou presque tout, faire. Dans les différents services, la pathologie était extrêmement variée, et lors de la « visite » du patron, les discussions étaient nourries. Pas question de recourir à des examens complémentaires sans hypothèse diagnostique argumentée : « quand vous serez à 100 Km, ou plus, de tout centre d'examen, le déplacement doit se justifier ». Les moyens de transport n'étaient pas ce qu'ils sont de nos jours. Et j'ai le vif souvenir d'une consultation d'endocrinologie où le patron exigeait une orientation diagnostique au seul examen visuel du malade, avant tout interrogatoire. Je participais, à chaque occasion, aux gardes d'internes, appris à poser et régler une perfusion, faire des sutures, voire assurer une aide chirurgicale d'urgence. Et je faisais, aux vacances, des remplacements d'internes, avec parfois de très lourdes responsabilités. Je me suis retrouvée, par exemple, un été, tout un mois, seul « médecin » d'un service de diabétologie. Heureusement l'infirmier chef était,

lui, très compétent... et m'a beaucoup appris ! Quelle école ! Trois ans plus tard, je passais le concours suivant, et j'étais interne en cinquième année de médecine, toujours aussi enthousiaste, mais avec des ébauches de questions sur la solidité des certitudes médicales... 3^{ème} caillou : une première pichenette à mes questions fut la lecture de la thèse de Canguilhem, vivement suggérée par le Pr. Georges Fabiani, patron du premier service où j'ai pris mes fonctions d'interne. Un 4^{ème} caillou, fut un évènement clinique : au surlendemain de son hospitalisation, une adolescente à la symptomatologie labile, rapidement considérée comme caractérielle « hystérique » mourut subitement dans la nuit. L'autopsie – encore une charge des internes – révéla des lésions sévères d'encéphalite... Scier le crâne d'une gamine avec qui on a plaisanté la veille n'est pas une expérience anodine... Et parfois, pour des « cas rebelles », j'étais amenée comme bien d'autres, à fréquenter la consultation d'acupuncture du Dr. Grall, que le Pr. Goinard lui avait généreusement ouverte dans son service. Le Dr. Grall avait passé 10 ans en Chine à étudier la médecine chinoise et en parlait volontiers. Il faisait figure de « gourou », restait plutôt marginal dans ce milieu hospitalier très scientifique, mais ses « miracles » étaient troublants... Le « Médecin » que j'étais multipliait ses points d'interrogation.

Parmi les amis de ma famille figurait le Pr. Antoine Porot. Retraité, il consacrait son temps à la rédaction du fameux Dictionnaire de Psychiatrie dont la 2^{ème} édition était en chantier. Mais, déjà très âgé (octogénaire), il était pratiquement aveugle, et embauchait des étudiants pour lui lire la presse professionnelle, et écrire sous sa dictée notes et commentaires, (il payait généreusement). Je me proposais. Et ce fut le déclic, le 5^{ème} caillou ! Antoine Porot était un pédagogue passionné... et passionnant². J'étais bonne élève, et avec lui d'autres horizons s'ouvraient à moi... Son grand regret, me confia-t-il, était d'avoir raté la rencontre de Freud. Aussi, lorsque je lui fis part de mon choix de la psychiatrie – pardon, de la neuro-psychiatrie – comme spécialisation, il fut catégorique : pas question de prendre mon prochain poste dans le service de son successeur, le Pr. Manceau, neurologue passable et médiocre psychiatre selon lui. Je devais absolument aller à Strasbourg, chez le Pr. Théo Kammerer ! Celui-ci, dans les années 40, interne en psychiatrie, s'était réfugié, comme bien d'autres résistants, à Alger pour fuir l'Alsace occupée.

Antoine Porot l'avait accueilli dans sa clinique privée jusqu'à son engagement dans l'armée de Libération, et le tenait en très haute estime... Moi-même, gamine à l'époque, en avait un vague souvenir, car il avait noué des relations amicales avec mes parents. Antoine Porot écrivit sur le champ à Kammerer, qui ne pouvait rien lui refuser... Les questions administratives de mon « détachement » à la Clinique psychiatrique de l'Hôpital de Strasbourg furent réglées sans difficultés. Quelques mois plus tard, je me trouvais donc, nourrie, logée, et rémunérée, interne à Strasbourg : 6^{ème} caillou, le plus gros. D'emblée, Kammerer, psychanalyste lui-même, me demanda si la psychanalyse m'intéressait, et je lui répondis, honnêtement, que je n'en savais rien. Et il me suggéra de m'inscrire, comme tous ses internes le faisaient à son instigation, en Fac de Psycho, alors sous la houlette de Didier Anzieu, qui avait lui-même beaucoup fréquenté le service de Kammerer. Premier semestre dans la section dont le chef de clinique était le Dr. Léonard Singer, psychiatre classique, remarquable et rigoureux clinicien – il succéda à Kammerer – et... caricaturiste de talent. La psychanalyse était tenue à distance, mais je passais du « Dide et Guiraud » algérois aux Études Cliniques d'Henri Ey, la bible strasbourgeoise. Cependant, aux « staffs » du matin, où se discutaient les cas cliniques du service, la psychanalyse était omniprésente : chefs de clinique, assistants, externes et internes, pour la majorité, étaient en analyse, à Paris – ils faisaient le voyage régulièrement – et les dernières nouvelles étaient à l'ordre du jour, dont celles du fameux séminaire d'un certain Lacan... L'humour ne manquait pas – Lucien Israël en tête – et on appréciait à grands éclats de rire les derniers dessins que Singer croquait au cours des discussions. Deuxième semestre dans la section de René Ebtinger, lui psychanalyste, qui poursuivait alors sa recherche sur la clinique des réveils d'électrochocs. Sa personnalité a durablement marqué ceux qui ont connu « Ebtess »... Pas de conflit entre psychiatrie et psychanalyse, au contraire, une complémentarité fructueuse. Je dois ajouter la présence de Robert Durand de Bousingen, proposant une formation – que j'ai suivie – au Training Autogène de Schultz, dont il avait été l'élève en Allemagne. Ce qui m'amène à une autre remarque : tous ces strasbourgeois étaient bilingues, français-allemand, sans compter la pratique courante du truculent dialecte alsacien. Bien des

1 *Les internes, au contraire de ceux de la Métropole, n'étaient ni nourris, ni logés. Une « indemnité » s'ajoutait pour cela à leur solde, qui était pratiquement la moitié de celle des internes en France. De surcroît, le paradoxe était que l'indemnité de repas étant nettement inférieure au prix à payer à la cantine de l'Hôpital, plus on prenait de gardes, moins on était payés ! Et les gardes étaient rapidement passées à 36 heures. Pour ce qui est de « faire suer le burnous ».*

2 *J'ignorais tout à l'époque de ses écrits qui ont très justement fait scandale, et ne l'ai jamais entendu proférer des propos racistes. Tout au plus lui arrivait-il par fois d'exprimer des regrets, sincères, de « certaines erreurs » de son passé, sans préciser. Et je n'ai pas posé de questions, et n'ai compris que bien plus tard.*

patients, d'ailleurs, ne parlaient pratiquement que cette dernière langue, à laquelle je m'initiais partiellement, juste assez pour saisir l'importance du verbe dans mon futur métier. Car je traversais une curieuse expérience : il y avait parfois des patients d'origine maghrébine à la Clinique, et parfois l'assistante sociale du service sollicitait mon aide comme interprète auprès des familles. Ces maghrébins, qui parlaient généralement un français tout à fait correct, ne comprenaient pas les questions, pourtant simples, posées par l'assistante sociale, qui, de son côté ne comprenait rien à leurs propos ! Il y avait, certes, des différences d'accent, d'intonation, parfois de syntaxe, mais tout de même... Alors je « traduisais », du français au français, n'ayant recours que très rarement aux rudiments d'arabe que j'avais acquis à Mustapha. Comment une même langue, avec les mêmes mots, pouvait-elle articuler des « expériences du monde » aussi étrangères l'une à l'autre ? Ce qui était dit se décalait de ce qui était vécu, et 7^{ème} caillou, le germe d'un doute quant à la dictature et l'univocité du Verbe était planté...

Jamais je n'avais été aussi heureuse.

À la fin de l'année, Kammerer me proposa de rester à Strasbourg pour compléter ma formation. Pour être validée, les internes étant dispensés du CES, celle-ci demandait à l'époque un stage en neurologie équivalent au stage en psychiatrie. Kammerer me garantissait mon intégration à la Clinique de Neurologie³, avec l'accord du patron, aux mêmes conditions que dans son service. J'étais très tentée mais j'ai refusé : il me fallait aussi valider mon titre d'interne par une troisième année de présence à Alger. Quant à la psychanalyse, oui, ça m'intéressait. Et Kammerer, très approuvatif, m'indiqua la marche à suivre auprès de la Société de mon choix, la SFP, où étaient inscrits la majorité des strasbourgeois. Il me faudrait donc envisager un séjour parisien ? Nous sommes restés très amis, lui et sa famille.

De retour à Mustapha, j'y ai donc intégré le service, mixte, de Neuro-Psychiatrie. Peu après mon départ à Strasbourg le Pr. Manceau était mort, et c'est le Pr. Jean Sutter qui était le nouveau patron. Et je plongeais dans un cauchemar... Ce qui se pratiquait dans le service me paraissait peu sérieux, voire dans certains cas relever d'un amateurisme irresponsable. Quant à la psychanalyse, mieux valait ne pas en parler. Les relations avec Sutter, et avec mes collègues, furent plus que tendues. Je préfère ne pas détailler... Certes, il y avait Blida, avec Franz Fanon, mais la réputation en était plus politique que psychiatrique, et de toute façon il n'y n'avait aucun lien administratif, (ni

d'aucune sorte !), avec Mustapha. Et pour la neurologie je me dirigeais ailleurs, c'est-à-dire vers l'Hôpital Barbier-Hugo, dépendant de la Croix Rouge, mais conventionné avec l'Assistance publique : je pouvais y prendre un poste d'interne. Et je commençais d'emblée à y prendre des gardes. Le patron était le Dr. Pierre Descuns, neuro-chirurgien de grande valeur. Avec lui je retrouvais la rigueur et l'éthique que j'avais connues à Strasbourg. Descuns n'était pas « psychologue » pour deux sous, mais il était authentiquement humain, et avait une expérience clinique exceptionnelle. C'était aussi une virtuose du bistouri. Barbier-Hugo était mitoyen de l'Hôpital militaire Maillot, qui y évacuait tous ses traumatisés et blessés crâniens ou relevant de la neurologie traumatique. On ne chômait pas ! Je m'initiais à l'EEG, qui débutait, et, là aussi, faisait les aides opératoires. Je travaillais à temps plein... Mes relations avec Descuns sont devenues très amicales, comme celles avec l'infirmière-chef, Mlle Ruidavetz, cerbère impitoyable qui terrorisait tout le personnel, ne tolérant aucune négligence...

