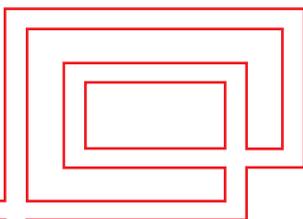


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

BOUGEONS NOTRE CUL !

AFPEP - SNPP

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

Les publications :

Psychiatries
revue de recherche et d'échanges

BIPP
Bulletin d'Information
des Psychiatres Privés

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

Caractères
la newsletter

Secrétariat de la Rédaction

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

Responsable de la publication :
Patrice Charbit

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Sommaire

Éditorial – <i>Patrice Charbit</i>	p. 3
Assemblée Générale 2015	
– Rapport d'activité – <i>Élie Winter</i>	p. 4
– Rapport financier – <i>Béatrice Guinaudeau</i>	p. 7
– Rapport moral – <i>Patrice Charbit</i>	p. 7
– Motions	p. 10
– Élections des délégués du Collège National	p. 11
– Bureau AFPEP-SNPP 2015	p. 11
Informations AFPEP-SNPP	
– Loi Santé : position du SNPP	p. 12
– Loi Santé : Mettre la charrue avant les bœufs <i>Françoise Labes</i>	p. 13
– Désobéissance civile – <i>Claude Gernez</i>	p. 13
– L'AFPEP-SNPP au CASP – <i>Patrice Charbit</i>	p. 14
Le mot du rédacteur – <i>Thierry Delcourt</i>	p. 15
Rapport d'activité FFP-CNPP – <i>Fabienne Roos-Weil</i>	p. 16
Bilan ODPC – PP – Actualités et prochaines sessions DPC	p. 22
Histoire de la psychiatrie – <i>Jérémie Sinzelle</i>	p. 23
Mémoires de psychiatre – <i>Liliane Irzenski</i>	p. 24
Bilan Prescription – <i>Monique Thizon</i>	p. 27
TRIBUNE LIBRE	
– <i>La grève des médecins est justifiée</i> – <i>Jean de Kervasdoué</i>	p. 28
– <i>Dignité</i> – <i>Olivier Schmitt</i>	p. 30
– <i>Que faire de notre inhumanité ?</i> <i>Jean-Jacques Bonamour du Tartre</i>	p. 31
– <i>Souffrances au travail</i> – <i>Olivier Brunschwig</i>	p. 33
– <i>Quelques nouvelles du Collectif des 39</i> <i>Paul Machto</i>	p. 34
– <i>Paradoxe et folie</i> – <i>Thierry Delcourt</i>	p. 35
– <i>Nouvelles technologies :</i> <i>un développement fulgurant</i> – <i>Jacqueline Légaut</i>	p. 37
– <i>L'heure approche</i> – <i>Hélène Baudoin</i>	p. 38
Marie	p. 39
DÉSIR DE LIVRES	
CAHIER CENTRAL	
Bulletin d'adhésion 2015	p. I
Mot de la trésorière – <i>Béatrice Guinaudeau</i>	p. II
Journées Nationales 2015	p. III
DPC Montpellier	p. VI
En région	p. VII
Autres actions nationales (CFP)	p. VIII
International	p. IX
La «newsletter» de l'AFPEP-SNPP	p. X

Éditorial

Le « Tiers payant généralisé » n'est pas une mesure isolée

On ne peut se plaindre d'une étatisation de la médecine et demander toujours plus d'évaluation. Si nous en sommes là aujourd'hui, si la psychiatrie française notamment hospitalière et bientôt libérale si l'on n'y prend garde, est démantelée à ce point, c'est probablement aussi parce que certains psychiatres ont eu la naïveté de croire que des mesures de contrôle étatique toujours plus drastiques allaient apporter une amélioration des choses, et y ont collaboré.

« Démarche qualité » héritée de l'industrie aéronautique, « Roue de Deming » qui ne peut que tourner comme une toupie si elle s'initie de prédicats erronés, « évaluation et amélioration des pratiques professionnelles » qui tendent à ce que le psychiatre ressemble à un logiciel, absence de transparence et de contrôle des conflits d'intérêt au sein de hautes instances administratives comme vient de le confirmer un récent article de Médiapart, surveillance tatillonne des praticiens, commission de pénalités agressives et non intégrées à la convention, tentative de « ringardisation » de ceux qui veulent rester des cliniciens, abandon de la pédopsychiatrie libérale, université trop souvent partisane et réclamant une « modernité » sans Histoire, parcours de soin, offensives commerciales désinhibées, spectre toujours plus large de l'indication des psychotropes, etc.

Comment croire que de telles mesures allaient améliorer le système de soins ? Comment croire que de telles mesures allaient préserver l'indépendance professionnelle des praticiens ? Comment croire que de telles mesures n'allaient pas accroître la main mise de la bureaucratie et de lobbies tant financiers qu'idéologiques ? Comment croire que les universitaires qui cautionnent ces réformes voulaient le bien des psychiatres libéraux ? Il fallait être bien naïf.

Le « Tiers payant généralisé » (TPG) est une mesure de plus qui tend à parfaire le système que l'État cherche à nous imposer, système que nous dénonçons, pour notre part, depuis des années...

Jusqu'à-là, le patient était remboursé de nos consultations en libéral parce qu'il bénéficiait d'une Sécurité sociale et le médecin gardait ainsi son indépendance. Avec le TPG, il s'agit d'une inversion du processus : le médecin est rémunéré par un système assurantiel qui dictera ses conditions et le patient ne bénéficiera plus d'une solidarité nationale mais d'une qualité de service proportionnelle à ses cotisations. La « scientificité » réclamée au praticien sera à discrétion d'enjeux financiers, sous autorité légitimée.

C'est un bouleversement radical de la relation médecin-patient, de la structure des consultations, de la qualité des soins, que l'on nous impose ! C'est le principe même du conventionnement qui est remis en question ! Peut-on porter une réforme d'une telle ampleur sans réel débat éclairé ?

La convention médicale réclame l'accord des parties (centrales syndicales et Sécurité sociale), le TPG exige de facto le salariat des médecins. Sans doute, au sein d'une démocratie, auraient-ils eu leur mot à dire concernant leur volonté de changer de statut.

Avec nos confrères libéraux, nous demandons le retrait du projet de loi, nous réclamons la défense de notre système de soins, de la solidarité nationale et le maintien de notre indépendance professionnelle.

Patrice Charbit
Président de l'AFPEP – SNPP

Assemblée Générale 2015

Rapport d'activité

Chers adhérents,

Merci à vous d'être venus ce jour pour participer à la vie de l'AFPEP – SNPP. L'année écoulée a été l'occasion de l'aboutissement de dossiers lourds, complexes, stratégiques, concernant la formation continue et le DPC, et concernant la représentation de la psychiatrie en France. L'AFPEP – SNPP y a défendu nos valeurs d'une psychiatrie centrée sur la psychopathologie et intégrant les apports médicamenteux, neurologiques, génétiques... quand d'autres courants de psychiatrie centrent l'activité du psychiatre sur le DSM, l'apparence de la science, et ne concèdent à la psychopathologie, la psychanalyse, les aspects culturels qu'une place marginale.

C'était une motivation essentielle pour ne pas laisser la formation continue du DPC aux mains des marchands du temple.

L'autre motivation est financière : vous le verrez avec le rapport financier, et en raison de la démographie médicale, c'est une question de survie. Mais là aussi rien n'est simple.

On aurait pu espérer que les avancées sur ces dossiers essentiels nous donnent l'occasion de souffler un peu... mais ce serait sans compter sur d'autres lobbys (influentes) : les complémentaires santé fort influentes sur la question du tiers payant généralisé, et les associations de patients à mobilité réduite qui nous demandent de dépenser des fortunes pour mettre aux normes nos cabinets.

A nouveau, ces questions vont relancer des questions stratégiques majeures, dont une en particulier : le temps est-il venu de revenir à la CSMF ? Nous allons voir en quoi tout cela est étroitement lié.

Mais l'AFPEP – SNPP a aussi continué à mener ses actions scientifiques et syndicales dans bien des domaines.

Commençons donc ce rapport d'activité par les actions scientifiques de l'AFPEP :

1. Journées Nationales

- a. d'octobre 2014 à Strasbourg : 140 inscrits pour ces Journées sur « l'Emprise », auxquelles vous avez participé pour la plupart. Les autres pourront trouver le compte-rendu d'Anne Rosenberg dans le BIPP de novembre dernier.
- b. octobre 2015 à Montpellier « le risque : à prendre, ou à gérer ? » Le programme est presque prêt, vous le découvrirez dans nos prochaines newsletters.

2. ODPC PSYSM et PP : L'AFPEP a participé à la création de deux organismes de DPC. Le premier « organisme de DPC », l'ODPC PsySM a été créé en partenariat avec des associations que nous fréquentons à la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), et a pour vocation de permettre aux petites associations scientifiques de continuer à faire de la formation dans le cadre du DPC, sans avoir à créer un ODPC (ce qui n'est pas à la portée des petites structures). Le deuxième ODPC est celui des psychiatres privés (ODPC PP), structure permettant de valider le DPC dans le cadre des activités habituelles de formation de l'AFPEP, notamment les Journées Nationales. Nous avons élaboré deux programmes en 2014 :

- a. DPC précarité : lors des Journées Nationales de Strasbourg, centré sur l'accès aux soins
- b. DPC prescription : à Paris, (et à venir à Bordeaux et Lyon), centré sur la prescription médicamenteuse, pour proposer une formation totalement indépendante de l'industrie pharmaceutique sur les bases et les subtilités des prescriptions de psychotropes.

Ces deux formations ont remporté un tel succès que nous serons amenés à les proposer à nouveau, et à en développer d'autres.

Vous avez sans doute entendu il y a quelques mois qu'un seul programme de DPC serait financé par personne et par an. Cette restriction vient d'être annulée. Mais l'organisation du DPC devrait être à nouveau modifiée notamment via la loi de santé publique en cours de discussion au parlement. Il est question de passer d'une obligation annuelle à une obligation triennale, et de modifier le financement... Il est aussi question de définir des axes de formation « prioritaires » donc permettant une indemnisation, et d'autres « secondaires ». Le CNPP servira sans doute à participer à ces décisions

3. CNPP : Le Collège National Professionnel de Psychiatrie est enfin créé (même si les statuts n'ont pas encore été déposés). Cette instance créée en priorité pour donner des orientations sur le DPC se trouve de fait être la seule instance où toute la psychiatrie est représentée. Le SPF, avec quelques alliés, réunis au CNQSP représentent 6 voix sur 20. Les universitaires (CNU) en ont 2. La FFP, et ses syndicats alliés ont les 12 autres voix (donc 4 membres de l'AFPEP – SNPP). Toute décision ne peut être prise qu'avec une majorité des 2/3 soit 14 voix.

Ce lieu unique de rencontre amène à poser des questions insolubles jusqu'ici, notamment sur la représentation européenne à l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), la mise en place d'une charte de désignation des « experts » à la HAS par exemple... Les conflits ne font que commencer, malgré les sourires... (de façade ?)

4. Fédération Française de Psychiatrie (FFP) : cf. rapport d'activité dans ce numéro du BIPP. Le nouveau président est notre ami le Dr Bernard Odier, membre de l'ASM13 et de l'Information Psychiatrique, et du SPH (Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux). Je viens d'y être élu secrétaire général.

5. Congrès Français de Psychiatrie (CFP) de Nantes : participation pour la première fois de l'AFPEP, intervention au forum des associations sur le « Diagnostic » en psychiatrie .

6. International :

a. World Psychiatric Association (WPA) : Election « surprise » de Helen Hermann. La France a le plus de voix, mais mal utilisées jusqu'ici. Cette année, les 5 associations françaises membres de la WPA ont souhaité élaborer un vote commun, qui a donc eu un fort impact. Il s'agit par exemple d'y défendre la place des psychiatres libéraux, des psychiatres – psychothérapeutes, qui n'existent que très peu hors de France.

b. ALFAPSY : le congrès de Tunis aura lieu début mai sur le thème « Anthropologie et Psychiatrie contemporaine »

7. Stop DSM : L'AFPEP a soutenu l'initiative menée par Patrick Landman, notamment en l'invitant à présenter ses travaux à notre conseil d'administration, et en participant à la journée STOP DSM de novembre

8. BIPP n°66 en mai, n°67 en novembre, que vous avez reçus, et où il ne faut pas hésiter à proposer des articles.

9. Site web : nouveau site en septembre, modernisé, plus dynamique et réactif. Une large partie du site fournit des informations pratiques : codification des actes, modalités de l'accessibilité aux personnes handicapées pour les cabinets, etc. Vous y trouverez aussi les infos sur le DPC.

10. Newsletter : 16 newsletters ont été envoyées depuis septembre avec le nouveau système, sans compter les précédentes. Cet outil nous permet d'être très réactifs.

11. Psychiatries N° 161-162 en octobre 2014, numéro double hommage à Jean Oury, et actes des journées de Lyon Résistance.

12. Étude qualitative : projet en cours de monter un centre de recherche de l'AFPEP, qui coordonnerait une étude qualitative sur nos pratiques en psychiatrie. Toute personne intéressée peut encore se joindre à l'élaboration de ce projet.

13. CFTMA : cette classification des troubles mentaux a été voulue par Roger Misès peu avant sa disparition, et poursuivie par Jean Garrabé et ses confrères, en particulier de l'AFP (Association Française de Psychiatrie, plus ou moins proche du SPF). Pour l'AFPEP, Olivier Schmitt a apporté sa contribution sur les états-limites. Une journée de présentation de ce travail aura lieu en juin. Nous regrettons que les organisateurs aient cherché à utiliser cette occasion pour marquer le clivage syndical, alors que nous venons de réunir tous les syndicats de psychiatres au CNPP. Le premier programme prévoyait en effet de donner la parole aux trois syndicats membres du CNQSP, et d'inviter le groupe de l'ensemble des autres syndicats... sur un strapontin. Cette tentation a été corrigée dans la nouvelle version, où il n'y a plus que l'AFPEP – SNPP qui ne soit pas invitée... alors que depuis des mois, nous avons travaillé à soutenir ce projet, au CASP, à la FFP, et avec la participation d'Olivier Schmitt. Cela reste un beau projet, et l'attitude du SPF ne nous surprend plus. Ils s'allient avec nous pour un vote à la WPA, et ne manquent pas de s'opposer le lendemain sur la présentation de la CFTMA, comme à la CSMF comme nous le verrons tout à l'heure.

14. Internes en psychiatrie de l'AFPEP : Nous continuons nos échanges avec l'AFPEP, en particulier sur :

a. La réforme de la maquette du DES de psychiatrie : source d'inquiétude pour l'avenir de la pédopsychiatrie notamment, c'est aussi l'occasion d'autoriser des stages chez les psychiatres de ville... selon des modalités à créer. Nous participons activement à ces travaux.

b. Journée de psychiatrie privée pour les internes : l'AFPEP souhaite organiser une journée d'information sur la psychiatrie privée, nous serons bien sûr à leurs côtés.

c. Rôle des internes dans la recherche qualitative : le projet de monter des recherches qualitatives pourrait fort bien s'articuler avec des travaux de thèse d'internes, qui pourraient porter sur leur pratique lors de stages chez les psychiatres privés !

De toutes ces activités, il ressort « naturellement » toute l'action syndicale, avec la grande question que l'Assemblée Générale aura à trancher aujourd'hui : revient-on à la CSMF ?

1. Rencontre au ministère de la santé le 12/12/14 de Mme Mathilde Marmier, qui était un peu la « Madame psychiatrie » au ministère... Je dis « était » car elle vient de quitter ses fonctions... Il faut bien dire que notre entrevue n'a pas été passionnante. Pour toutes nos questions, elle nous a renvoyés vers Mr Laforcade, responsable d'une mission sur la santé mentale. Nous allons donc le rencontrer dans quelques jours.

2. Tiers Payant Généralisé (TPG) : le SNPP est bien sûr opposé au TPG, et nous craignons comme les autres syndicats de nous retrouver avec une surcharge de travail administratif, de ne pas être toujours payés, nous récusons l'idée que le TPG améliorerait l'accès aux soins, etc. Mais notre analyse du TPG porte surtout sur le rôle des complémentaires santé, qui viennent justement de devenir obligatoires pour tous les salariés, qui doivent être « responsables » pour bénéficier d'une imposition allégée or « responsable » signifie ici limiter les remboursements des compléments d'honoraires, et des dépenses d'optique. On rappellera ici que les dépenses d'optiques sont justement celles qui sont mises en avant par ce même gouvernement pour montrer qu'il existe en France un renoncement aux soins ! Les lunettes sont trop chères donc les Français renoncent trop souvent à ce soin, donc il faut limiter les compléments d'honoraires en secteur 2, donc il faut limiter leur remboursement... tout en obligeant à payer une assurance complémentaire. Les assureurs sont les seuls gagnants à chaque étape, cherchez l'erreur ! Voilà justement que les assureurs se mettent à développer les « surcomplémentaires » : vous aurez bientôt le remboursement Sécurité sociale, le remboursement « complémentaire santé » limité à un plafond, et le remboursement « surcomplémentaire » pour tout ce qui dépasse. On prétend vouloir améliorer l'accès aux soins, on augmente en tout cas le coût pour être assuré correctement sans avoir pour autant permis aux revenus des médecins de suivre l'inflation.

Avec la mise en place du TPG, dans un premier temps, rien ne change pour les complémentaires santé. Mais si le patient n'a pas d'avance de frais, il est très facile de lui faire accepter de diminuer le trou de la sécu en diminuant la part sécurité sociale... sans qu'il réalise qu'il augmentera ainsi sa cotisation « complémentaire ».

3. Loi de santé : la loi de santé en cours de discussion au parlement prévoit d'autres mesures qui nous touchent directement, à commencer par le « big data », exigé par les assureurs privés justement, qui préféreraient mieux cibler leurs offres et limiter leurs dépenses. Ils auront désormais accès aux données nationales de santé dites anonymisées, mais pourtant très précieuses... Le secret médical serait garanti, mais les associations de patients ont montré que des croisements entre les informations sont possibles, et permettraient souvent de lever l'anonymat !

4. Fronde des libérés de la sécu et du RSI : l'action syndicale ne consiste pas seulement à défendre les psychiatres... il s'agit aussi de nous montrer responsables. Nous avons donc réagi, et informé nos adhérents contre la « fronde des libérés de la Sécu ». Ceux-ci revendiquent de ne plus payer les cotisations URSSAF qu'ils estiment trop chères (pourtant moins

chères que pour un salarié car il faut compter aussi avec la part patronale pour comparer à des revenus bruts libéraux). Bizarrement, ces médecins acceptent quand même qu'une large part de leurs revenus soit soutenue par la sécurité sociale qui rembourse les patients. Des condamnations juridiques sont en cours contre ces néanmoins confrères, et non vous recommandons la plus grande distance avec eux!

5. Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie (CASP) : depuis près d'un an, la présidence est assurée par le Dr Charbit. La structure trop coûteuse a été allégée, pour pouvoir durer. C'est le lieu de réunion des différents syndicats de psychiatres.

6. Accès handicapé pour les cabinets médicaux : Vos cabinets doivent déjà être aux normes accessibilité handicapé, ou sinon présenter avant octobre 2015 un « Ad'AP » : agenda d'accessibilité programmée. Le certificat CERFA vient pourtant tout juste d'être publié ! Toutes les informations pratiques sont sur le site web de l'AFPEP-SNPP.

7. CSMF : nous en arrivons donc à la question centrale pour la suite de notre syndicat : doit-on réintégrer la CSMF. Pour schématiser, le SNPP ne fait pas le poids, seul, pour lutter contre le TPG, le big data, l'accessibilité handicapé, etc. Pour nous faire entendre, il faut intégrer une centrale syndicale. La moins éloignée de nos idées est la CSMF, que nous avons quittée après la mise en place du parcours de soin (où le psychiatre perdait l'accès direct). Cette question semble désormais loin. Nous avons rencontré le nouveau président de la CSMF, et celui de l'U.ME.SPE. (branche spécialiste) pour des entretiens tout à fait cordiaux, témoignant d'un vif intérêt mutuel. Mais nous avons ensuite été rappelés par l'U.ME.SPE. qui voulait nous revoir avec l'autre syndicat de psychiatres resté membre de la CSMF : le SPF. Or nos visions divergent, en particulier sur nos revendications quant aux revenus : le SPF soutient des demandes d'augmentations ponctuelles pour des actes isolés (en pratique utilisés dans environ 0,5 % des cas selon la CNAM-TS) alors que nous exigeons que tout l'effort d'augmentation de rémunération porte sur le CNPSY (utilisé dans 100 % des actes !). Pour nous, 10 centimes de CNPSY rapporteront toujours plus que 10 € d'un acte rarissime. Notre retour à la CSMF semble donc irriter le SPF, mais nous y sommes de droit puisqu'il s'agit d'un retour et non d'une entrée.

Je vous remercie de votre attention, le débat est ouvert.

Élie Winter

128 votants : adopté à l'unanimité.

Rapport financier

Dans un contexte de diminution du nombre de psychiatres d'exercice libéral, l'AFPEP – SNPP conserve son attractivité parmi nos collègues, nous saluons nos nouveaux adhérents et remercions nos collègues retraités de leur soutien par leur adhésion.

Notre totale indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, éditeurs de logiciels, assurances privées ou autres, nous donne l'obligation d'une grande rigueur dans notre trésorerie. Les membres de notre Conseil d'Administration, bénévoles et nos salariés contribuent à cette bonne tenue des comptes malgré la constante augmentation des charges.

Les dépenses ont été conformes au budget prévisionnel. Nous avons investi dans un nouveau site web plus attractif, nous avons permis à l'ODPC – PP de disposer des moyens nécessaires pour ses premières sessions de formation et nous avons poursuivi la publication des travaux scientifiques de l'association, ainsi que notre participation à la WPA, FFP, ALFAPSY, CASP etc.

Les Journées Nationales de Strasbourg et les sessions DPC ont eu un vif succès et ont permis de maintenir un équilibre de la trésorerie.

L'équilibre des comptes, à missions constantes, pour 2015 reposera donc sur nos adhérents, nos Journées Nationales de Montpellier et nos sessions de formation.