Dans la foulée, je terminais la licence de Psychologie entamée à Strasbourg.

Mais je n'avais qu'une idée : repartir au plus vite. Alger, à tous points de vue, était devenue irrespirable pour moi. Je n'ai pas parlé de la guerre d'Indépendance, qui a dominé toute ma vie étudiante et joué un rôle déterminant pour ma vie tout court : ce n'est pas ici le lieu. Simplement, pour situer : en 1954, j'étais en 2^{ème} année d'externat ; Strasbourg correspond à l'année 1958, celle du « Putsch », et c'est donc fin 1959 que je préparais mon départ à Paris, où je débarquais en décembre. Et début 1960 j'entrais en analyse, presque comme on entre en religion. J'ai raconté ailleurs ce que fût cette ultime étape de ma formation « officielle » et son dernier « caillou », (« Une petite fille trop sage », Journées Torok 2005, in *Psychanalyse, Histoire, Rêve et Poésie. Travaux de l'Association Européenne Nicolas Abraham et Maria Torok*. éd. L'Harmattan, Paris 2006). Mais je gardais un lien sérieux avec la psychiatrie en gagnant ma vie avec différentes vacations en dispensaires, et surtout en étant, près de 20 ans, psychiatre-consultant au service du Contrôle des Spécialistes de la Sécurité sociale de Paris – jusqu'à la disparition de ce service. J'y ai aussi beaucoup appris, et fut parfois un peu sidérée par l'incapacité, par exemple, de mon homologue neurologue à faire la différence entre hallucination et hallucinose. Plus drôle : j'y ai même eu à « contrôler » une cure menée par Daniel Lagache, qui était justement à la même époque mon premier « contrôleur » à la SFP !

3 En Alsace, à la différence du reste de la France, Neurologie et Psychiatrie étaient des spécialités distinctes, enseignées dans des services séparés, même si la collaboration restait étroite entre elles.

J'ai passé ma thèse en 1962, sur le thème du Training Autogène, à partir de cures individuelles et en groupes que j'avais pratiquées à Alger pendant l'année 1959. Devant les phénomènes transférentiels que j'y avais rencontrés, la nécessité d'un travail psychanalytique s'était imposée de façon encore plus impérieuse. Je me suis installée en pratique libérale la même année.

Et, nostalgique de l'hôpital, je traînais mes guêtres à Ste-Anne dans les services qui voulaient bien tolérer la présence d'une « pied-noir », et surtout dans les consultations comme celle de Daumézon, où intervenait P. Aulagnier. C'était l'Âge d'or pour les « psys ». J'étais éblouie par la culture, le brio, la virtuosité verbale et la culture de mes contemporains parisiens : je me sentais vraiment inculte, béotienne. Mais il m'arrivait d'être perplexe devant leur ignorance parfois de connaissances médicales pour moi élémentaires. D'un autre côté, à la SFP, puis à l'École freudienne, de toute façon, la « Laïéanalyse » était à l'honneur, et c'était presque une tare d'être médecin et *a fortiori* d'être psychiatre : il fallait « oublier », effacer les traces d'une telle formation hérétique ! J'étais souvent perplexe, mal à l'aise...

J'ai conscience d'avoir eu un parcours assez atypique, dans des conditions souvent rudes, mais que je pense finalement très formateur par une confrontation quotidienne de plusieurs années à une réalité médicale clinique engageant souvent lourdement ma responsabilité, et où la solidarité somato-psychique ne pouvait être totalement ignorée. Formation technique, certes, mais aussi éthique.

En 1968 a été consacrée la rupture entre la Psychiatrie et la Neurologie. Je continue de penser qu'avec cette rupture la psychiatrie s'est délestée du poids des corps qui l'amarrait à la tradition clinique et à l'éthique héritées de la Médecine. Et celle-ci a, de son côté, perdu ce que la Psychiatrie lui insufflait de conscience et de relativité. Idéalisme – au sens philosophique – d'un côté, matérialisme somato-technologique de l'autre. Les avancées actuelles des neurosciences continuent d'alimenter des diatribes qui illustrent un conflit bien ancien... Je caricature très sommairement, bien sûr, mais, devant certains désastres actuels, je garde la conviction que c'est la clinique, l'expérience clinique, l'observation clinique dans la modestie de la tradition hippocratique, qui restent la meilleure défense contre les dérives, et peuvent seules servir de guide pour éclairer ce qu'il en est de la condition humaine et de ses accidents. Remplacer la clinique dans sa singularité par des statistiques devrait être pointé comme « crime contre l'humanité » ! Henri Ey reste pour moi un Maître aussi grand que Freud. Et si c'est ma rencontre avec G. Pankow qui a donné finalement sens à mes incessantes interrogations, c'est aussi avec elle que j'ai saisi l'importance d'une ouverture de la pensée et de la recherche vers même – et surtout ? – ce qui peut « déranger » les acquis d'un Savoir officialisé. Mais le goût d'une telle démarche peut-il encore se transmettre ?

Marie-Lise Lacas

TRIBUNE LIBRE

Quel avenir pour la psychiatrie

J'étais embarrassé par cette question, embarrassado en catalan, c'est-à-dire enceint, et je dois avouer que je suis pas trop pressé de la suite, de crainte de voir sortir un monstre, un Alien cauchemardesque.

On pourrait fort bien poser la question : **quel avenir pour l'a-venir ?**

C'est-à-dire, qu'est ce qui peut advenir si l'histoire ne fait plus fondation de l'être, si elle est destituée, congédiée au profit d'un présent rationalisé ?

Ou bien : **Quel avenir pour le passé** si le récit et la narration ne peuvent plus faire mémoire ; et si, à cette place, la fiction préfabriquée devient la réalité vrai de vrai, entre docu-fiction blockbusterisé et réalité augmentée ; quel avenir si le passé ne peut qu'échouer en lambeaux, par fragments de refoulé désaffectés ?

Mais le temps étant compté (conté), revenons, terre à terre, à la psychiatrie, avec la question autrement formulée :

La psychiatrie a-t-elle un avenir ?

Deux siècles à peine, et on parle déjà de son extinction !

Et ça n'est pas pour nous rassurer, la psychanalyse, un siècle à peine, et sa fin est programmée.

Je n'insiste pas sur le pire, tout a été dit, et fort bien dit ; et je ne crois pas à un mouvement de balancier de l'histoire, fausse espérance d'un retour qu'il suffirait d'attendre, d'une évidente refondation qui donnerait raison aux grands récits.

Je crois que les conditions qui ont permis la naissance de la psychiatrie actuelle, de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle et des trente glorieuses du secteur risquent de n'être plus jamais réunies, à moins d'une lutte acharnée et très engagée. L'histoire des marranes, on aime bien se la raconter, mais elle ne permet aucune refondation, tout au plus un retour du refoulé sans mots, entre violence et passage à l'acte.

Je vais vous parler de ma perception en tant que psychiatre de province lambda, mais aussi en place de Vice-président du Syndicat National des Psychiatres Privés et de son Association scientifique dont les positions connues de vous tous ne laisse pas de doute sur l'engagement d'une des principales forces vives de la psychiatrie actuelle.

En fait, j'ai plutôt envie d'évoquer un devenir, car l'avenir est déjà là dans son anticipation glaçante, contenu dans notre présent. Pour moi, le devenir n'est pas un destin tracé. Il est étroitement dépendant de nos actions et de nos constructions dans la clinique au singulier, dans le maillage du soin institutionnel et dans les luttes collectives.

Je préfère donc poser la question sous cette forme :

Quel devenir pour quelle psychiatrie ?

Au service de quoi ? Au service de qui ?

Pour commencer, pour situer la question et revenir sur quelques idées reçues, je vous parlerai concrètement **de 24 heures de la vie d'un psychiatre privé.**

Pourquoi 24 heures ? Simplement parce que les heures passées à dormir n'écartent pas le souci, au sens existentiel, de la journée passée avec les patients.

7:00 du mat, premier patient, mal réveillé, blafard (lui, pas moi) ; en fait, c'est juste sa cravate qui le tient debout, mais pas question pour lui qu'il n'aille pas bosser car il y a les objectifs, le salaire indexé à la performance, une maltraitance professionnelle de plus en plus fréquente qui produit un épuisement et des idées suicidaires.

Reviendra-t-il la semaine prochaine ?... Soins sans filet, ni pour lui, ni pour nous... et ce moment qu'on redoute, dans le vide, en suspension, comme le trapéziste volant.

Si je n'étais que citoyen, je me mobiliserai auprès de lui.

Si j'étais un savant psychiatre, j'adopterai un traitement standard scientifique.

Mais le choix de ne pas dissocier conscience citoyenne, réalité sociale et soin d'une psychiatrie à visage humain, tout cela produit une psychiatrie unique et précieuse que les patients viennent chercher nombreux et de plus en plus :

Une écoute, une empathie tempérée, le libre arbitre préservé mais aussi un engagement, et bien sûr, un soin y compris médicamenteux.

Les consultations s'enchaînent de 7:00 à 20:00 sans interruption, si ce n'est celle du maudit téléphone et des messages qu'il faudra prendre en toute fin de journée : 10, parfois 15 demandes de nouveaux rendez-vous, avec l'insistance des patients, de leurs médecins, de leur famille.

Cette pression insupportable alourdit considérablement la tâche du psychiatre privé, et fait qu'il doit affronter seul des situations psychiatriques qui, avant, l'amenaient à hospitaliser les patients. Mais, d'une part ce n'est pas possible faute de place, et d'autre part, ceux-ci refusent par peur, par expérience ou par nécessité.

La prise de risque, là encore, se fait sans filet.

Voyez, on est loin des idées reçues, des psys pour les bleus à l'âme, des soi-disant privilégiés de la psychiatrie.

Et donc, quel devenir pour quelle psychiatrie doit prendre en compte la souffrance du patient mais aussi celle du psychiatre privé, d'autant plus importante qu'il ne peut compter sur les jeunes psychiatres, peu enclins à se coltiner un tel rythme, une telle responsabilité, une telle pression de la gravité clinique affrontée en solitaire dans un cabinet. Pourtant, si le travail est ardu, il n'en est pas moins passionnant.

Ce qui rend encore possible cette psychiatrie, c'est l'insistance à préserver **les fondamentaux** d'une pratique que le Syndicat National des Psychiatres Privés et la Fédération Française de Psychiatrie ne cessent de rappeler partout où il le faut. (La charte, le manifeste, le référentiel métier, être psychiatre aujourd'hui). Je n'ai pas le temps de préciser, mais je vous rappelle quelques-uns de ces fondamentaux :

Le respect inconditionnel du secret professionnel, sans secret partagé.

Le libre choix du patient qui exclut toute posture de contrainte de soin.

La rencontre singulière, les conditions de disponibilité et d'écoute.

La spécificité de la fonction soignante et de la pratique en psychiatrie.

L'accès aux soins dans le respect d'une solidarité de protection sociale.

Au service de quoi ? Au service de qui ?