Pour la défense d'une médecine d'exercice libéral, au plus proche des besoins de nos patients et dans le cadre de la solidarité nationale (menacée de démantèlement par la nouvelle loi de santé) nous vous remercions de soutenir l'AFPEP – SNPP par votre adhésion.

Béatrice Guinaudeau

128 votants : adopté à l'unanimité.

Rapport moral

Chers adhérents, chers collègues,

Merci de participer aux travaux de notre Assemblée Générale et de signifier ainsi votre soutien à notre association. Comme à l'accoutumée, nous vous présentons ce matin le bilan de l'année qui vient de s'écouler et les perspectives que le Bureau de l'AFPEP – SNPP entrevoit ; cette après-midi sera dédiée aux débats, élections de délégués nationaux et votes de motions. Ces motions, le Bureau en a préparé quelques unes qui seront amendées selon les discussions, et cette Assemblée Générale est souveraine à en proposer d'autres. Cela permettra d'établir les grands axes de notre feuille de route de l'année.

Avant tout, il convient de remercier l'équipe de bénévoles qui constitue l'AFPEP – SNPP. Cette année a été marquée de surcroît par la mise en route du DPC, nous avons été agréés et vous n'imaginez pas la somme de travail et d'élaborations que cela représente. Merci à cette l'équipe collectivement et singulièrement. Bravo pour ce magnifique travail. Le DPC n'est plus limité à une session par an et par médecin. Dans l'attente probable de nouvelles consignes n'hésitez pas à vous inscrire à notre organisme de formation et à le faire savoir autour de vous.

Notre assemblée doit se prononcer aujourd'hui sur la perspective du retour de notre syndicat au sein de la CSMF. L'Assemblée Générale de l'an dernier avait

donné mandat au Conseil d'Administration pour entrer en relation avec la CSMF et explorer les pistes de notre engagement en son sein. Nous avons rencontré son président, le Dr Ortiz, ainsi que le président de l'U. ME.SPE., le Dr Gasser. Puisqu'il s'agit d'un retour, les instances de la CSMF ne sont pas tenues de demander son accord à l'autre syndicat de psychiatres déjà membre, à savoir nos confrères du SPF. La CSMF n'attend plus que notre décision. Ce point étant acquis, les discussions ont porté sur la spécificité de la psychiatrie, notre souci de l'acte unique et de la nature des revalorisations tarifaires que nous attendons : nous sommes peu sensibles à un C2 ou un C3 et préférons l'augmentation du CNPSY, nous sommes favorables au paiement à l'acte, seul garant de la qualité des soins, et non à la « performance », nous sommes attentifs aux conditions de l'accès aux soins, à la confidentialité, à la solidarité nationale et au maintien d'une convention nationale.

Notre option n'est pas de tarifier à la marge. Sans doute est-il plus aisé d'obtenir ainsi des lignes budgétaires auprès des tutelles, mais cela ne s'adapte pas aussi facilement en psychiatrie, sans doute avons-nous des spécificités.

Les cadres dirigeants de la CSMF en ont pris acte, bien que cela ne soit pas leur option pour toutes les autres spécialités.

Nous avons été entendus sur tous ces points, enfin jusqu'à avant-hier matin...

Avant hier matin, le président du SPF a insisté sur notre écart avec sa position concernant le mode de revalorisation qu'il défend. Le SPF fait aussi partie de l'U.ME.SPE. et de la CSMF. Cela se passait lors d'une nouvelle réunion organisée avec le Dr Gasser, président de l'U.ME.SPE., et le Dr Bensoussan, président du SPF, nous étions représentés par le Dr Gernez. Il y a finalement été énoncé qu'une condition serait sans doute posée à notre retour, à savoir d'accepter « des variations de consultation » parce que c'était « la position de l'U.ME.SPE. concernant toutes les spécialités ». Cela peut s'entendre pour les autres spécialités, la diversité des actes l'autorise. Concernant la psychiatrie, cela revient à repenser le poids de l'acte unique et/ou un aménagement de la perspective d'une augmentation du CNPSY. Cela relève certainement du souci de certains universitaires dont le SPF est proche de faire de la psychiatrie une « spécialité comme une autre ». Nous en mesurons l'incidence tous les jours... C'est de toute façon un élément nouveau et d'importance. Le Dr Gasser nous fera parvenir un compte rendu de cette réunion.

Par ailleurs, nos analyses du projet de loi de santé de Marisol Touraine sont très proches de celles de la CSMF : imposture du tiers payant généralisé, dangers concernant la confidentialité, l'indépendance professionnelle et la convention nationale, pouvoirs exorbitants confiés aux ARS, délégation de tâches, mission de services publics. Cette loi ne nous va pas.

Nous avons appelé à la grève et la fermeture des cabinets à la fin de l'année dernière, nous avons appelé à participer au mouvement du 15 Mars. Nos lignes d'action ont convergé avec celles de la CSMF.

Nous avons besoin d'alliances dans un contexte hostile voire délétère. Dans ces conditions, notre Bureau et notre Conseil d'Administration se sont récemment prononcés à l'unanimité pour un retour à la CSMF. La décision définitive appartient désormais à cette Assemblée Générale. Sur proposition de motion dans ce sens, l'Assemblée Générale devra approuver ou pas cette orientation stratégique.

Cependant, la réunion d'avant-hier modifie la donne. Le SPF, proche du CNQSP, proche de l'idéologie de la HAS et de la « démarche qualité », qui soutient les « évaluations et améliorations des pratiques professionnelles », qui a soutenu le parcours de soins en psychiatrie, fait entendre son « légitime » droit de souligner que la CSMF défend l'axe « de variations sur la consultation » pour l'ensemble des spécialités et qu'accepter notre position pour la psychiatrie serait dès lors, un infléchissement de sa politique. Il est patent que nous ne demandons pas à la CSMF de rectifier sa politique globale, nous demandons à y entrer. En

revanche, grâce à cette réunion, notre Assemblée Générale a d'autant plus d'éléments pour se prononcer en connaissance de cause. Chercherait-on à nous maintenir à distance ?

Rester à l'écart de la CSMF nous obligerait à rester à l'écart des futures négociations conventionnelles, nous obligerait à rester à la traîne de mouvements de contestation soutenus par nous et nos adhérents, nous tiendrait à distance de nos confrères libéraux, nous obligerait à l'isolement, et que pouvons-nous à ce jour négocier seuls ? La situation est différente d'il y a quelques années. Nous avons réussi à nous inviter à la table des négociations et à peser de façon déterminante sur la décision de revaloriser le CNPSY. L'intervention du Dr Marchand, alors président de l'AFPEP – SNPP, avait été concluante. Le paysage syndical a considérablement évolué depuis.

A l'heure où je vous parle, nous sommes, sur le plan national, entre le marteau et l'enclume, entre néolibéraux déchaînés et populistes désinhibés. Nous ne pouvons rester seuls, nous avons des intérêts à défendre, nous avons à travailler à sauver ce qui peut l'être. Notre indépendance professionnelle est la clef du maintien d'une diversité tant pratique que théorique en psychiatrie. Dans ce cadre, un retour à la CSMF est un des éléments qui pourraient nous le permettre. Je vous incite donc, pour ma part, à voter pour ce retour.

Notre époque est troublée, vacillante dans ses fondements. Notre cinquième république atteint ses limites. Quelle que soit l'élection à laquelle la République appelle, une néo-monarchie s'installe, ses fonctionnaires, notamment pour la santé, restent inamovibles et continuent une œuvre de pseudo-modernisation souvent destructrice et par bien des aspects d'un mépris de nos fondements. Il y a ceux qui hurlent avec les loups, collaborent à gangrener notre patrimoine. Soyons de ceux qui se battent pour garder une psychiatrie diversifiée et vivante.

Nous vous invitons ce jour au plus large débat possible. L'acte unique est malmené, cela change la donne et nous avons une stratégie viable à définir. Nous avons à faire valoir notre conception, bien différente de celle de l'autre syndicat.

L'AFPEP – SNPP doit choisir sa politique : à son Assemblée Générale de décider...

Penser le soin, résister à l'emprise, risquer, de Lyon à Montpellier en passant par Strasbourg et Bordeaux, vous aurez compris que j'évoque là les thèmes de nos Journées Nationales. Ils dessinent notre état d'esprit et sont le reflet fidèle de notre ligne politique. Une fois encore le trait d'union entre l'AFPEP et le SNPP fait entendre sa pertinence : notre engagement syndical est le prolongement de notre réflexion éthique et scientifique, l'un ne va pas sans l'autre, c'est là une voie qui permet d'éviter de sombres calculs et de coupables vagabondages.

Ces Journées sont non seulement l'occasion de rassemblement, de rencontres et d'enrichissement, mais aussi d'éprouver l'éventuel bien fondé de notre engagement. Nous avons pensé le thème du « Risque » pour Montpellier à partir du vertige et de l'effroi émanant de notre réflexion collective sur l'« Emprise » à Strasbourg. Quelques jours après les réunions d'organisation de ces Journées survenaient les crimes contre « Charlie Hebdo » et une épicerie cachier. Cette atteinte à la citoyenneté rejoignait ce que nous ressentions toujours plus précisément de notre place de psychiatre : l'effroi face à une crise massive. Écrire, dessiner dans un journal ou acheter une bouteille d'huile, exposer à un danger vital s'ils contrecarrent les normes de certains. Cette radicalisation est palpable à différents degrés, à différents niveaux de notre société.

Nous concernant, la radicalisation de la psychiatrie est palpable. Industrie, financiarisation, soins considérés comme un service, attaque de l'outil de soin, pensée unique, enseignement partisan, conflits d'intérêts, réformes drastiques, préfets de santé, clivages favorisés, le moins que l'on puisse dire est que cela ne « fasse pas dans la dentelle ». Il s'agit d'une bascule et d'une tentative... d'emprise.

La tentative de nous empêcher de continuer à penser, de pratiquer selon notre expérience, de transmettre est une tentative d'emprise. Nous ne voulons pas nous résoudre à proposer un statut handicapé à de jeunes patients au bout de 3 semaines, ni à plier devant l'intelligence artificielle des logiciels. Notre indépendance est en jeu et l'État, réduit à un statut de financeur, s'impose autoritairement au nom... des « règles » du marché. Régner sur les convictions et les âmes, assujettir, protocoliser, accréditer, surveiller en temps réel, menacer, délégitimer, tous les outils de l'emprise sont utilisés contre nous.

Face à cela, nous nous sommes risqués à pas mal d'initiatives durant cette année mais aussi à tenir différents caps.

Au niveau de la maquette de la formation des internes en psychiatrie, le stage chez le praticien libéral semble sur des rails solides. C'est inscrit et nous avons une idée précise de l'infrastructure que cela réclame. L'enjeu de transmission est majeur, nos jeunes confrères sont demandeurs, nous devrions, à leur demande, intervenir lors de journées organisées par leurs soins sur la psychiatrie libérale.

Nos DPC, vous y avez sans doute participé, sont de qualité et alternatifs à la psychiatrie commerciale. Les sessions ont lieu un peu partout en France, souvent à Paris dans nos locaux, et lors de nos Journées Nationales. 2 DPC seront ainsi proposés à Montpellier. Organiser notre formation est un gage d'indépendance. Encore bravo à l'équipe de l'AFPEP – SNPP qui l'organise.

Nous avons manifesté notre mécontentement au ministère de la santé, protestant contre l'attaque de l'outil de soin et contre une démocratie sanitaire qui veut se faire sans soignants. Nous avons participé à la journée « Stop DSM ». Nous avons plus que contribué à l'élaboration de la CFTM, une nouvelle classification, plus exactement un transcodage, qui puisse être une alternative au DSM. La version française du DSM 5 est prévue pour juin 2015, l'« APA » présente son projet de DSM 5, et bien des psychiatres français proposent une autre voie, forcément en opposition de la « philosophie » DSM.

Nous travaillons au sein du CNPP à ce que les groupes et sujets d'expertise soient cohérents et transparents, à ce que la représentation à l'international soit équilibrée selon les instances, à modérer les élans contre le souci du soin qui est le notre. Le CASP nous permet de garder des liens et de nous concerter avec les syndicats qui défendent une éthique fondée. C'est en son sein que nous rencontrons régulièrement nos jeunes confrères internes. Notre présence à la FFP est notable et nous tenons à féliciter le Dr Jean-Jacques Laboutière de sa présidence qui vient de prendre fin, notamment concernant la rédaction du « référentiel métier » qui est en tous points remarquable. Concernant la WPA, les récentes élections confortent nos espoirs et une équipe étoffée s'attelle à en suivre l'évolution, à participer à ses travaux, à y imprimer si possible notre marque. Comme vous le voyez, les dossiers sont nombreux et passionnants.

Résister, c'est aussi préparer nos Journées, dont le thème à Montpellier sera le « Risque », et nous vous attendons nombreux, c'est aussi préparer des journées de printemps qui porteront en 2016 sur l'« Inertie clinique ». Votre participation à nos manifestations est le signe de votre soutien.

Prendre le risque de transmettre, de garder une indépendance, de se former, d'acquérir un niveau de scientificité libre des contingences commerciales, de protester, de se fédérer, de résister, de déjouer l'emprise, tels sont nos objectifs.

Pour terminer ce rapport moral, nous rappelons qu'ALFAPSY organise ses journées à Tunis ce printemps. Manifester notre soutien à la démocratie tunisienne en participant à ce congrès, surtout après les récents et dramatiques événements dont elle a été victime, est un acte auquel nous vous invitons. Il s'agit des mêmes enjeux que les nôtres : résister à l'uniformisation idéologique et financière, défendre nos pratiques cliniques.

Au nom de toute l'équipe qui organise l'action de l'AFPEP – SNPP, je vous remercie de votre attention et de votre soutien.

Patrice Charbit
Président de l'AFPEP – SNPP

131 votants : adopté à l'unanimité.

Motions

Adhésion à la CSMF

La défense de l'indépendance professionnelle, de la solidarité nationale sur les questions de santé, et de la convention collective avec l'assurance maladie sont des valeurs que partage le SNPP avec la CSMF.

Aussi, après les rencontres avec cette centrale syndicale, le SNPP réuni en Assemblée Générale le 21 mars 2015 souhaite revenir au sein de l'U.ME.SPE. (branche « spécialistes » de la CSMF) pour contribuer à la revalorisation de la dimension clinique de l'acte médical et de la psychiatrie dans sa spécificité.

128 voix pour 3 abstentions

Tiers payant généralisé obligatoire

L'AFPEP – SNPP réaffirme son opposition à la généralisation du tiers payant qui, loin de réduire les inégalités d'accès aux soins, menace la pérennité de la Sécurité sociale par l'introduction de la logique assurantielle faisant dépendre le niveau des prises en charge du niveau des cotisations.

Nous réaffirmons notre indéfectible attachement à la solidarité nationale et à son corollaire notre convention collective nationale menacée d'être remplacée par des conventionnements de gré à gré entre les complémentaires de santé et les praticiens.

Adopté à l'unanimité.

Motions DPC

Motion 1

L'AFPEP – SNPP a œuvré pour faire exister l'ODPC – PP, organisme qui lui est lié et permet de poursuivre sa mission de transmission et d'enseignement en accord avec les fondamentaux de pratique clinique qu'elle défend.

L'effort pour s'engager dans cette adaptation a été fructueux, et a déjà permis de réaliser plusieurs actions DPC. Ces sessions DPC ont connu une double réussite : celle d'avoir rassemblé de nombreux professionnels très demandeurs de ces formations originales, et celle d'avoir su maintenir une qualité de formation tout en se conformant à des directives formelles de l'OGDPC : « Précarité », « Prescription », « Au risque de vieillir », « Le psychiatre et l'adolescent »... Voici les projets réalisés ou en cours de réalisation.

L'Assemblée Générale réunie le 21 mars 2015 rappelle son exigence que soit maintenue la possibilité pour chaque praticien d'une formation de qualité. Elle rappelle

aussi son exigence qu'elle soit financée sans restriction liée à un soi-disant manque de financement, alors même que l'obligation de formation est contractuelle et engage tout autant les praticiens que les organismes financeurs.

Adopté à l'unanimité.

Motion 2

L'AFPEP – SNPP réaffirme son exigence de formation continue indépendante de l'industrie pharmaceutique et des intérêts privés, ce que ne permet pas la formule actuelle du DPC faute de réelle transparence sur les conflits d'intérêt. Elle continuera à élaborer des formations conformes à cette exigence.

Adopté à l'unanimité.

Open data

L'AFPEP – SNPP réitère son opposition à l'extension du partage des données médicales qui, par le biais de l'«open data» prévu dans la loi de santé en cours de vote, ouvre l'accès des données de santé ambulatoires aux intérêts privés, menaçant la possibilité même du secret professionnel.

Adopté à l'unanimité.

Motion sur l'international

L'AFPEP s'engage sur le plan international :

- à promouvoir l'exercice clinique en psychiatrie et en psychothérapie auprès des autorités et organismes internationaux et européens,
- au maintien de son soutien en cohésion avec les autres sociétés françaises ayant pouvoir de vote (EP, SIP, AFP, SMP) au sein de la WPA,
- au maintien des alliances avec les organisations homologues, qui œuvrent notamment dans les pays francophones.

Adopté à l'unanimité.

Motion sur la commission des pénalités

L'AFPEP – SNPP demande l'intégration de la commission des pénalités dans le cadre des dispositions conventionnelles, et que soient définis lors des commissions paritaires locales les critères de remise en cause des médecins concernés.

Adopté à l'unanimité.

Renouvellement des Conseillers Nationaux

(cinq postes à pourvoir)

Se présentent :

- Olivier Brunschwig
- Claude Gernez
- Liliane Irzenski
- Jérémie Sinzelle
- Élie Winter

Sont élus

- Claude Gernez : 115 voix
- Jérémie Sinzelle : 115 voix
- Élie Winter : 115 voix
- Olivier Brunschwig : 114 voix
- Liliane Irzenski : 90 voix

Bureau AFPEP-SNPP 2015

Présidents d'honneur

Hervé Bokobza
Jean-Jacques Laboutière
Michel Marchand
Olivier Schmitt

Président

Patrice Charbit

Vice-Présidents

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

Secrétaire Général

Élie Winter

Secrétaire Général Adjoint

Michel Jurus

Trésorière

Béatrice Guinaudeau

Secrétaire Nationale déléguée auprès de la FFP

Capucine Rivière

Secrétaire Nationale à la Formation Continue

Anne Rosenberg

Secrétaire National à la Pédopsychiatrie

Jean-Paul Guittet

Secrétaire National à l'International

Jérémie Sinzelle

Informations AFPEP- SNPP

Loi Santé : position du SNPP

Le président de la République lors de sa dernière conférence de presse a affirmé que le tiers payant généralisé ne verrait pas le jour en l'absence de formule réellement simple pour les médecins. Remis donc aux calendes grecques pour les uns, confirmé pour les autres.

Le fait est que une grande réunion de l'ensemble des prestataires d'assurance privée s'est tenue à la fin de la semaine dernière et qu'on nous annonce que tous les assureurs privés y compris les supposés mutualistes, se seraient mis d'accord pour que dès 2017 le système soit mis en place, avec règlement simultané par la CPAM et les assureurs, en moins de cinq jours nous dit on.

En admettant même que cela soit possible (chacun sait les difficultés techniques rencontrées avec la carte vitale version actuelle) cela ne résoudra certainement pas l'opposition des médecins à l'introduction du tiers payant généralisé.

Mais pourquoi tant de zèle ?

Pourquoi cette urgence à dispenser tous nos concitoyens nantis ou pas, d'avance des frais ?

Le SNPP s'est de longue date, y compris avant la première mouture du projet de loi, ému de l'évolution des réflexions des politiques sur la question de l'assurance maladie, et de son infléchissement vers la substitution de l'assurance privée à la solidarité nationale.

Sous prétexte de la mesure démagogique par excellence du tiers payant généralisé, le projet introduit le cheval de Troie de l'assurance privée dans le dispositif de prise en charge. L'obligation de souscrire à une assurance privée, c'est-à-dire l'équivalent de l'Obama care est préférée à une réelle amélioration de la prise en charge sécu. Le déficit a bon dos.

Il serait assez facile de montrer que la difficulté d'accès aux soins est davantage le fait des inégalités sociales, de la pauvreté, de l'augmentation de la précarité, des choix d'aménagement du territoire et de la démographie médicale que celui des tarifs de la médecine de ville. Mais il est tellement plus aisé de dénoncer les médecins. Si c'est l'ensemble de la loi qui nous semble devoir être remis en question, en particulier

concernant la Psychiatrie qui verrait aggravés les effets de la loi «HPST» que nous avons dénoncée, nous nous attachons surtout à la question du tiers payant généralisé. Nous sommes particulièrement alertés par le risque du glissement de la solidarité nationale vers l'assurance privée. Ce glissement à notre sens introduirait une plus grande inégalité dans l'accès aux soins, les prises en charge devenant strictement corrélées aux taux des cotisations. Nous y voyons aussi le danger de voir notre convention collective à laquelle nous sommes fermement attachés se transformer en contrat de gré à gré, les assurances privées proposant leur «panier de soins» et ayant d'ores et déjà tenté de faire voter par la représentation nationale la possibilité de conventionnement des professionnels de santé. Notre indépendance professionnelle, le droit des patients à la confidentialité se verraient menacés. A la solidarité nationale resterait ce qui coûte, l'assurance privée dite mutuelle bénéficiant de ce qui rapporte.

C'est ce qui motive notre opposition totale à ce dispositif, au-delà d'autres considérations développées par les autres syndicats et centrales.

Notre engagement auprès de nos patients, notre engagement pour nombre d'entre nous dans le service public et le secteur médico-social en complément de l'activité libérale nous permet d'affirmer que la disparité de l'accès aux soins dépend moins de la question des honoraires des médecins que des disparités sociales, territoriales en particulier.

La majorité de nos adhérents exerce en secteur 1 mais nous refusons le discours de la ministre qui tend à rendre les seuls dépassements d'honoraires responsables de la difficulté de l'accès aux soins de nos concitoyens.