Ceci étant dit, on peut envisager la position intangible qu'un psychiatre privé se doit de défendre, tout au moins pour les adhérents au SNPP et ceux qui partagent ces valeurs et cette éthique du soin. Pour cela, je vois au moins deux terrains de luttes : la lutte clinique au singulier et la lutte collective.

Pour une lutte clinique au singulier

Il est encore rare que des instances administratives s'immiscent individuellement dans notre pratique clinique au point d'en entraver les fondamentaux. Mais les attaques se font plus nombreuses et pressantes pour tenter de transformer les psychiatres privés en experts-prescripteurs indexés-certifiés aux normes de bonnes pratiques HAS et à une économie néolibérale des soins.

Plus perfide encore, à la question : au service de quoi, l'injonction nous est faite d'être au service de la société, d'une soi-disant société telle que la pensent les tenants de politiques normatives et sécuritaires. C'est autant la contrainte des soins que la santé mentale et l'économie rationalisée du travail. De l'étai à l'emprise (JN)

Je constate fréquemment que des patients en soin dans le service public éprouvent le besoin de venir temporairement (ou plus si affinité), consulter un psychiatre privé. Il ne s'agit pas de mettre en concurrence privé et public qui sont complémentaires, encore moins de dire que les patients seraient mieux soignés en privé qu'en public.

Non, il s'agit juste pour le patient de trouver un espace intime et secret qu'il n'a plus, là où personne n'a rien à dire, à redire ni à entendre : ni famille, ni institution, ni école, ni justice... Le cadre que lui propose le psy privé doit être sans ambiguïté : on ne parle pas de lui, on n'écrit rien sur lui, on ne lui prodigue pas de conseil éducatif, on ne prend pas parti. C'est très important pour un patient qui se vit éclaté, morcelé, possédé, télécommandé, de lui offrir ce cadre contenant qu'il tente de s'approprier.

C'est pourquoi on se plaint souvent du psy privé qui ne communique pas, qui reste dans sa tour d'ivoire, car les conditions de sa communication sont dictées par le strict respect du secret et de l'espace intime : si communication il y a, elle doit être profitable au soin mais aussi être impérativement souhaitée par le patient avec son accord éclairé. Désolé pour ceux qui lui veulent du bien, ils ont à s'y conformer. Et je précise que cette position n'est pas contradictoire avec celles défendues par le groupe *Le fil conducteur* et par Christine Chaise avec lesquelles je suis parfaitement solidaire.

La lutte clinique au singulier pose aussi l'articulation extrêmement délicate entre la relation transférentielle et les prises de position citoyennes.

Ce qu'on entend au fil d'une journée de psy à propos de systèmes pervers et de dérives mafieuses dont nos patients sont victimes, témoins, parfois acteurs, pourrait transformer le psy privé en éditorialiste quotidien à Médiapart. Ce qui n'est pas envisageable à deux titres : celui, bien entendu, du strict respect du secret, et celui d'assurer un soin qui questionne la parole, la demande, l'altérité du patient et qui lui permet de devenir son propre recours. Mais il n'est pas rare que les patients soient amenés à un moment ou un autre de leur thérapie, à agir en citoyen, non seulement pour défendre leurs intérêts, mais aussi pour dénoncer ce qui, non seulement les a mis en péril, mais les scandalise quand ils le comprennent enfin.

Le psychiatre est très isolé dans l'espace intime de son cabinet. Tenu à la réserve, il doit en passer par **la lutte collective** pour mener les actions politiques et citoyennes indispensables à la préservation des fondamentaux de sa pratique.

De sa place de guetteur solitaire, il ne peut que constater sans un réel pouvoir d'agir autre que celui du soin à son patient, ce qui reste tout de même l'essentiel.

Par sa lutte collective, il devient acteur-citoyen mais en acceptant ce qui serait inconcevable dans sa pratique, à savoir une déperdition idéologique de la complexité inhérente à la mobilisation.

C'est dans l'action collective que prend réellement sens la question :

Quel devenir pour quelle psychiatrie ?

Primo, sans lutte collective rien de possible, et ce, à tous niveaux.

Secundo, dans les conditions que je décris, il est dangereux pour un psy privé, voire pour ses patients, qu'il reste en posture solitaire.

Outre le choix possible d'une supervision, le partage clinique passe par un partage politique sans lequel le psy est cul-de-jatte.

Tertio, s'ils ne prennent pas une part très active dans la formation et la transmission, les pys n'auront que leurs yeux pour pleurer quand ils feront le constat douteux et amer que tout fout le camp. La déploration n'est en rien productive. Elle doit faire place à une action concrète dans la formation initiale et la formation continue de tous ceux qui s'inscrivent dans le champ psychiatrique.

Quarto, il en est de même pour la recherche en psychiatrie. Plutôt que de se plaindre de l'inondation d'une prose pseudoscientifique qui tient lieu de recherche, il faut, c'est ce que nous débutons au sein de l'Association Française des Psychiatres Privés, constituer des programmes de recherche qualitative qui ne vendent pas leur âme sans pour autant renoncer à une méthodologie audible et lisible par la profession et les instances qui prétendent à légiférer le bon soin psychiatrique.

Contre les directives administratives, contre les normes de bonnes pratiques conçues à la six quatre deux par des instances qui font appel à des officines pseudoscientifiques, oblige à s'armer d'un étayage solide et bien construit qui rend les conclusions de nos recherches opposables et défendables partout.

Thierry Delcourt
Reims

Il était une fois,... L'échappée belle ?... « Il, donc » (reprise) ⁽¹⁾

François Oury – Pour Jean Oury

Chimères... se faire la cavale d'une prison⁽²⁾, d'une prise du ON.

Echapper à l'emprise binaire du ON, le ON impérieux du :

« ON sait que, donc il faut qu'ON »⁽³⁾.

ON ? Un protonom acéphale amibien : ON dit « gère ».

ON dit gère donc – in/out – ON analyse.

Time is money. Big Data jamais ne pensera, il réfléchit en miroir.

Servitude volontaire ?

Servitude à l'éclosion d'un nouveau paradigme universel pour ce XXI^{ème} siècle ?

Ne compte que ce qui se compte... en pet à flops !

(pétaFLOPS = 10¹⁵ opérations par seconde et aujourd'hui yottaFLOPS = 10²⁴ op/sec.).

L'humain dans l'humain ? Du compost pour la gestion des ressources humaines.

Cauchemar = quand le réel croise le phantasme ?

Binaire : l'empire du Bien/l'empire du Mal,

et le libre choix entre Ebola et Hezbollah un rêve bien sombre...

avec métastases à Monsanto, Areva, Amazon,... ?

Le ON nouveau est arrivé !

ON ? La face obscène et féroce du Sur-moi.

ON = une qu'ON ne rit.

Un protonom acéphale...

Big Data jamais ne pensera.

Mauvais rêve ? S'en échapper !

Chimères...

Echapper à l'emprise d'une prison, se faire la belle, être en cavale dans un espace temps libre, hors des marais cage de l'étant ?

Chimères... Fantasma poétique de licorne ?

Et Cervantes chevauchant derrière Don Quichotte pour la peau éthique ?

Emprises ? Servitude volontaire ?

Est-ce utopique, ou juste chimérique⁽⁴⁾ de faire une reprise du temps

au début des Temps Modernes ?

Avant forclusion dans la sauce blanche des cervelles produite par l'information des propagandes ?

Discussion diagnostique :

D'après les effets, tumeur maligne du cerveau produisant une anesthésie ébrieuse hyperactive.

Histologie :

Chimères de neurones humains et de neurones fossiles en silice qui pétrifient de trouille.

Des fossiles très archaïques : bouffer/être bouffé, proie/prédateur, est une algèbre qui commence aux bactéries et même au virus logique.

La digestion, c'est la fabrique consensuelle de l'être-ON.

Comment échapper à l'emprise de la ON-ne-rit ?

La déconiatrice répondait Tosquelles⁽⁵⁾.

Et je dirais même plus, la décoconiatrice des légo légaux.

L'échappée belle...

A chaque siècle ses axiomes.

L'ère moderne est révolue...

Emprise/lâcher prise

Institution/destitution

Construction/déconstruction...

Pulsations, rythmes.

Comme le temps passe... ça fait tout drôle⁽⁶⁾.

Marais cage de l'étant, chimères,...

Comment sortir de l'aporie de la novlang

DPC, EBM, DSM, HAS du FMI de l'IA des LM ?⁽⁷⁾

Un marché ? Ou un immonde tripot ?

Car « l'enseignement de l'araignée n'est pas fait pour la mouche »⁽⁸⁾

et plus que jamais, penser est un sport de combat⁽⁹⁾

et l'essentiel de la 3^{ème} guerre mondiale semble bien se jouer dans la cuisine des cervelles...

Alors, à nous de jouer... sans Toit.

Adieu Jean.

François Oury
ce XIII septembre 2014.

Notes

(1) Jean Oury : « Il, donc » - Ed. Matrice (1978) et « Il, donc (reprise) - Ed. D'Octobre (2008).

(2) Une aiguillée de temps : Est-ce de hasard si « La clinique du Docteur Blanche » devient en 2013 ? (a) Film de Sarah Lévy (*France*, 2013, 95 min). Nerval nous mène directement à la thèse de Tosquelles (b) de là, aller visiter sa mémoire à Elne (c) et sans doute, l'historienne Laure Murat (a') nous livrera un film d'une semaine d'entretien avec Jean Oury en 2014.

(3) Pour voir « Sous l'emprise de l'impératif » de Jacques Barbier, rendez-vous sur le site Hapax kairos : www.wix.com/hapaxkairos/site et cliquez sur « textes et images précieuses ».

(4) Tout humain est une chimère de ses parents et non pas un « individu » dont il faut gérer le comportement. « Bêt(is)es entre Derrida, Deleuze-Guattari et Sloterdijk » - Revue Chimères N°81 - Ed. Erès (2014). Fondateurs : Gilles Deleuze et Félix Guattari

Directeur de publication : Jean-Claude Polack. Directrice adjointe : Danielle Sivadon

Rédaction : Association Chimères - Collectif - 125, Bd St Germain. 75006 Paris

info@revue-chimeres.fr et <http://www.revue-chimeres.fr>

(5) Retour à la note⁽²⁾.

(6) « L'irrésistible course du temps » - Sous la direction de René Frydman et Muriel Flis-Trèves. Colloque gynécologie et psychanalyse - Ed. Presses Universitaires de France (2010).

(7) Les travaux de (auteure américaine à renseigner) démontrent que la floraison d'acronymes est un signe pathognomonique des dictatures. Y échapper ? Une traduction libre de DPC EBM DSM HAS FMI IA LM : Dédale Permanent de la Conformité, Evidence Based Market, Direction de la Santé Mentale, Haute Autorité de la Sécurité du Faucon Mondial Invisible de l'Ineptie Absolue des Lois du Marché ?

(8) C'est une « Tranche de savoir » pour « Face aux verrous » d'Henri Michaux. Ed. Gallimard Poésie (1992).