Dans le journal Le Monde du 16/01/2015, Jean de Kervasdoué qu'on ne saurait soupçonner de complaisance à l'endroit de la médecine libérale, ou de désaccord idéologique avec l'actuel gouvernement publie un article qui reprend avec talent et précision l'essence de ce qui fonde notre analyse et il nous a autorisé à diffuser son article, ce dont nous le remercions.

Loi Santé : Mettre la charrue avant les bœufs

N'est ce pas ce qu'ont fait les 23 députés de la majorité présents dans l'hémicycle le jeudi 9 avril en votant, la généralisation du tiers payant à l'horizon 2017 ? Cette mesure « phare » qui veut nous laisser accroire que les vessies pourraient servir de lanternes, signe donc comme nous l'avons maintes fois souligné la volonté de ce gouvernement de ne pas tenir compte de l'opposition de la profession, mais aussi d'un nombre croissant de commentateurs dénonçant le glissement de la solidarité nationale vers l'assurance privée. La nouvelle rédaction du texte rend l'application du tiers payant impérative pour le praticien, alors que la version initiale renvoyait les modalités de mise en œuvre au domaine conventionnel. Aucune disposition ne prévoit toutefois de sanctions à l'égard des récalcitrants, conformément à ce qu'avait promis Marisol Touraine.

Etrange loi qui, tout en rendant obligatoire la pratique du dit tiers payant, annonce qu'il n'y aura pas de sanction envers les récalcitrants et surtout que, la loi étant adoptée une commission sera chargée d'en étudier la faisabilité !

Nous voici donc face à une obligation légale et néanmoins facultative dont le législateur indique lui-même que rien n'en garantit la faisabilité.

D'autant que ceux là même pour qui la disposition a été taillée sur mesure, avant quelques retouches sous la pression de nos centrales, annoncent que le costume ne leur va plus. Le Centre technique des

institutions de prévoyance (CTIP), la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim) et la Mutualité française ont vigoureusement protesté contre cet arbitrage. Ils persistent entre autres, dans la revendication de se voir attribuer le rôle de guichet unique.

Notons au passage que, contrairement à ce qui avait été affirmé par la ministre elle-même, pour être éligibles au tiers payant les assurés sociaux devront au préalable fournir leurs coordonnées bancaires afin que les caisses récupèrent les montants des franchises et forfaits.

Magnanime comme toujours ; la Ministre a affirmé sans sourciller devant la maigre assemblée : *« Aujourd'hui, tiers payant ou pas, le médecin passe beaucoup de temps à faire du travail comptable. Désormais, il gagnera du temps dans sa relation avec les organismes payeurs »*.

Encore faudrait il que, en admettant que le nouveau comité Théodule aboutisse à la démonstration de la possibilité de l'affaire, les bœufs que nous sommes censés être acceptent de s'atteler à cette charrue là...

Françoise Labes

Désobéissance civile

Après la manifestation des professionnels de santé, qui avait regroupé environ 50 000 personnes à Paris le 15 mars dernier, une rencontre entre la ministre et les présidents des syndicats médicaux s'est tenue au ministère. Contre toute logique, aucun dialogue ne s'est engagé, la ministre refusant la moindre mise en cause de son projet de loi, ce qui ne l'a pas empêchée de répéter sur différents médias dès le lendemain que tout était résolu pour les médecins, et que ceux-ci n'avaient plus aucune raison de s'inquiéter.

Quelques jours plus tard, face à l'Assemblée Nationale, la même ministre a commencé son intervention par la lecture de la lettre d'une jeune femme « de la classe moyenne » décrivant sa difficulté financière à se

faire soigner. Madame Lemorton, secrétaire d'État, avait inauguré cette pratique quelques semaines plus tôt, avec la même conclusion : ces lettres (cette ?) prouvaient le bien fondé du projet de loi.

L'argument aussi répété au ministère consiste à utiliser les élections aux URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) en octobre prochain, qui amèneraient les syndicats à se montrer « maximalistes » dans leurs revendications.

Dans ce contexte, et en l'absence de tout dialogue, La CSMF et MG France ont décidé de faire un « appel à la désobéissance civile » le 17 avril portant sur le tarif de la consultation des MG appliquant de manière unilatérale le « C » à 25 € à partir du 15 mai, si aucune

négociation n'est décidée avant cette date, concernant les tarifs mais portant aussi sur la place des assurances complémentaires dans le dispositif à venir.

Le tiers payant social ne fait pas l'objet de la désobéissance, qui devrait porter surtout sur les consultations « lourdes », ces deux points sont clairement exposés dans le communiqué de presse de l'UNOF/CSMF du 16 avril.

Il faut remarquer que cette décision engage légalement les présidents qui la prennent, la participation des médecins à cette action marquerait une bonne indication de leur détermination, au-delà des statistiques concernant leur colère concernant le projet de loi.

Bien sur, il conviendra de nous montrer très critiques en lisant les chiffres de la participation à cette action, d'autant plus qu'ils seraient communiqués rapidement par le ministère...

Il nous reste aussi à envisager les suites à engager dans ce contexte de lutte intense.

Claude Gernez

L'AFPEP – SNPP au CASP

Cette année encore, les réunions du CASP ont permis de riches échanges entre organisations syndicales de la Psychiatrie, publiques et libérales, qui ont le souci des professionnels et de la qualité des soins.

Les fonctions de vigile, d'élaborer tant sur la forme que sur le fond, de permettre la rencontre de toutes les générations de psychiatres, d'approfondir la connaissance de la diversité des pratiques et des fonctions, ont été à nouveau soulignées.

Le CASP suit de près les travaux du CNPP notamment la mise en place de sa mission concernant « le parcours du psychiatre » et les différentes missions d'expertise qui lui sont demandées par la HAS, tant dans le choix de thèmes que de nominations d'experts.

Le CASP reste vigilant à la réforme du troisième cycle universitaire en psychiatrie et regrette que la construction de la « maquette des internes » soit sujette à tant d'hésitations et de retards.

Concernant la CFTMA, le CASP salue le travail accompli, qu'il a soutenu et réactivé.

Les organisations composant le CASP s'accordent à critiquer vivement la loi de santé qui vient d'être votée. Le CASP exprime notamment ses plus grandes réserves à l'égard des atteintes à la confidentialité, au « Big Data », aux pouvoirs excessifs confiés aux ARS, à l'habilitation à légiférer par ordonnance sur la gestion de groupements. Le CASP exprime son attachement à la solidarité nationale et au maintien du « guichet unique » confié à la Sécurité sociale. Le CASP s'interroge sur le rôle imaginé pour les psychiatres libéraux dans le « nouveau périmètre de soins ». Dans ce cadre, le CASP prendra rendez-vous avec Mr Laforcade, responsable d'une mission sur la santé mentale.

Patrice Charbit
Président du CASP

Le mot du rédacteur

Deux BIPP par an, c'est peu pour vous relater les événements, les prises de position et actions dans lesquels l'AFPEP est pleinement engagée. J'espère que chacun de vous a pu se familiariser avec le nouveau SITE (<http://afpep-snpp.org/>) mis en place en 2014, accessible et intuitif. Espérons aussi que vous recevez la Newsletter « Caractères » que nous diffusons chaque fois qu'une situation et une action le justifient. (Si ce n'est pas le cas, inscrivez-vous auprès de notre secrétariat : info@afpep-snpp.org).

Des événements de Charlie à la loi de santé 2015, des déconvenues du DPC aux discussions intersyndicales, du bureau du ministre de la Santé aux commissions de l'Assemblée Nationale, le Conseil d'Administration et le Bureau de l'AFPEP – SNPP sont sur tous les fronts, au risque d'un épuisement dans ce travail bénévole au service de la psychiatrie privée. L'équipe tient le choc et de nouvelles recrues nous rejoignent, mais nous avons besoin de têtes et de bras pour poursuivre le travail dans un moment-charnière où la psychiatrie privée, comme la médecine, voit son exercice malmené, bafoué, voire méprisé. Chacun commence à mesurer l'impact des contrats à la performance, des mutuelles toutes-puissantes, de la loi de santé avec son futur tiers payant généralisé qui n'est qu'une des mesures parmi d'autres tout aussi inquiétantes, tel le Big data. Nous sommes descendus dans la rue, non pas en tant que privilégiés corporatistes comme il était écrit dans les colonnes d'une presse démagogique, mais, encore et toujours, pour défendre nos conditions d'exercice dans le colloque singulier avec le patient, pour faire respecter le secret auquel les patients ont droit, pour préserver une pluralité d'exercice sans ostracisme sur la psychiatrie dynamique et la psychanalyse, pour lutter contre une dérive des procédures de contrainte évaluative, pour faire que les jeunes psychiatres ne se découragent pas quant à une installation en privé, pour ne pas être régi par le DSM et autres obsessions malades de classification...

Seul un des projets qui nous tient particulièrement à cœur, celui de la recherche qualitative, n'a pas beaucoup avancé, faute de temps, et non de désir. Les excellentes relations que nous avons avec les internes en psychiatrie et les jeunes psychiatres vont permettre d'activer un comité de pilotage dans les mois qui viennent, afin d'être pleinement présent sur la scène des références opposables, en défendant celles qui correspondent à nos fondamentaux.

Cette année, les Journées Nationales auront lieu du 1^{er} au 4 octobre à Montpellier, et comme toujours, nous vous invitons à intervenir en atelier, moment unique de partage d'expérience. L'an prochain, ce sera Grenoble, en 2017, Lille. À chaque fois, nous proposons aussi plusieurs sessions de DPC, afin de vous permettre de valider vos obligations de formation financée, tout en participant aux Journées Nationales. Nous poursuivons aussi les Séminaires de Printemps : à Reims en 2016, sur le thème du travail et à Paris en 2017.

Toutes ces actions, vous les retrouverez dans le cahier central détachable. Concernant le DPC, inscrivez-vous rapidement, car les places y sont limitées et il y a déjà pas mal d'inscrits.

Bonne lecture, et à bientôt dans nos colonnes, car comme vous le savez, elles sont ouvertes à vos articles en tribune libre et à vos informations locales et régionales.

Thierry Delcourt

Rapport d'activité FFP-CNPP

Assemblée Générale Ordinaire - 9 mars 2015

I- La vie de la Fédération

L'année 2014 est la 2^{ème} et dernière année de fonctionnement du Bureau présidé par Jean-Jacques Laboutière, élu en mars 2013 pour 2 ans, et qui a travaillé en étroite collaboration avec Nicole Garret-Gloanec, Past Présidente ; le poste de Président est à renouveler aujourd'hui lors du CA qui fera suite à l'AG, ainsi que l'ensemble du bureau. Il sera également procédé au renouvellement des Présidents de Collèges, en place depuis 2010 et qui constituent le Collège Scientifique. Ces élections se déroulent dans un contexte particulier qui a été évoqué par Jean-Jacques Laboutière dans son invitation à l'Assemblée Générale. En effet le Vice-président dit aussi Président élu, Gérard Schmit, avait accepté provisoirement ce poste en 2011, mais ne souhaitait pas l'exercer du fait de son départ à la retraite dans sa carrière universitaire. Le règlement intérieur de la FFP-CNPP dispose que la présidence de la FFP-CNPP est successivement exercée par un psychiatre universitaire, un psychiatre de service public non universitaire et un psychiatre libéral. Ainsi, le prochain président devrait être un psychiatre universitaire. Toutefois, aucune candidature ne s'étant exprimée en dépit des sollicitations du Bureau de la FFP-CNPP auprès du Collège National des Universitaires en Psychiatrie, il a été procédé à une modification du règlement intérieur lors du Conseil d'Administration du 12 janvier 2015. Cette modification permet de passer le tour de l'élection à la Présidence d'un collègue ayant le statut fixé par le règlement intérieur en cas d'absence de candidature.