(9) C'est le titre des « Manières de voir » du Monde Diplomatique d'octobre 2014.

A propos d'autisme

Peu de temps avant de venir à Lyon, j'avais relevé un article dans le Quotidien du Médecin du 30 septembre. L'association « *Vaincre l'autisme* » invitait à « *Une Journée d'Indignation* » fin octobre. Manifestement, se manifestait là, l'exaspération face à la résistance des gouvernants « *qui semblaient fléchir sous la pression des psychanalystes* ». Or, « *l'exception française (sic) était accusée d'être responsable de 50 années de retard par rapport aux pays anglo-saxons ou scandinaves* ». Cinquante années de retard imputable aux psychanalystes, responsables notamment de « *culpabiliser les mères...* ».

Etre confronté, en tant que parent d'un enfant autiste, à un ou une psychanalyste, quelqu'un qui « s'occupe de l'inconscient », dont on peut ne rien vouloir savoir, c'est aussi une éventualité. Lorsqu'on va sur le net, dans la rubrique « autisme », on ne peut être que frappé par la violence des propos tenus à l'égard des psychanalystes.

Est-ce la fin annoncée de la psychanalyse ? Elle est en tout cas, dans le registre de la pratique de l'enfant, en mauvaise posture.

Alors que, en dépit de leurs divisions, ce qui rassemble en quelque sorte les psychanalystes, c'est le fait que tous, dans leur cure personnelle, se sont penchés sur leur propre enfance. En ce qui me concerne, je n'aurais pu travailler en consultation de psychiatrie de l'enfant si je n'avais fait ce retour.

L'autisme a toujours déclenché des réactions passionnelles. Il est, entre autres, difficilement tolérable de se trouver face à un enfant qui continue à ne pas s'engager dans le langage.

« *Être à l'écoute des familles* », « *porter un diagnostic précoce, avant l'âge de 18 mois* » : c'est ce qui est préconisé par la Haute Autorité de Santé, la HAS.

Mais depuis longtemps les psychanalystes, qui pour certains n'ont cessé de travailler dans ce domaine, ont mis l'accent sur la précocité du diagnostic, voire l'extrême précocité du diagnostic. J'ai travaillé avec Rosine et Robert Lefort, j'ai suivi leur séminaire, leur enseignement m'a été précieux.

Un enfant qui n'exprime pas ses besoins vitaux, qui pendant les tétées ne regarde pas le visage de sa mère, qui, plus tard, ne prêtera pas attention à son image dans le miroir, cet enfant est peut-être autiste.

Rosine et Robert Lefort ne sont plus là. Ils n'ont pas été les seuls, loin s'en faut, à se pencher sur la question, ils n'ont pas été les seuls à suivre des enfants autistes.

Mais ils semblent être oubliés... Il y a aussi des questions d'Ecoles, un domaine complexe dans lequel peut régner une dimension intransigeante...

Tout se passe comme si tous ces travaux n'avaient pas existé. Cela me fait penser à ce qui se passe de façon similaire en Angleterre. Je vais souvent dans les Midlands, dans le Yorkshire, dans le Devon, j'y ai de la famille, des amis. Qui est Winnicott? Personne n'en a entendu parler, aucun de ses livres n'est disponible dans les librairies ou dans les bibliothèques municipales. Si ce n'est à Londres, à l'Institut français où des Journées intitulées « *Winnicott avec Lacan* » avaient pu être organisées en 2009. Mais dans les grandes librairies londoniennes, il est bien difficile de trouver des ouvrages de ce psychanalyste que des familles venaient consulter de tout le pays et qui a tant œuvré à l'égard des jeunes enfants...

Le comportementalisme a pris sa place. Et ce, depuis des années.

Décrit par Kanner en 1943, l'autisme a pris une extension considérable au cours de ces dernières années. A côté de la description princeps dans laquelle le trait pathognomonique est « *l'inaptitude à établir des relations normales avec les personnes depuis le début de la vie* », va se faire jour le « *spectre autistique* », dans le cadre du DSM-5. Le nombre des sujets supposés atteints a été multiplié par 10 en 20 ans, et la proportion ne cesse de croître.

J'ai travaillé pendant plus de vingt ans dans un Internat Médico-Pédagogique (IMP) de la région parisienne qui accueillait des enfants venant de services pédiatriques de pointe de la capitale ; ces enfants étaient porteurs de diagnostics d'encéphalopathies diverses. Certains d'entre eux étaient, non pas sans étiquette, mais définis de façon floue : leur encéphalopathie était « *probablement d'origine anténatale, sans étiologie et fixée* » ; ils auraient pu être diagnostiqués autistes, si les mères avaient été questionnées en ce sens. Dans le cours de la consultation en vue d'admission, on apprenait que ces enfants, par exemple, ne réclamaient pas le sein ou le biberon, qu'ils ne regardaient pas le visage de l'adulte qui les nourrissait...

A partir des années 90, des enfants porteurs du diagnostic d'autisme pouvaient être directement admis à l'IMP. Ils n'étaient pas accompagnés de lourds dossiers médicaux.

J'ai suivi nombre d'enfants autistes, tous autistes profonds, du type autisme de Kanner, en individuel ou en groupe mené avec la psychologue, avec laquelle

je travaillais, elle aussi de formation analytique. Ce suivi était mené en parallèle avec le travail assuré par les adultes soignants, Aides Médico-Psychologiques (AMP) et éducateurs ou éducatrices. De nombreux groupes fonctionnaient, menés par des éducateurs ou des AMP. Ainsi, certains enfants étaient suivis en groupes « *Contes* » par trois éducatrices qui m'avaient fait la demande de venir me parler régulièrement de ce travail.

Un tournant a eu lieu lorsque j'ai été amenée à utiliser mon violon.

Il était notable que certains enfants manifestaient une intolérance à la parole, ou à la voix qui portait la parole qui leur était adressée. Ils se frappaient alors les oreilles de façon telle que le port d'un casque s'avérait nécessaire afin de les protéger.

Cet enfant dans les bras de son éducatrice avait la tête en sang ; elle venait vers moi en me disant « je ne peux plus ». Le fait est, quand on tentait de lui parler, il redoublait ses coups.

Qu'était-ce, parler, dans ces conditions ? Sinon faire violence intolérable ?

C'est alors que j'ai amené mon violon et que je l'ai utilisé auprès de cet enfant qui avait été isolé à l'infirmerie. Dans un largo, de Vivaldi. L'effet avait été spectaculaire : calme, détendu, il regardait l'archet se déplacer sur les cordes, mené par une main qui n'était pas redoutable.

La presque totalité des enfants placés à l'IMP avaient subi des soins médicaux dont ils ne pouvaient percevoir le sens, ceci dès les premiers jours de leur existence ; ils devaient leur survie aux progrès de la médecine, mais à quel prix ? Tous redoutaient les mains des adultes, à la toilette, par exemple et plus encore lorsqu'il s'agissait de gestes médicaux.

Il convient de noter ici que ces gestes qui s'étaient déroulés bien souvent dans une atmosphère d'urgence, avaient été accompagnés de paroles ayant trait à tout un vocabulaire technique, paroles échangées entre adultes, sans adresse à l'enfant.

Au décours de cette « *expérience* », qui n'avait pas eu de suite avec cet enfant en instance de départ vers une autre institution, j'avais projeté d'utiliser mon violon de façon plus large. Dans l'internat, lorsque l'emploi du temps le permettait, en passant dans les salles de jeux et les dortoirs et aussi dans le cadre de groupes menés avec les soignants. C'est ainsi que une éducatrice qui appréciait la musique des cordes a accueilli favorablement la mise en place d'un groupe de trois enfants centré autour de mon instrument.

Leurs âges s'échelonnaient entre 4 et 6 ans.

J'ai déjà eu l'occasion de me pencher sur ce travail ; ce qui a pu être déterminant, c'est le son porté par les cordes, le son ainsi que leur rythme. Oscar, un prénom

d'emprunt, un enfant qui arrachait ses cheveux par poignées et cognait sa tête contre les barreaux de son lit, attendait avec une impatience visible, le passage de l'archet sur les cordes. Lui qui ne trouvait pas place dans les bras de l'adulte, changeait de corps, si on peut le dire ainsi, il se redressait, il devenait possible de le porter sans qu'il ne donne la sensation de « *dégouliner* », c'était formulé de cette façon. Il m'a incitée à jouer des petits airs irlandais rythmés, des gigue, des polkas. Il dansait alors de tout son corps dès qu'il entendait la musique.

C'est aussi par le biais du violon que pour Amanda, une enfant qui n'avait aucun contact avec le monde extérieur, s'est effectuée une sorte de retournement. Dans son dossier d'admission, il était noté qu'elle n'avait aucune réaction à la voix humaine et qu'il fallait la toucher pour qu'elle réagisse. Après avoir été terrorisée par le son qui en sortait, elle s'était approchée de l'instrument, l'avait touché, en avait pincé les cordes.

Entre ces séances musicales, dans son lieu de vie qui était alors un dortoir, elle commençait à avoir un contact avec son entourage, à regarder son éducatrice, à dire des mots.

Le troisième enfant de ce groupe se situait davantage sur un versant déficitaire ; il nous avait incitées à amener des instruments de musique tels des éléments de percussion, des bongos, qui pouvaient être utilisés de façon inattendue. Ainsi, Oscar en tétait les bords avec d'énormes bruits de succion. Ceci dès que la musique se faisait entendre de la part de mon violon. Cet enfant avait dû être nourri par sonde, dès sa venue au monde.

La musique, un autre domaine... une voix différente de la voix humaine. Sans danger, manifestement. Ouvrant un espace...

Au terme de quelques mois, l'éducatrice dut prendre un congé pour des raisons de santé. Une seule fois, le groupe hebdomadaire ne put avoir lieu. Passant dans le dortoir dit des « *petits* », je repérai aussitôt Oscar et Amanda blottis l'un contre l'autre, comme dans une attente. Jamais jusque là, ils n'allaient l'un vers l'autre ; ils n'allaient pas davantage vers d'autres enfants, d'ailleurs, ils restaient isolés. J'avais alors téléphoné à l'éducatrice dont l'absence allait devoir se prolonger, et en accord avec elle, une de ses collègues qui suivait une formation de musicothérapeute, prit le relais.

Dans l'institution, des groupes centrés sur la musique se multipliaient ; des instruments de musique divers étaient amenés, flûte, guitare, notamment. Dans une optique de recherche. Parallèlement, le « *burn out* » s'atténuait considérablement.

Un tournant bien différent, extra-institutionnel puisque le violon s'était « *expatrié* » en milieu hospitalier, eut lieu dans un second temps.

J'étais allée, avec mon violon, au terme de bien des échanges téléphoniques durant une dizaine de jours, auprès d'une enfant qui avait dû être hospitalisée en réanimation dans un état de détresse respiratoire à la suite d'une banale rougeole ; elle était atteinte d'une encéphalopathie malformative et de ce fait, elle n'avait pas été vaccinée. Très rapidement les réanimateurs m'avaient demandé des précisions sur son état psychique. Il était question d'interrompre la réanimation.