En l'absence de candidature de collègues universitaires, nous allons procéder à l'élection d'un président hospitalier non universitaire et d'un Vice-président psychiatre libéral.

Le Bureau s'est réuni chaque mois avec son Président tout en poursuivant son activité par des échanges de correspondance mail réguliers. Il bénéficie d'une participation élargie au-delà des présidents de collèges. Ce bureau de 24 membres associe maintenant des représentants d'associations scientifiques et d'organisations syndicales. Nous remercions les membres du bureau et nous félicitons de cette configuration qui enrichit les débats et y apporte du dynamisme.

Le Conseil d'Administration s'est réuni 4 fois. Durant la séance d'octobre, le CA a accueilli le président de l'Association des internes, l'AFFEP, invitée à nous présenter le projet de réforme de la maquette de l'internat.

La FFP a accueilli durant l'année 2014 une nouvelle association, la FDCMPP.

Les Statuts n'ont pas eu à être modifiés durant cet exercice mais le règlement intérieur l'a été lors du CA de janvier 2015 afin de préparer les élections.

Au sein de l'équipe permanente de la FFP-CNPP, Monique Thurin a pris sa retraite à l'automne 2014 après une collaboration remontant aux origines de la FFP. Elle continuera à prodiguer ses conseils pour la comptabilité de l'association. Monique Thurin assure les activités de publication et de documentation et le suivi méthodologique du réseau de RPPP. Elle est secrétaire de rédaction de la revue «Pour la recherche». La secrétaire de la FFP, Nathalie Dufour, a déployé beaucoup de disponibilité et de dynamisme comme toujours, et plus encore avec les tâches de comptabilité depuis quelques mois.

Sur le plan des locaux : les bureaux de la FFP-CNPP ont été relocalisés 26 Boulevard Brune 75014 Paris, dans l'ancien IPP (Institut de Puériculture de Paris). Ces bureaux sont spacieux et permettent d'y tenir certaines réunions. Nous avons cependant appris en cours d'année que nous serons déplacés à Sainte-Anne, ce qui va encore occasionner un surcroît de travail pour Nathalie Dufour.

C'est le moment pour nous de remercier très chaleureusement Jean-Jacques Laboutière : il a su donner un cap clair pour la Fédération et le préserver, tout en évitant les conflits inutiles. Il a également su prendre des décisions stratégiques aux moments opportuns. Les repères solides qu'il a définis ont été précieux dans les négociations avec la HAS, dans les discussions internes au CNPP et dans les relations avec le CNUP. Pour le Bureau qui l'a accompagné, ce cadre de travail était particulièrement rassurant et nous a donné les meilleures conditions de collaboration. Ajoutons qu'il a aussi occupé durant son mandat les fonctions de Président du CNPP, où tout était à construire.

II- L'activité de la FFP

A- L'activité scientifique

1) Le partenariat scientifique avec la HAS

L'an dernier, nous vous rappelions, dans le rapport moral, le projet de la HAS de lancer une nouvelle politique en matière de recommandations pour la psychiatrie ; elle créait donc à l'automne 2013 un «Comité de suivi des recommandations» qui devait regrouper l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, chargé, selon les termes de la HAS, de "donner un avis sur le programme des recommandations, la méthode de travail et organiser des retours de terrain". Trois thèmes ont été définis pour les années à venir : prise en charge des troubles dépressifs ; parcours des personnes en situation de handicap ; droit et sécurité des personnes en psychiatrie. La HAS indiquait que la prise en charge par les généralistes serait l'abord privilégié dans ses prochaines productions.

Peu après Jean-Jacques Laboutière était informé de l'intention de Marie-Christine Hardy-Baylé de créer au bénéfice de la HAS un «centre de preuves» ou "réseau de coordination des professionnels pour le recueil des données de preuves". Les missions de ce centre de preuves étaient de plusieurs ordres : revue de la littérature, revue de pertinence des données cliniques, requête élargie des professionnels sur les 2 points précédents.

L'année 2014 a été émaillée de réunions plus ou moins contradictoires avec la HAS et d'après discussions. L'enjeu principal consistait en ce que le centre de preuves représenté par l'Université Versailles-Saint-Quentin (UVSQ), avec Marie-Christine Hardy-Baylé, ne soit pas la seule instance à siéger dans ce centre et ne représente pas à elle seule l'ensemble de la Psychiatrie. C'est ce que Jean-Jacques Laboutière s'est employé à faire durant ces rencontres multilatérales avec la HAS, mobilisant en même temps les structures associées. Jean-Michel Thurin, compte tenu de ses travaux et en tant que Président du Collège Recherche s'est associé aux réunions. L'UVSQ reste néanmoins chargée de la coordination et a voulu garder le nom de Centre de Preuves.

Actuellement 4 structures participent au Partenariat scientifique : la FFP, le CNQSP, Ascodocpsy et la Fédération de recherche en santé mentale du Nord. Ces structures ont pris le nom de «Partenaires Scientifiques».

Il s'est agi ensuite de préciser ce que pouvait être l'apport spécifique de la FFP. Une réunion bilatérale FFP/HAS a été organisée dans ce sens dans nos locaux le 17 novembre 2014. Plusieurs membres du bureau y ont participé. Mme Depaigne-Loth y représentait le Comité de suivi avec une collaboratrice. La FFP a pu transmettre diverses réflexions quant au fonctionnement de la HAS

et aux recommandations : le hiatus entre l'expérience des professionnels et les travaux de la HAS, le faible impact des recommandations, leur applicabilité fort peu envisagée ; des recommandations qui s'adressent à une sorte de «patient type» et ne prennent pas en compte les facteurs de complexité et d'environnement ; la position d'expert de la HAS mal perçue par les professionnels, en décalage et en méconnaissance de la pratique réelle ; la nécessité à l'avenir de prendre en compte les retours de terrain et de trouver des modalités de construction des consensus ; le regret de voir disparaître les conférences de consensus, la notion d'accord d'expert (AO) ainsi que le comité d'interface INSERM.

Trois axes de travail ont ensuite été proposés par la FFP:

- Le 1^{er} point : valoriser les travaux existants des sociétés adhérentes à la FFP concernant les 3 thèmes du programme pluriannuel. L'assemblée d'aujourd'hui est l'occasion de solliciter les associations afin qu'elles transmettent les travaux relatifs à ces thèmes qui pourraient apporter une contribution dans ces domaines.
- Le 2^{ème} point a consisté à interroger davantage la pratique libérale et plus précisément reprendre avec l'AFPEP et l'AFP les travaux en cours (en particulier les travaux de l'AFPEP sur les personnalités Border Line).
- Le 3^{ème} point doit faire l'objet d'un plus long développement : à partir des critiques formulées sur les recommandations, la FFP a proposé d'amener la HAS à reconsidérer la question des niveaux de preuve caractérisant les publications scientifiques ; je cite le CR de la réunion réalisé par Me Depaigne-Loth : « une réflexion de fond, une discussion à rouvrir sur **la question de la preuve scientifique** (qu'est-ce qui fait preuve et comment ?). La question ne se limite pas au champ de la psychiatrie, même si ces questions s'y posent de manière aiguë ». Me Depaigne Loth a semblé très intéressée par les travaux internationaux cités par Jean-Michel Thurin. Celui-ci a cité durant la réunion les critiques de l'Association Américaine de Psychologie sur les recommandations américaines : l'abord à travers la notion de « troubles » ; la différence à établir entre efficacité démontrée et efficacité clinique (Evidence Based Practice) ; le problème posé par la hiérarchie faisant de l'essai clinique randomisé l'index suprême ; la nécessité de replacer le clinicien au cœur du dispositif ; la nécessité de situer le patient dans sa culture et sa complexité. Jean-Michel Thurin a proposé d'organiser au sein de la FFP un séminaire de réflexion sur ce qui fait preuve en Psychiatrie. Ce séminaire vient de débiter. Ce séminaire proposera ses conclusions au Comité de Suivi de la HAS.

Par ailleurs Mme Depaigne-Loth a mentionné dans son compte-rendu l'intérêt de «l'organisation d'un retour d'information sur les pratiques réelles «de terrain» afin d'alimenter la réflexion des groupes de travail du Programme Psychiatrie et Santé Mentale de la HAS. Une méthodologie est à construire, qui n'imposerait pas une contrainte trop forte aux acteurs concernés. Il faut sans doute prévoir plusieurs modalités de contribution (contribution écrite et/ou audition...) ».

Il nous faut rester prudent sur les effets à escompter des contacts pris avec la HAS, nos interlocutrices du 17 novembre nous ayant appris que les groupes de travail du Comité de Suivi sont déjà constitués, avec des Présidents déjà nommés.

2) La recherche

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

a) *Le Réseau de Recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques*

Jean-Michel et Monique Thurin nous en dirons les avancées dans leur compte-rendu.

b) *La recherche intitulée "Evaluation clinique des pratiques intégratives dans les unités de soins infanto-juvéniles auprès d'enfants présentant un autisme typique ou atypique"*

Elle a débuté en septembre 2014 avec les premières inclusions d'enfants. Une vingtaine d'équipes a commencé à participer et une trentaine d'enfants sont actuellement inclus. Les équipes se réunissent tous les 2 mois afin de se familiariser avec la méthodologie. Il s'agit d'une recherche multicentrique, prospective, en milieu naturel, dont l'objectif principal est l'évaluation des méthodes de soins. Le point de vue des familles est un des objectifs secondaires avec une analyse d'un questionnaire adapté de la Tavistock Clinic. L'évaluation de l'état de l'enfant est réalisée à travers des outils cliniques structurés (en particulier une analyse par domaines) et des évaluations standardisées. Le projet thérapeutique est détaillé à partir de l'analyse des domaines et nous espérons faire de cette correspondance un apport original de la recherche. Il s'agit d'un travail exigeant pour les équipes, mais aussi très mobilisateur. Les rencontres régulières réalisent ainsi un autre des objectifs qui est l'amélioration des pratiques de soins.

La recherche se déroulera sur 2 ans.

Le projet émane d'un travail débuté en 2012 par les trois sociétés savantes du collège de pédopsychiatrie (API, SFPEADA et SIP) et a bénéficié de l'appui méthodologique du collège Recherche avec Jean-Michel Thurin. Il a été remodelé en 2013, avec le service de recherche de Nantes, afin d'être applicable dans les unités de soins. Il a concouru à l'appel à projet

des PREPS 2013 (projets de recherche et d'études sur les programmes de soins) ; il a été sélectionné en décembre 2013 et a reçu un financement DGOS. Il est porté par Nicole Garret, investigatrice principale, avec Maria Squillante et moi-même comme co-investigateurs.