Je passais avec mon violon, lorsque je le pouvais, dans les dortoirs, après le diner et avant le coucher. L'enfant dont il est question, accourait avec ceux qui étaient en état de se déplacer. C'est un largo, là encore, que j'ai joué à l'hôpital après m'être d'abord adressée à elle en lui parlant des événements qui l'avaient amenée là. Sans aucune réaction à mes mots, à ma voix, il est vrai qu'elle était intensément « sédaturée », elle a par contre, dès que l'archet est entré en contact avec les cordes, émis par sa sonde d'intubation, de si abondantes sécrétions que l'appel à l'infirmière qui avait les outils pour les aspirer à été nécessaire.

Cette enfant s'est saisie de la musique qui lui était adressée.

Le réanimateur qui était de garde un samedi en début d'après-midi, avait bien entendu au téléphone qu'il s'agissait d'une autre approche ; il avait associé sur les infirmières qui s'occupaient de prématurés et qui connaissaient bien cette voie d'abord, afin d'obtenir le calme, afin d'apaiser les enfants qui s'agitaient. Une « voie » qui ne passait pas par la voix.

« Venez avec votre violon, m'avait-il dit, c'est thérapeutique ».

Contre toute attente, cette enfant avait quitté le service de réanimation. Méconnaissable tant n'existait plus l'hypomanie discordante qui la caractérisait. Elle m'avait conduite devant un miroir et montrant l'un de ses pieds, avait dit le mot « chaussures », le premier mot qu'elle disait de façon adaptée. Ces chaussures, sa mère venait de les lui acheter à sa sortie de l'hôpital.

A l'heure actuelle, il est probable qu'elle aurait pu être classifiée dans le « spectre autistique » ?

Mais, hélas, l'institution dans le contexte d'un été caniculaire, n'avait pu, au niveau de soins paramédicaux, empêcher l'évolution vers un état de déshydratation qui avait amené une seconde hospitalisation dans un service différent du premier. Avec, en corollaire, une régression sur le plan de l'état psychique.

Il n'est bien sûr pas aisé de faire le point sur ce qui revient au violon seul, aux remaniements suscités par cet « acte »... Le statut de cette enfant avait changé : elle trouvait place d'enfant et non de grande handicapée, voire de « petit singe » comme avait pu le dire son père qui à présent disait « *ma fille* ».

Dans l'institution se libérait une parole, elle circulait comme jamais auparavant elle ne l'avait fait. Il était possible de parler de ces enfants souvent « imparlables ». Me revient là, une réflexion d'un pédiatre dans le cours de Journées ayant trait aux pathologies graves des enfants handicapés mentaux « *On ne peut pas parler de ces enfants, il faut les voir ! Vous n'imaginez pas ce qu'on peut voir* ».

Certains, il est vrai, sont gravement dysmorphiques ; ils ne parlent pas ; la dimension autistique est présente de façon plus ou moins importante.

Alors, la musique, chez des enfants chez lesquels « *l'Autre est là, mais n'existe pas* », comme le formulaient les Lefort, comme le reprend dans son livre « *La bataille de l'autisme* » Eric Laurent, est-ce un bout de réel qui émane d'un Autre qui « parle » sans traumatiser ? Pour eux, les mots font trauma ; la musique, manifestement, est perçue comme non traumatique. Elle ouvre, dès lors, une porte.

Pour conclure, même s'il s'agit d'un registre différent, celui de la musicothérapie, je citerai le livre que m'avait offert une collègue exerçant à New York « *Music therapy in the neonatal intensive care unit* ». Les enfants, des nouveau-nés atteints d'affections diverses, et tous, donc, en soins intensifs, sont extraordinairement apaisés par la musique que vient, à heure régulière, chaque jour, jouer un musicothérapeute ; le tympanon, un instrument joué dans la musique classique persane, est souvent utilisé, en pianissimo. Le rythme cardiaque et le rythme respiratoire sont enregistrés. L'intensité des bruits ambiants est mesurée, il peut s'agir de bruits émanant de différentes alarmes, mais aussi ceux à mettre sur le compte des soignants qui parlent fort d'une salle à l'autre, referment un tiroir avec fracas, etc... L'ambiance devient tout autre ; l'agitation des enfants cesse, ils sont calmes ; les adultes sont attentifs, la tension préexistante s'atténue notablement.

Le fait de travailler en orchestre me permet de prendre, un peu, la mesure de l'impact de la musique ; dès que le chef lève sa baguette, et que commence à se déployer la musique symphonique ou celle accompagnant un concerto, on est dans un tout autre monde, celui universel, celui des affects propres à chacun, sans l'équivoque des mots de la langue parlée.

Annie Stammler
Psychiatre, psychanalyste, Paris

Bibliographie

Rosine et Robert Lefort, *Naissance de l'Autre*, Paris, Le Seuil, 1980.

Eric Laurent, *La bataille de l'autisme* Paris, Navarin, Le champ freudien, 2012.

Annie Stammmer, *Handicap mental profond et musique*, Paris, Campagne/Première, 2009.

Joanne Victoria Loewy, *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit*. Beth Israel Medical Center. New York, United States of America, 2000.

Winnicott avec Lacan, sous la direction de Catherine et Alain Vanier, Paris, Hermann, 2010.

Les enfants d'Œdipe

La question de la résistance et des effets de transfert peut être abordée au travers de la question de la transmission de la psychanalyse au sein des institutions psychanalytiques. Pour cela, il est toujours fructueux de revenir aux origines du mouvement.

Je pose comme hypothèse de départ, qu'il aurait été transmis, à l'insu de tous, un point non suffisamment élaboré, individuellement et collectivement, générant à intervalles réguliers scissions, excommunications et finalement blessures importantes pour tous.

« *C'est rester fidèle à l'esprit de Freud que de prendre conscience des contingences personnelles et historiques qui ont infléchi ses conceptions de la cure et des limitations qui en résultent. N'est-ce pas aussi suivre son exemple que d'avoir confiance dans le pouvoir de renouvellement propre à la psychanalyse pour peu qu'on se montre présent aux patients sans trop de rigidité ni d'implications affectives et qu'on exerce sa raison sans trop de préjugés théoriques* »¹.

Ce point non suffisamment élaboré a pour objet **la fratrie**, comme fonction fraternelle, enseignante de la fonction sociale, entité composée d'égaux (égo) en rivalité vis-à-vis des objets d'amour parentaux, comme terreau d'identifications et de rivalité entre sujets de la fratrie, mais surtout comme complexe doté d'une logique propre articulé au complexe d'Œdipe. Un complexe d'un point de vue psychanalytique est défini comme un ensemble de représentations inconscientes liées et dynamiques.

Les liens fraternels sont liés aux rivalités œdipiennes mais la fratrie est également organisateur (pour reprendre l'expression de Lacan) intrapsychique pour chaque sujet de l'inconscient. La conflictualité est au cœur du complexe fraternel mais n'est, sans doute, pas entièrement une conflictualité œdipienne. L'élaboration psychique du complexe fraternel concourt à une résolution du complexe d'Œdipe ; il y est articulé. Mais revenons à l'origine probable de ce point aveugle dans l'auto-analyse de Sigmund Freud.

Freud et ses frères et sœurs

La fratrie de Freud n'est pas une version classique de la famille. Elle en est une version assez contemporaine. Nous dirions aujourd'hui qu'il s'agit d'une famille recomposée : deux frères, de l'âge de sa mère ou à peu près, un neveu qui pourrait être son frère en âge, cinq sœurs, un frère cadet et son frère Julius mort.

Freud est né du second mariage de son père. Nous ne savons rien, ou à peu près, des rapports entre Sigmund et ses 5 sœurs cadettes. Nous ne savons rien des relations de la fratrie avec les parents, hormis la certitude de Freud d'avoir été le préféré de sa mère.

Dans une lettre à Fliess du 3 octobre 1897, Freud reconnaît que la naissance de son frère Julius, d'un an plus jeune, avait provoqué « de mauvais souhaits et une véritable jalousie d'enfant et que sa mort avait laissé en moi le germe de reproches ».²

Nous savons que Freud se comportait en famille comme un aîné un peu tyrannique. Au cours de son auto-analyse, le sujet de sa fratrie a été peu abordé, et seulement sous un angle œdipien.

D'un point de vue théorique, et au fil du temps, Freud considérera les liens fraternels sous plusieurs angles, utilisera à leur propos les termes de complexe, l'englobant parfois dans un complexe familial, ou dans le complexe d'Œdipe.

Les liens fraternels sont donc analysés par et au travers des enjeux œdipiens.

Freud a l'intuition que les liens fraternels pourraient recouvrir d'autres réalités psychiques. Il parle de complexe familial à l'arrivée d'autres enfants. Dans « leçons d'introduction à la psychanalyse », mais aussi dans « psychopathologie de la vie quotidienne » à propos de l'oubli d'un nom qui concerne une de ses sœurs :

« Une autre fois, étant sur le point de prendre un billet à la gare de Reichenhall, je ne puis me souvenir du nom de la gare la plus proche, bien que je l'aie souvent traversée. Je suis obligé de me mettre sérieusement à le chercher sur le plan. Cette gare s'appelle Rosenheim. Je vois aussitôt en vertu de quelle association son nom m'avait échappé.

Une heure auparavant, j'ai fait une visite à ma sœur dans une villégiature près de Reichenhall ; ma sœur s'appelle Rosa ; l'endroit qu'elle habitait était donc pour moi une Rosenheim (séjour de Rose). C'est ainsi que dans ce cas l'oubli a été déterminé par un « complexe familial », et il poursuit « je suis à même de prouver cette action vraiment dévastatrice du complexe familial sur toute une série d'exemples ».³

L'auto-analyse de Freud ne lui a pas permis d'explorer pour son compte ce que les liens fraternels recouvrent inconsciemment au-delà de la rivalité Oedipienne. Pourtant, il a l'intuition qu'il pourrait y avoir quelque chose de plus spécifique, et dans l'article sur « des quelques mécanismes névrotiques dans la paranoïa, la jalousie, l'homosexualité » datant de 1922, il évoque le terme de complexe de la fratrie :

« Cette jalousie, même si nous l'appelons normale, n'est nullement tout à fait rationnelle, c'est-à-dire issue de relations actuelles, proportionnée aux circonstances effectives et dominée sans reste par le moi conscient, car elle s'enracine profondément dans l'inconscient, est en continuité avec les motions les plus précoces de l'affectivité infantine et est issue du complexe d'œdipe ou du complexe de la fratrie de la première période sexuelle ».⁴

Il situe ce complexe de la fratrie dans la première période sexuelle, en amont du complexe d'Œdipe, comme moment de chute du fantasme d'omnipotence infantile et de traumatisme du narcissisme primaire. Il en sait quelque chose depuis le souvenir de son frère Julius.