Une psychologue Clélia Sauviat a été embauchée à mi-temps le 1^{er} octobre 2014 pour une période de 3 ans sur le budget de la recherche. Elle apporte son appui méthodologique aux équipes soit par téléphone, soit sur place en se déplaçant pour les rencontrer.

Cette recherche a été présentée au congrès de la WPA de septembre 2014 à Madrid dans une communication, puis au Congrès Français de Psychiatrie de Nantes sous forme de poster et aux récentes journées d'étude sur l'autisme de Brest.

3) Publication et documentations

- Revue "Pour la Recherche" : 4 numéros ont été publiés en 2014, le premier consacré à la publication du référentiel métier.

- Psydoc : JMT nous transmet que le site, ouvert en permanence est très fréquemment consulté : on compte 19000 requêtes quotidiennes. Les domaines les plus consultés sont la revue de presse, le site du jour, les auditions publiques, conférences de consensus et recommandations médicales, le ..réseau de recherche, les colloques, les techniques psychothérapeutiques.

Mentionnons aussi la publication dans « Perspectives Psychiatriques » en 2014 des actes de la journée sur la Psychothérapie organisée en 2013 par la FFP et coordonnée par ISB.

4) Recommandations de bonnes pratiques

a) *Recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie générale*

La recommandation : "comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique" est sur le point d'être publiée. Ce travail initialement coordonné par Marc Grohens avec 3 chefs de projet a été repris par Isabelle Secret-Bobolakis.

Projet de recommandation ANESM/HAS de prise en charge des personnes adultes avec autisme :

La participation de la FFP à ces futures recommandations pour les adultes a fait l'objet d'une réflexion au sein de notre Fédération. La méthodologie utilisée pour les recommandations enfants de 2012, le hiatus entre argumentaire et recommandations, ont laissé des traces durables dans les esprits. Il ne paraissait néanmoins pas possible de refuser une participation. Il est probable également que le climat sera un peu moins conflictuel, avec un recentrage sur la notion de handicap et une extension moins massive du concept d'autisme que pour les enfants.

Une rencontre a été organisée avec Mr Guillaume Blanco, chef de projet autisme au Comité Interministériel du Handicap (CIH), afin de proposer la participation de la FFP-CNPP dans les travaux à venir et dans les groupes de suivi du 3^{ème} plan autisme.

A ce jour nous n'avons aucune nouvelle de notre inscription dans les groupes de travail du Plan Autisme. La rencontre nous a cependant permis d'apporter à la discussion les données de la clinique qui manquent dans la réflexion actuelle du ministère.

Il a été question des recommandations futures concernant les adultes avec autisme et de la récente circulaire du 17 juillet 2014 concernant le dépistage et la prise en charge précoce de l'autisme.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre s'est ensuite rendu le 4 novembre à une réunion de l'ensemble des « parties prenantes » en présence de Mr Didier Charlanne, Président de l'Anesm. Il s'agissait d'un groupe préparatoire où les participants étaient majoritairement des associations de parents. La discussion a mis l'accent sur l'adulte avec autisme comme « sujet de droit ».

Un groupe de travail piloté par Isabelle Secret-Bobolakis va faire la revue de la littérature francophone et « grise » pour une recommandation qui devrait prendre le nom de « Autisme et TED : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte ». Isabelle Secret-Bobolakis sera également membre du groupe de pilotage.

Recommandations en psychiatrie infanto-junéville

Recommandations sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge initiale des manifestations dépressives de l'adolescent à l'intention des médecins généralistes a été publié par la HAS en décembre 2014. François Bridier était le président du groupe de travail ; elles ont pu conserver dans le titre le terme de « manifestations dépressives », comme le souhaitait le groupe de travail (et non « dépression »).

Recommandation : “Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité” vient d'être publiée le 12 février 2015.

Jean Chambry était l'un des deux présidents du groupe de travail.

Dans un premier temps le travail des recommandations a été délimité autour de la “Conduite à tenir en médecine de premier recours, devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité”.

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

Deux points de vue très différents sont affrontés : d'une part les partisans d'un point de vue purement neuro-développemental où la pédopsychiatrie se voit réduite au rôle de traitement des comorbidités ; d'autre part les partisans d'une approche globale où l'approche psychopathologique est d'emblée présente.

Comme les recommandations sont centrées sur le repérage par les médecins de premier recours, le diagnostic reste l'affaire du spécialiste ; il a été possible d'aller dans le sens d'une approche globale vers un modèle dit intégratif, mais faisant une large place aux traitements cognitivo-comportementaux.

5) Interventions et journées de la FFP

Congrès français de Psychiatrie

La FFP a organisé un symposium au congrès de Nantes, dans le cadre de la journée des associations sur le thème « Psychiatrie : changer nos paradigmes ! ». Elle sera présente en 2015 du 25 au 28 novembre à Lille : « Psychiatrie, enjeux, ambitions et réalité ».

Journées de perfectionnement des psychiatres de service public

Journées 2014

Elles ont eu lieu les 13, 14, 15 octobre 2014 au ministère de la santé sur le thème: “Les dépressions, de la petite enfance à l'adolescence” et ont réuni 195 participants

Trois sessions DPC ont été réalisées et ont été confiées à l'ODPC PSYSM :

- Dépression bébé (SIP)
- Dépression enfant (API)
- Dépression adolescent (SFPEADA)

Journées 2015

Elles ont dû se mettre en place dans un délai très court depuis les journées 2014. Le collège de pédopsychiatrie souhaitait revenir à des journées de printemps. Celles-ci se tiendront les 23 et 24 mars 2015 à l'Amphi Laroque et porteront sur le thème : « Histoires de Soins/Parcours de santé ». Elles mettront en valeur les expériences des équipes de psychiatrie avec leurs partenariats multiples au regard de la prochaine Loi de Santé et de sa dimension territoriale. Maryse Simonet de la DGS a apporté sa contribution à la réflexion du Comité d'organisation et a invité d'autres collègues de la DGOS, de la CNSA et du CNNSE à la rejoindre.

6) Participation aux travaux du CCOMS

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

7) Activité internationale

Michel Botbol demeure le « zonal représentative » pour l'EPA et y intervient au nom de la FFP. Une représentation à l'UEMS est recherchée car c'est cette instance qui discute des formations initiales à

l'échelle européenne. Les nouveaux élus à la WPA, en particulier Hélène Hermann qui succède à Pedro RUIZ, permettront une action internationale plus ouverte aux orientations cliniques. La psychiatrie française est particulièrement représentée à la WPA.

B- Questions institutionnelles et professionnelles

1) Actualités du collège pédopsychiatrie

Les trois sociétés adhérentes à la FFP (l'API, initiatrice du mouvement, la SFPEADA, la SIP) ont organisé avec la FDCMPP une journée nationale des Etats Généraux de la Pédopsychiatrie le 4 avril 2014 qui faisait elle-même suite à des manifestations régionales depuis plusieurs mois. L'intention des organisateurs était de s'adresser aux tutelles, aux familles et aux partenaires en dressant un état des lieux, en faisant un bilan des difficultés et en formulant des propositions concernant les instances et les modalités d'organisation souhaitables de la pédopsychiatrie. Le mouvement a été très mobilisateur au sein des équipes de pédopsychiatrie. La journée, qui se tenait à l'Hôtel de Ville de Paris, s'est terminée par une liste de 10 propositions.

Depuis, les 4 associations organisatrices ont décidé de rester unies. François Bridier, président du Collège de pédopsychiatrie de la FFP-CNPP, a proposé que le Collège puisse fédérer les diverses associations des Etats Généraux et prendre la suite du mouvement. La Fédération des CMPP a donc rejoint le Collège de Pédopsychiatrie qui réunit déjà les trois autres associations en juillet 2014, en adhérant à la FFP. On ne peut que se féliciter de cette issue du mouvement des Etats Généraux, qui permet de continuer à rassembler les associations déjà présentes au collège (API, SFPEADA, SIP) et renforce la FFP-CNPP.

2) DPC et participation à la FSM

DPC

Une donnée nouvelle est intervenue dans l'année qui vient de s'écouler : les organisations syndicales ont obtenu que le DPC ne constitue pas le seul canal de formation professionnelle. Il devrait donc subsister des formations financées hors procédure DPC, comme nous le souhaitons dans les rapports moraux précédents.

La FFP-CNPP n'est pas organisme de DPC mais organise des actions de formation dites « actions cognitives » : ainsi elle a été l'organisatrice des dernières journées des pédopsychiatries qui ont proposé 3 DPC ; afin de continuer à promouvoir des actions de formation, la FFP-CNPP a donc demandé son adhésion à l'ODPC PSYSM.

Rappel : l'ODPC-PSYSM, ODPC de la spécialité psychiatrie, créé en 2013 et agréé en janvier 2014, est une association juridiquement distincte de la FFP ; elle permet à toute société scientifique qui y adhère

d'organiser des actions de formation validantes pour le DPC, sous réserve qu'elles soient assorties d'actions d'évaluation.

Participation à la FSM

Marie-Christine Cabié a été nommée pour succéder à Nicole Garret-Gloanec à l'AG de la FSM. Elle est représentante du CNP de Psychiatrie au CA et a été élue au bureau de la FSM. Elle participe notamment au comité d'éthique qui a travaillé cette année sur une charte pour la désignation d'experts lors de saisines de l'HAS. Il faut maintenant que chaque CNP travaille sur sa façon d'appliquer cette charte. Elle nous informe que la FSM poursuit son implication dans la mise en place du DPC et participe aux groupes de travail pour modifier et simplifier le DPC. Pour la validation des ODPC, il lui semble qu'il y a une réelle exigence et que beaucoup sont recalés dans un premier temps. Ils sont souvent validés dans un deuxième temps. Il semble par ailleurs que de plus en plus de praticiens s'inscrivent sur l'ODPC et valident leur DPC. Certains en font même plusieurs par an, mais les actions de DPC devraient à l'avenir être limitées à un par an et par professionnel.

3) CNPP

Nous avons relaté en 2014 la lente et pénible constitution, après plusieurs années de négociations et médiations multiples, du CNPP et de son AG, en octobre 2013. L'AG comporte 20 membres titulaires et 20 suppléants et est divisée en collège scientifique (7 membres issus de la FFP, 3 membres issus du CNQSP), collège syndical (8 membres, un par syndicat) et collège universitaire (2 membres du CNUP). L'année 2014 devait voir émerger la définition d'un bureau. Faute de consensus, et afin de contourner un énième blocage, l'AG a décidé de se constituer en bureau. Ceci a permis d'élire un Président et 3 Vice-présidents.

Le premier Président du CNPP, élu en juin 2014, est Jean-Jacques Laboutière.

Le vice Président issu du collège syndical est Jean-Claude Pénochet (provisoirement remplacé depuis son départ à la retraite par Nicole Garret-Gloanec).

Le Secrétaire Général est un des deux psychiatres universitaires, Frédéric Rouillon.

Le Trésorier est Maurice Bensoussan.