Il serait tout à fait inexact de prétendre que Freud ignore la fratrie. Il la prend en compte, il en souligne les effets, notamment lorsqu'il souligne les fantasmes incestueux. Mais il n'entend pas en quoi la fratrie pourrait avoir un fonctionnement autonome, en partie, avec le couple parental.

La question du complexe fraternel a été repris par Jacques Lacan dans son article de 1938 « les complexes familiaux dans la formation de l'individu ». Il réaffirme l'importance du concept de complexe, « inconscient et cause d'effets psychiques » et comme « organisateurs »⁵

Dans le complexe de l'intrus, il y développe l'idée que la jalousie perceptible chez un enfant lors de la venue d'un frère n'est pas que rivalité mais aussi identification à cet autre imaginaire. « *La jalousie, dans son fond, représente non pas une rivalité vitale mais une identification mentale* ».⁶

Ce point est fondamental car il introduit l'objet. Nous ne sommes plus dans le cadre de la haine mais de ce que Lacan appelle « *la sympathie jalouse* ». Il y a de l'autre dans cette sympathie jalouse.

Mais Lacan ne développera pas ce concept de complexe fraternel, au delà de cet apport concernant l'identification à l'image du frère (ou sœur).

Anna Freud et les identifications fraternelles ?

Pour essayer de confirmer l'hypothèse selon laquelle un point aveugle chez Freud a été transmis à sa fille Anna, nous prendrons quelques exemples.

Anna Freud, en tant que l'une des premières analystes d'enfant a étudié les fratries, notamment dans sa nursery londonienne. Elle a pu remarquer les effets de l'absence de la mère sur la fratrie. (Les enfants du camp de Terezin). Elle a noté que cette absence de la mère avait pour effet de neutraliser la jalousie entre membres de la fratrie. Elle développe un point de vue original que son père n'a pas développé, mais elle ne s'attarde pas sur d'éventuels effets intrapsychiques précoces de l'existence de cette fratrie.

Elle continue d'affirmer que « la relation de l'enfant avec ses frères et sœurs est subordonnée à la relation qu'il a avec ses parents et en dépend ».⁷

Elle n'évoque pas une relation qui pourrait être, en partie ou non, entièrement subordonnée aux relations parentales.

Sans doute, n'a-t-elle pas eu l'occasion de pouvoir élaborer quelque chose de cet ordre aux cours de ses différents moments d'analyse avec son père. A-t-elle évoqué ses relations avec ses frères ? On peut pourtant penser qu'en tant que fille et petite dernière, ses frères avaient une place importante dans sa vie. La correspondance avec son père récemment publiée, peut le faire penser puisqu'il y a des références à ses frères.

Son père, en tant que Père et en tant qu'inventeur de la psychanalyse, était alors en train d'élaborer sa théorie, avait découvert un des fondements de celle-ci : le complexe d'Œdipe. Il n'avait pas eu l'occasion lui-même d'approfondir la question de sa propre fratrie dans son auto-analyse et ne pouvait donc qu'être peu attentif à ce point.

Enfin, un autre point semble éclairant. On sait qu'Anna lors de sa conférence d'introduction au sein de la société de Vienne choisit d'élaborer quelque chose autour des fantasmes de fustigation. On sait aujourd'hui qu'Anna parlait d'elle. Cet article est en réponse d'une certaine façon à l'article de son père « un enfant est battu » dont on sait que l'analyse d'Anna lui a servi de matériau.

Cet article de Freud pourrait être lu sous l'angle du complexe fraternel, car de quoi s'agit-il ? Si ce n'est aussi de l'expression d'une jalousie entre enfants de la même fratrie ?

Freud lui-même l'évoque, les enfants battus pourraient être des frères ou des sœurs. Ce point ne serait pas sans importance...

J. Laplanche fait une analyse de cet article dans ce sens « dans la structure de ce fantasme, le triangle en cause n'est pas le triangle Œdipien (petite fille-père-mère) mais le triangle rivalitaire désigné comme « complexe fraternel » ego-parents-frères ou sœur »⁸.

Anna dans son article sur le fantasme de fustigation, indique que le sujet dont elle parle imagine des histoires, des fantasmes où elle est souvent un jeune homme. Ce point a déjà été noté par beaucoup d'auteurs, il serait la marque d'une identification d'Anna à son père... Mais pourquoi pas à un frère ? Anna vivait quotidiennement avec trois frères, deux sœurs... On sait que son frère Oliver et sa sœur Sophie étaient les préférés de sa mère.

On a beaucoup interrogé le lien d'Anna avec Sophie, mais peu ou pas du tout le lien d'Anna avec Oliver. Anna dira plus tard dans sa vie qu'Oliver était une énigme pour elle.

Freud indiquera à Eitington qu'Oliver, encore lui, avait été sa fierté et son « espoir secret » (avant de le décevoir) car en bute avec une névrose, sans doute, obsessionnelle, carabinée... l'inhibant dans ses actions.

Serait-il absurde de penser qu'Anna ait pu aussi s'identifier à son frère Oliver ?

Enfin, en 1915, Freud dit à Ferenczi : « Anna a enfin la place qu'elle désire depuis l'enfance ». C'est à dire de devenir l'unique enfant au foyer. Anna évince ses frères et sœurs.

Nous n'avons pas de moyen de connaître le contenu du complexe fraternel d'Anna Freud qui pourrait être un éclairage sur sa vie mais aussi sur son œuvre.

Antigone oui mais où sont Ismène et Polynice ?

Enfin un dernier point : Freud appelait sa fille Anna, Anna-Antigone.

Antigone s'opposera à la loi des hommes pour honorer son frère. Elle ne prendra pas le même chemin que sa sœur Ismène. Lorsque Freud appelait Anna, « son Antigone », à qui pensait-il vraiment ? à Antigone défiant la loi de Créon ? ou Antigone d'Œdipe à Colonne, le « bâton de vieillesse d'Œdipe » ?

Antigone tenant tête à Créon, c'est aussi un drame de l'amour fraternel. La pièce commence par « Ismène, ma sœur, mon sang.. », une sœur qui veut entraîner sa sœur au nom de l'amour porté à leur frère Polynice.

La question de la fratrie d'Anna n'est que peu abordée.

Mathilde a pris un chemin classique, d'une femme mariée qui ne sacrifiera pas sa vie à son père, ni à ses frères.

Les trois frères d'Anna n'ont pas eu de vie glorieuse et même pour certains, une vie difficile et notamment Oliver. Anna fut le « bâton de vieillesse » de son père. Nous apercevons peut-être, encore une fois, un point aveugle transmis de Freud à sa fille Anna. L'Antigone Anna de Sigmund Freud est l'Antigone fille d'Œdipe, elle n'est pas Antigone sœur de Polynice et d'Ismène.

Le concept de complexe fraternel et ses répercussions sur le lien social

Freud a travaillé la question du lien social. Son premier ouvrage fondamental qui traite la question est bien évidemment « totem et tabou ». Il y montre, au travers d'une reconstitution imaginaire comment les liens sociaux se sont organisés et comment les motions agressives, de haine et de rivalité, ont pu se transformer en liens affectueux, en alliance, devant la dépouille du père tué par les frères.

Là encore la fratrie est toute entière organisée autour du lien Œdipien et de l'interdit de l'inceste avec comme point de départ un meurtre.

Mais ne pourrions-nous pas penser aussi le lien social, au delà des rivalités œdipiennes, dans son contenu même ? Pour reprendre l'analogie précédente, penser le lien social non comme Antigone fille d'Œdipe mais Antigone sœur d'Ismène et de Polynice. La déclaration de Ferenczi en 1910 lors de la création de l'IPA est saisissante et toujours valide :

*« Les associations dans leur principe comme leur structure, conservent certaines caractéristiques de la famille. Il y a le Président, le père, dont les déclarations sont indiscutables, l'autorité intangible ; les autres responsables : les frères aînés, qui traitent les cadets avec hauteur et sévérité, entourant le père de flatteries, mais sont tous prêts à l'évincer pour prendre sa place... »*¹⁰

Mais elle n'est peut-être la seule manière de comprendre les relations au sein de ces institutions. Bien sûr, il y a tous les effets de transfert et de passion afférents. Il y a tous les conflits inconscients de loyauté (entre son analyste et les autres).

Mais il y a aussi peut-être la conflictualité propre du complexe fraternel et pourquoi pas des possibilités de sublimation, d'entente, d'alliances inconscientes positives et enfin pourquoi pas de fraternité, c'est-à-dire de liens fraternels non menaçants narcissiquement.

Si l'on pense le complexe fraternel comme doté d'une logique propre et articulé néanmoins au complexe d'Œdipe, nous pouvons penser qu'il a une entrée, comme l'enfant lorsqu'il entre dans le complexe d'Œdipe, un moment d'acmé et une résolution.

On peut avancer que l'entrée dans le complexe fraternel est antérieure au complexe d'Œdipe. Il a plus à voir avec les questions d'identité, de narcissisme.

Comme nous l'avons évoqué, la particularité du complexe fraternel se situe au moment où l'enfant passe de la haine à la jalousie (la sympathie jalouse dont parle Lacan) puis à une relation ambivalente comprenant des motions affectueuses. C'est la confrontation à l'altérité, à la différenciation entre le moi et l'objet, qui est son point d'entrée. Cette confrontation à l'altérité pose la question de la distance, de la reconnaissance entre soi et l'autre. La résolution du complexe fraternel se ferait comme le complexe d'Œdipe, sous la menace, non d'une castration, mais d'une fusion narcissique.

L'idée d'un complexe fraternel organisant sur le plan inconscient les rapports entre le sujet et les autres (au-delà des liens fraternels visibles) est une idée qui permet d'analyser d'une manière plus ample les liens sociaux que le seul complexe d'Œdipe.

Le dépassement du complexe fraternel permettrait d'avoir accès à une altérité au sein du groupe de pairs qui ne soit pas sur le registre de l'envie, de la haine fratricide, ni sur le modèle incestueux ou fusionnel.

Béatrice Dulck
Psychanalyste, Malakoff

NOTES :

- 1 Didier Anzieu, l'auto analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, bibliothèque de psychanalyse, troisième édition, p. 509
- 2 Lettres à Wilhem Fliess, 1897-1904, Editions Universitaires de France, lettre 141, 3 octobre 1897, p.341
- 3 Sigmund Freud, œuvres complètes, tome 5, 1901, psychopathologie de la vie quotidienne, page 89
- 4 Sigmund Freud, œuvres complètes, tome 16, de quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité, 1921, page 87
- 5 Jacques Lacan, autres écrits, les complexes familiaux.
- 6 Jacques Lacan, autres écrits, les complexes familiaux, 1938, édition du Seuil, page 37
- 7 Anna Freud, le traitement psychanalytique des enfants, PUF 2002, page 132
- 8 Jean Laplanche, vie et mort en psychanalyse, 1970, Champs Flammarion
- 9 Sandor Ferenczi, de l'histoire du mouvement psychanalytique, Psychanalyse I, Œuvres complètes, Sciences de l'Homme Payot

RUBRIQUE DES LECTEURS

Critique n°800-801 : Où est passée la psychanalyse ?,

Ed. de Minuit, 2014

La psychanalyse a connu de meilleurs jours. On met en cause son efficacité clinique, sa pertinence théorique. Sous cette volée de bois vert, elle oublie souvent que la meilleure défense, c'est la contre-attaque. Que serait la culture du siècle écoulé sans la psychanalyse ? Sciences, arts, théorie, lettres et philosophie : rien n'échappe au regard psychanalytique. Et réciproquement, loin d'être une doctrine immuable, la psychanalyse s'est toujours transformée au contact de pensées et de créations extérieures.

Ce numéro, conçu par Sophie Mendelsohn, remet la psychanalyse aux prises avec son passé pour mieux la resituer sur la scène ouverte de la vie intellectuelle contemporaine. Il explore les points de rencontre entre les questions psychanalytiques, les autres disciplines de la pensée et les activités créatrices. N'en déplaise aux fossoyeurs hâtifs, cette osmose n'a peut-être jamais été aussi forte qu'aujourd'hui.

« Où est passée la psychanalyse ? » doit donc s'entendre sur l'air d'une célèbre comptine : « Elle est passée par ici, elle repassera par là ».

Philippe André, Robert Schumann, Folies et Musiques, *Le Passeur Editeur*

Psychiatre au Centre Saint-Martin de Vignogoul, Philippe André, fidèle à la psychopathologie « classique », éclaire l'un des cas les plus énigmatiques de l'histoire de la musique.

À l'âge de quarante-trois ans, une veille de carnaval, Robert Schumann se jette dans le Rhin. Sauvé par des marinières, il est aussitôt interné dans un établissement psychiatrique près de Bonn. Loin de ses proches, il ne compose plus, son état se dégrade de jour en jour et il y meurt deux ans et demi plus tard.

Quelle fut précisément la folie de ce compositeur dont l'œuvre si géniale se situe à l'apogée du romantisme allemand ? Sa maladie influença-t-elle les formes de sa musique ? En retour, son travail de création joua-t-il un rôle dans l'évolution de sa pathologie ?

Partant des éléments biographiques, musicaux et psychanalytiques, s'appuyant sur des documents psychiatriques inédits, Philippe André rétablit la réalité d'une destinée particulièrement tragique et douloureuse, celle du plus poète de tous de tous les musiciens.

Philippe André est aussi l'auteur d'ouvrages sur Franz Liszt comme *Les Années de pèlerinage* (2008, 2011) ou *Nuages gris, le dernier pèlerinage de Franz Liszt* (*Le Passeur*, 2014).

Patrick Coupechoux, Un homme comme vous – Essai sur l'humanité de la folie, *Ed. Le Seuil, 2014*

Au cours de l'histoire, on a toujours dénié aux fous la qualité d'êtres humains. On les a brûlés au Moyen Âge, parqués dans l'hôpital général de Louis XIV, enfermés dans l'asile, on les a laissés mourir de faim durant l'Occupation, exterminés sous le régime nazi. Pourtant, la folie appartient à l'humanité : elle concerne l'existence même, et pas seulement des symptômes ou ce qui pourrait être leur fondement biologique. Oublier cela, c'est la condamner au rejet, à l'exclusion, à l'enfermement. C'est se condamner à ne jamais la comprendre ? et à ne jamais entendre ce qu'elle dit de notre monde. Patrick Coupechoux montre que cela n'a rien d'une fatalité. La psychiatrie désaliéniste, née au cœur de la Résistance française, en fait la démonstration : le fou peut vivre parmi nous, comme les autres citoyens, à condition qu'on le considère et qu'on le traite comme une personne. À condition que l'on défende cette idée simple : le soin,

c'est la relation avec lui et seulement cela, loin des traitements médicamenteux. Cet ouvrage explore les sources théoriques et cliniques, politiques et poétiques de la psychiatrie désaliéniste. Il montre comment le paradigme actuel de la santé mentale délaisse l'humanité de la folie au profit d'une conception scientifique et gestionnaire de l'individu. Une étude ambitieuse et approfondie en même temps qu'un magnifique éloge du désaliénisme.

Patrick Coupechoux est journaliste, collaborateur du Monde diplomatique. Il a publié au Seuil une enquête sur la psychiatrie française : *Un monde de fous* (2006, préface de Jean Oury), saluée par les spécialistes, qui est devenue un livre de référence. Son dernier ouvrage, *La Déprime des opprimés* (Seuil, 2009), porte sur la souffrance au travail.

Jean-Pierre Klein, Initiation à l'art-thérapie **Découvrez-vous artiste de votre vie, Ed. Marabout, 2014**

Connaître les grands principes de la médiation artistique et de l'art-thérapie expliqués et illustrés par un pionnier en France avec les anecdotes sur sa découverte de l'art-thérapie et des vignettes cliniques. Jean-Pierre Klein est psychiatre, auteur dramatique, directeur de l'Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Thérapie INECAT.

Découvrez-vous artiste de votre vie ! L'art-thérapie est à la mode... mais entre les publications scientifiques et les livres de dessin, il n'existe pas encore de guide destiné au grand public.

L'art-thérapie, c'est une plongée dans vos capacités créatrices enfouies, dans vos forces les plus profondes, nourries par votre histoire personnelle, mais qui vous

révéleront que vous êtes beaucoup plus que ce que vous croyez... Ce livre est rédigé avec un ton personnel et plein de vie par le professionnel le plus reconnu en France, à la fois thérapeute et artiste, dans un esprit vivant et non-conformiste, sans pédanterie, mais basée sur une connaissance du sujet extrêmement solide. Jean-Pierre Klein vous propose une promenade inattendue, qui vous fera découvrir les principes théoriques de l'art-thérapie, des exemples vécus et des études de cas, des leçons, pour mettre vous-même en pratique.

Ghislaine Capogna-Bardet (sous la dir. de), **Clinique du trauma, éd. Érès, 2014**

À l'initiative du Centre Primo Levi qui accueille et soigne les personnes victimes de la torture et de la violence politique réfugiées en France, cet ouvrage ouvre un espace de réflexion et d'échanges sur la clinique liée au traumatisme et à la violence extrême, où s'entremêlent les dimensions du singulier et du collectif.

Quelles peuvent être, après la violence extrême, les conditions d'ouverture d'un espace clinique pour un sujet ? L'accueil dans un lieu de soins peut favoriser l'émergence d'une subjectivation du trauma. La reconnaissance juridique et sociale de la violence rencontrée sera parfois décisive pour retrouver une

inscription dans un avenir possible. Dans la cure, dans l'écriture ou dans une retraversée collective de la langue impliquée, comment peut s'opérer un revoilement de la béance traumatique ?

Les auteurs rendent compte de cette clinique difficile qui implique un retour aux apports successifs de la psychanalyse concernant le trauma : il s'agit de les retraverser, d'y trouver des outils d'élaboration, de prendre note aussi des questions laissées en suspens par Freud et ses successeurs, de rechercher comment s'articule le trauma défini par la psychanalyse avec les traumatismes liés aux violences extrêmes.

Hélène Duclos – Thierry Delcourt, POLYSÉMIES, **Éd. Bobook, 2014**

Texte d'analyse critique de Thierry Delcourt, psychiatre et psychanalyste sur la création très surprenante d'une artiste reconnue. Atteindre l'univers d'Hélène Duclos parmi dessins, peintures, broderies et mots, suppose de se laisser emporter par un flux tumultueux vers des contrées insolites de la création où seuls quelques artistes se sont aventurés. Vigie à l'orée des mondes, Hélène Duclos nous perd dans ses espaces peuplés d'une humanité démunie, et nous guide dans son diagramme en rhizome fourmillant de racines et d'indices. Mais l'énigme, tel un infini rébus poétique de l'humain, oblige à y regarder de plus près.

Démographie des psychiatres en France : Évolution, répartition géographique, prévisions

Source de toutes les inquiétudes, de tous les fantasmes, et donc de jugements hâtifs, la démographie médicale est le plus souvent vue par chacun au travers de son expérience personnelle et de ses angoisses.

Ainsi, on entend les libéraux assurer que « plus personne ne s’installe, tout le monde va à l’hôpital pour avoir des horaires moins étendus, des congés payés, des RTT, et une meilleure retraite ». Mais on entend tout autant les hospitaliers assurer qu’aujourd’hui, « les jeunes ne restent plus à l’hôpital, ils partent tous dans le privé pour éviter la surcharge administrative et être mieux payés ».

On entend aussi dire depuis des années qu’il y aura 40 % de psychiatres en moins dans les 10 ans qui viennent, ce qui serait la cause de tous nos maux d’aujourd’hui... alors même que justement, aujourd’hui, nous sommes au pic démographique !

Qu’en est-il réellement ? Les données statistiques de l’atlas annuel de l’ordre des médecins (disponibles sur le site web du conseil national) sont disponibles depuis 2007, en voici une présentation retravaillée, centrée sur les psychiatres. Les plus curieux pourront aller voir sur le site de l’ordre des médecins les données concernant leur région, année par année, même s’il s’agit là d’un travail de fourmi.

Nous avons isolé les chiffres concernant les psychiatres exclusivement libéraux, exclusivement salariés, ou d’exercice mixte. Parmi les salariés, les données sur la répartition entre salariés publics ou privés (médico-social, cliniques...) ne sont pas disponibles, nous ne pouvons que le regretter. C’est la même répartition salariés/libéraux qui prévaut dans les représentativités administratives, en particulier à la fédération des spécialités médicales (FSM) et au Collège National Professionnel en Psychiatrie (CNPP). Pourtant, sur le terrain, nous raisonnons beaucoup sur une répartition entre temps de travail dans le public (où certains ont une activité libérale) ou dans le privé (où certains sont salariés).

Pour l’interprétation, le total des psychiatres ayant une activité libérale inclut donc les libéraux exclusifs + les mixtes, idem pour les salariés, ces sommes sont donc ici présentées année par année, montrant ainsi qu’il y avait au 1^{er} janvier 2014 :

- 5 446 libéraux dont 1540 mixtes
- 9 337 salariés dont 1540 mixtes
- Pour un total de 13 344 psychiatres (en ne comptant les mixtes qu’une seule fois bien sûr).

2014 est la première année de baisse du total des psychiatres, nous venons donc de passer le pic démographique...

Voici les chiffres bruts annuels. Vous trouverez les courbes qui reprennent l’évolution dans les graphiques en couleur en page 45, ainsi que les commentaires associés concernant les perspectives d’avenir... démographiquement sombres.

Tableau 1 : chiffres bruts de la démographie des psychiatres en France par année (2007-2014)

Année	Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés exclusifs	Somme = Libéraux+ mixtes	Somme = Salariés + mixtes	Total
2007	3 818	2 241	6 564	6 059	8 805	12 655
2008	3 872	2 500	6 600	6 372	9 100	12 997
2009	3 774	2 340	6 870	6 114	9 210	12 990
2010	3 770	2 240	7 128	6 010	9 368	13 147
2011	3 663	2 197	7 371	5 860	9 568	13 242
2012	3 954	1 810	7 563	5 764	9 373	13 335
2013	4 105	1 531	7 729	5 636	9 260	13 365
2014	3 906	1 540	7 797	5 446	9 337	13 344

Encore une fois, l'étude des chiffres montre que tous les psychiatres, quel que soit leur mode d'exercice, vont être touchés par une forte baisse démographique. Nous aurons donc à rappeler sans cesse que nous avons, tous, tout à perdre à entrer dans l'opposition entre salariés et libéraux, comme dans celle entre secteur 1 et secteur 2 : là n'est pas vraiment l'enjeu.

D'ailleurs nous pouvons d'autant plus défendre ce principe que précisément, ce sont bien les libéraux qui auraient à se plaindre le plus. Plus que jamais, les psychiatres français doivent s'unir. Espérons que la création du Collègue National Professionnel de Psychiatrie (CNPP) en sera l'occasion.

Figure 1 : Démographie des psychiatres par mode d'exercice

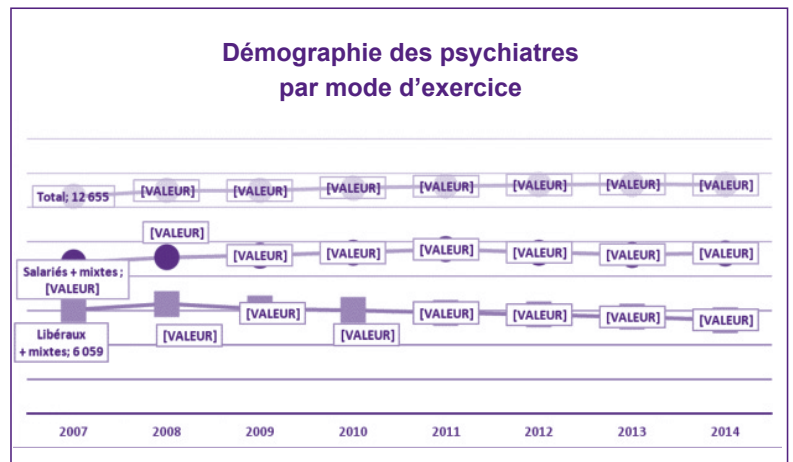


Tableau 2 : variation de l'effectif des psychiatres par mode d'exercice et par année

Année	Variation annuelle de l'effectif total de psychiatres libéraux (exclusifs ou mixtes)	Variation annuelle de l'effectif total de psychiatres salariés (exclusifs ou mixtes)
2008	313	295
2009	-258	110
2010	-104	158
2011	-150	200
2012	-96	-195
2013	-128	-113
2014	190	77

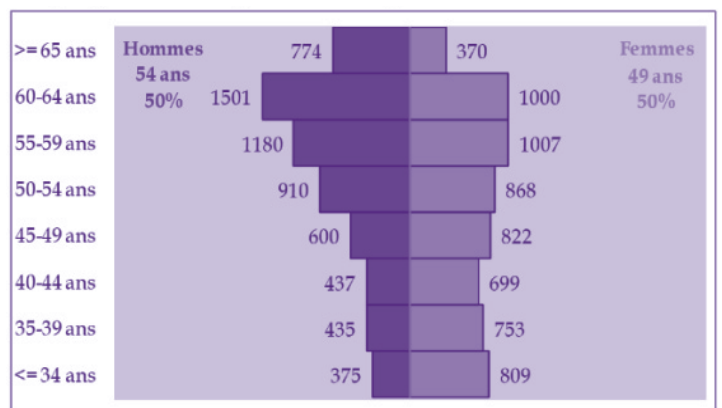
NB : ne pas oublier à la lecture de ce tableau que les « mixtes » sont ici comptés double (une fois chaque colonne)

Graphique 92, issu de l'atlas de l'ordre des médecins, présentant la pyramide des âges des psychiatres (détail par mode d'exercice non disponible) : On y remarque notamment que :

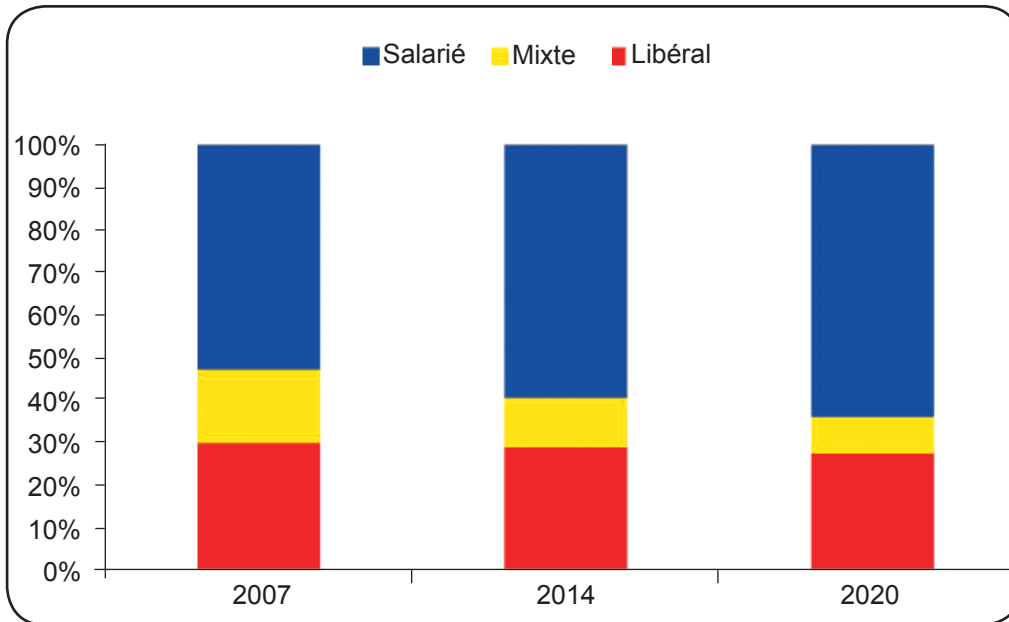
- les femmes sont en diminution faible, alors qu'il n'y a que très peu de renouvellement chez les hommes.
- les psychiatres cessent leur activité après 64 ans, où les deux côtés montrent une cassure de courbe. Ces effectifs étant les plus nombreux, c'est bien sûr là que s'annonce la baisse démographique (-40 % dans les 10 années qui viennent).

Cette pyramide est à mettre en lien avec les observations du rapport Robillard : Quasiment 60 % des psychiatres ont plus de 50 ans, et on s'attend à ce que 40 % des psychiatres prennent leur retraite d'ici 7 ans.

Graphique n°92 : Pyramide des âges

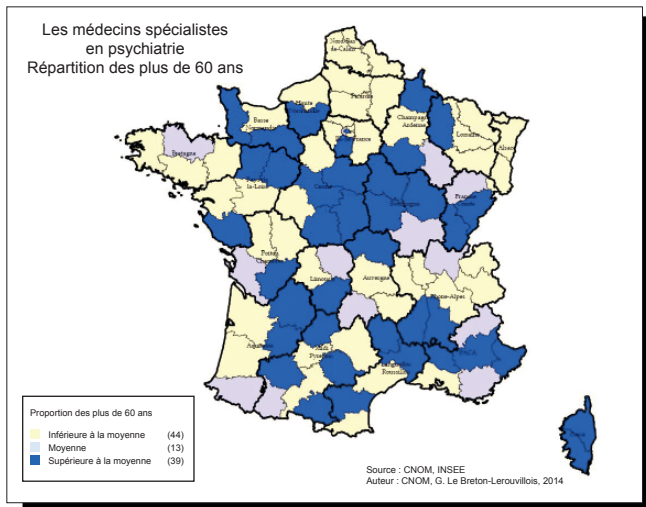


Graphique n°93 : Les modes d'exercice : de l'observé à l'attendu

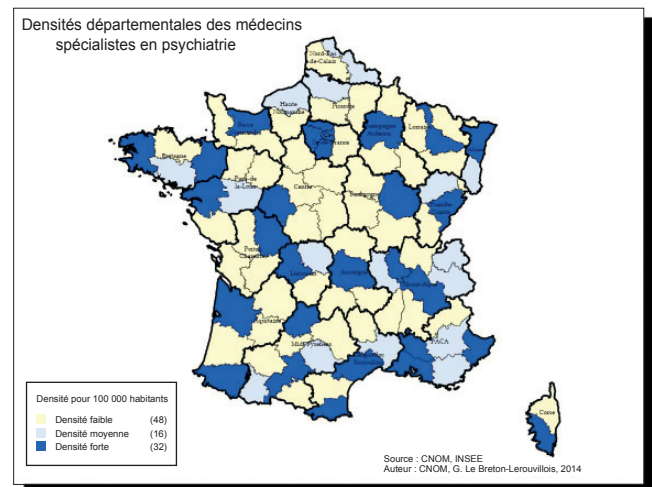


graphique 93, issu de l'atlas de l'ordre des médecins, présente la projection attendue de **la proportion relative** entre libéraux et salariés, avec un recul de l'exercice mixte au bénéfice de l'exercice salarié, et une légère diminution de la proportion de libéraux exclusifs.

Carte n° 72 : Les médecins spécialistes en psychiatrie Répartition des plus de 60 ans



Carte n° 71 : Densités départementales des médecins spécialistes en psychiatrie



Enfin, ces deux cartes, issues de l'atlas de l'ordre des médecins, vous montrent la répartition géographique des « plus de 60 ans », puis la répartition géographique générale. On y observe par exemple que les régions les plus démunies en psychiatres sont aussi celles où les psychiatres sont les plus âgés... ce qui y a annonce un avenir encore plus difficile.

Présentation du nouveau site Web de l'AFPEP-SNPP



Depuis septembre 2014, l'AFPEP – SNPP vous propose son nouveau site web, avec de nombreuses informations pratiques en accès libre, et une partie réservée aux adhérents à jour de cotisation. Vous y retrouverez les articles d'actualité, nos articles de fond, nos fondamentaux, les informations sur nos prochaines Journées Nationales, les informations d'aides à l'installation, l'accessibilité des cabinets libéraux aux personnes handicapées, la cotation des actes libéraux en psychiatrie, le DPC, etc. Voici quelques « captures d'écran » pour vous présenter le site :

Page d'accueil, avec les accès directs aux principales sections, les 3 derniers articles d'actualité...

Activités du SNPP, les aides à l'installation et guides pratiques vous aideront à vous y retrouver sur les modalités des mises aux normes d'accessibilité des cabinets libéraux aux personnes handicapés, les principes de la cotation des actes en psychiatrie, ... (réservé aux adhérents).



Articles de fond pour tout comprendre : DPC et prochaines formations DPC proposées par l'AFPEP.