Jean-Jacques Laboutière a donc exercé et exercera la présidence jusqu'en juin 2015. Le CNPP sera ensuite présidé pour un an par Maurice Bensoussan du CNQSP. Durant cette année, Jean-Jacques Laboutière a proposé une alternance de réunions physiques et téléphoniques et a construit les bases du fonctionnement, et a en particulier mis au point le règlement intérieur. Il a été décidé que les bureaux seront un lieu de débat et de décision si possible, les votes étant réservés à l'AG annuelle et limités aux données non résolues.

Le CNPP a une mission d'interface entre les professionnels et les pouvoirs publics ; il aura à désigner des experts sur les sujets demandés. Il pourra intervenir dans les discussions sur la méthodologie DPC. Il a été peu sollicité durant l'année écoulée. Il faut préciser qu'il règne un état d'esprit apparemment plus apaisé depuis ces derniers mois. Le point contesté demeure les deux membres de la CSI : ils sont issus de la FFP alors que le CNQSP demande la présence d'universitaires ; mais leur nomination est régulière et ils resteront en poste jusqu'en janvier 2016.

4) Relations avec le CNUP

Dans le rapport moral de 2011, Jean-Jacques Laboutière rappelait que le CNUP avait démissionné de la FFP, estimant que le changement des statuts permettant aux organisations syndicales d'adhérer à la FFP était prématuré. Sa démission pouvait se comprendre comme l'ultime moyen dont il disposait pour s'opposer au fait que la FFP poursuive la mise en place du CNP en son sein. Jean-Jacques Laboutière ajoutait que, dans la mesure où le CNUP n'avait pas exprimé de divergence fondamentale sur la conception de la psychiatrie soutenue par la Fédération, il était permis d'espérer que le CNUP accepte un jour de revenir vers la FFP. Une démarche à l'adresse de Pierre Thomas, Président du CNUP, a donc été faite par Jean-Jacques Laboutière en septembre 2014 ; elle renouvelait la proposition pour un Universitaire d'occuper prochainement le poste de Président de la Fédération ; cette démarche est restée sans réponse jusqu'à une récente proposition de rendez-vous le 6 mars 2015, dont Jean-Jacques Laboutière nous fera le récit.

5) Autres questions

Michel Laforcade est chargé de rendre ce printemps un rapport sur la Psychiatrie dans le cadre de la future Loi de Santé.

Le 3^{ème} plan autisme prévoit actuellement une démarche territoriale d'évaluation de l'offre d'interventions en matière d'autisme et de TED. Un référentiel qualité reprenant les recommandations a été diffusé aux établissements médico-sociaux. Il devrait être aménagé pour ce qui concerne l'offre des établissements sanitaires.

b) Les travaux à venir de la FFP

Un certain nombre de travaux ont été discutés durant ces derniers mois. Outre la poursuite des deux recherches déjà citées, nous rappelons :

- le partenariat scientifique avec la HAS qui donne lieu à un Séminaire animé par Jean-Michel Thurin et Monique Thurin : il a commencé début 2015 et comportera une

dizaine de séances avec analyse et discussion de la bibliographie fournie par les animateurs. Ce Séminaire a été annoncé aux associations et une quinzaine de participants y sont inscrits.

- le travail avec les familles / place des familles dans les soins des patients adultes : a débuté ; il est animé par Danièle Roche-Rabreau et Marie-Christine Cabié.

- le projet de recommandations ANESM/HAS pour les adultes avec autisme : Isabelle Secret-Bobolakis a proposé d'en être le coordonnateur.

- enfin **les «coopérations interprofessionnelles»** : un tel travail nous est apparu une suite cohérente du référentiel métier du psychiatre et portera sur les métiers représentés dans les équipes pluri-professionnelles. Nous proposons de commencer par « *l'articulation psychiatres/infirmiers dans les divers champs d'exercice de la psychiatrie* » ; le terme articulation est choisi pour ne pas engager la réflexion du côté de la « délégation de tâches ». Le risque de déqualification de la psychiatrie devra rester présent à l'esprit dans la réflexion et la rédaction. On sait que Michel Laforcade annonce une réflexion sur l'évolution des métiers et une délégation des évaluations cliniques. La profession infirmière a envisagé une qualification clinique et en pédopsychiatrie.

Un travail préalable devra définir les contours du projet. Les associations d'infirmiers seront sollicitées. C'est Bernard Odier qui se propose de coordonner ce travail.

En conclusion :

Nous proposons de débattre de l'activité de la FFP que nous venons de relater et des enjeux qui nous entourent. L'activité du CNPP, appelé à être interface entre la profession et la HAS et les tutelles, nous laisse une marge de proposition conséquente. Il nous semble que cette activité témoigne d'une place singulière que la FFP peut encore tenir aujourd'hui. Le partenariat scientifique pourra en être un des terrains d'exercice sur le plan épistémologique.

Fabienne Roos-Weil

Secrétaire Générale FFP-CNPP

Bilan ODCP-PP

Actualités et prochaines sessions DPC

BILAN PRESCRIPTION

A partir du 1^{er} avril 2015, la prise en charge des professionnels de santé ne sera plus limitée à une seule participation à un programme de DPC.

Les règles de gestion antérieures au 17 octobre 2014, seront à nouveau en vigueur :

- pas de rétroactivité ;
- l'engagement est pris à la date d'inscription ;
- la date de fin de session détermine l'année de l'enveloppe à imputer ;
- les modalités de calculs et les montants des forfaits de DPC (paiements des organismes de DPC et indemnisations des PS) sont ceux en vigueur en 2014 ;
- les montants des enveloppes 2015 sont identiques à ceux de 2014.

Vous pouvez donc d'ores et déjà vous inscrire à plusieurs programmes de DPC au titre de l'année 2015, et ce jusqu'à nouvel ordre.

Il n'est pas impossible que, comme en 2014 cette fenêtre se referme avant la fin de l'année.

Aussi n'hésitez pas à procéder dès maintenant à votre inscription sur mondpc.fr aux formations que nous proposons cette année.

Dans le cadre des Journées Nationales de Montpellier nous organisons deux programmes de deux sessions chacun :

« **Le psychiatre et l'adolescent** ». Montpellier 2015
Sous le numéro : 39731500002

2 sessions :

- Jeudi 1^{er} octobre de 16h à 19h30 – session 397315000021
- Vendredi 2 octobre de 16h à 19h30 – session 39731500002

Et

« **Au risque de vieillir. Approche clinique en pratique libérale** »
Numéro d'enregistrement : 39731500003

2 sessions :

- Jeudi 1^{er} octobre de 16h à 19h30 – session 397315000031
- Vendredi 2 octobre de 16h à 19h30 – session 397315000032

Et nous vous rappelons le programme

« **Prescription** »
Numéro d'enregistrement : 39731500001

Samedi 20 juin à Lyon – 9h30 à 13h – 14h à 17h.

Hôtel Best Western Lyon Part Dieu – **session 397315000013**

Le nombre de places étant limité à 25 personnes par session, il est donc urgent de s'inscrire rapidement.

En raison du grand nombre de demandes nous ouvrirons probablement une nouvelle session pour Prescriptions à Paris d'ici la fin de l'année 2015.

Histoire de la psychiatrie

Écrire à plusieurs mains, entre singularité de l'innovation et modernisation collective

Alors que nous nous rapprochons de la sortie de la publication en français du DSM-V, qui présente l'exercice difficile et parfois périlleux d'appliquer à la langue française la psychiatrie américaine ainsi que son système de santé à un contexte notoirement différent, il est donc d'actualité d'évoquer les contraintes d'écrire à plusieurs mains. Née sous la plume de Pinel sous forme d'aliénisme, d'une réflexion médico-philosophique en plein contexte révolutionnaire (et conflictuel, pour ne pas dire belliqueux), la psychiatrie a nécessité, pour apparaître, la rencontre de talents encyclopédiques variés, annoncés par Diderot, avec des éditeurs audacieux, par exemple Alcan (au plus près de la modernité de la toute proche faculté de médecine de Paris en face).

Lors de son époque aliéniste au XIX^{ème}, la psychiatrie était un lieu de synthèse d'idées novatrices aussi bien du domaine juridique, biologique, anthropologique que biologique ou médical. Ceux qui ont permis à notre discipline d'exister ont assumé en leur nom propre de rassembler ces idées nouvelles et de les définir comme médicales et psychiatriques, avant qu'elles fassent consensus et qu'elles soient adoptées par le plus grand nombre. À cet égard on peut par exemple évoquer Ernst von Feuchtersleben qui, parallèlement à son implication dans la société de médecine autrichienne et son journal comme rédacteur en chef, publia des recueils de poèmes, des compositions symphoniques pour orchestre, exerça des fonctions ministérielles (menant à la sécularisation du Lycée), écrivit un best-seller de morale intitulé "Hygiène de l'Âme", mais aussi un ouvrage révolutionnaire, le « Manuel de psychologie médicale » où il fut un des tous premiers à développer le concept de psychose, et sa spécificité dans le champ de la médecine.

Tout le dix-neuvième siècle vit l'éclosion d'ouvrages de plus en plus spécialisés, et la publication d'une profusion de manuels. De l'époque des pionniers balayant un large champ philosophique pour ménager une place à la psychiatrie dans la médecine (Pinel, Esquirol, Ideler, Griesinger), vint celle des spécialistes dotés d'un savoir encyclopédique à l'échelle du domaine psychiatrique, et la tentative d'asseoir et renforcer la psychiatrie sur des arguments cliniques avec Magnan, Maudsley, Krafft-Ebbing, Kraepelin (et expérimentaux dès le fin du XIX^{ème}, avec notamment Wundt, Masselon et Jung). Le besoin de la psychiatrie étant assuré, au

vu de l'évolution de la société de l'époque qui légiféra spécifiquement pour accompagner son développement, la prise de conscience du manque de connaissances dans le champ psychiatrique et un besoin d'élargir les connaissances de la profession imposa la synergie entre les cliniciens, et donc les ouvrages collectifs, après Kraepelin, Dide et Guiraud, Ey puis Ey-Bernard-Brisset, Lebovici-Soulé-Diatkine...

Cependant la saveur de ces ouvrages est souvent notoirement altérée à mesure que l'auteur principal s'efface, et avec lui son idée première et son intuition novatrice, dont les lecteurs sont friands et dont ils ont le plus à apprendre (pour nourrir leur intuition). En effet les lecteurs préfèrent les découvertes ayant résisté à l'épreuve du temps que le savoir en soi où, en rentrant dans les mœurs, les découvertes perdent progressivement leur caractère révolutionnaire.

Pourrait-on assister par la multiplication des auteurs à une accumulation de contenu plutôt qu'un élargissement du savoir ? L'écriture à plusieurs mains dilue peut-être l'intuition première dans un groupe de spécialistes où elle perd son authenticité et son autonomie intellectuelle, c'est à dire la liberté avec laquelle cette idée a pu apparaître. À une époque où le « par cœur » n'est plus à la mode, au profit de supports de « mémoire morte » et de contenus informatiques illimités (au-delà de la capacité quantitative du psychisme humain), il ne faut pas perdre de vue que la méthodologie a besoin de la réflexion et de l'excentricité, ou plutôt d'une subjectivité la plus grande possible pour que d'une théorie éclore une innovation pérenne. Rappelons-nous du caractère excentrique d'Henri Laborit, ou de Jacques Lacan, et de leur contribution inimitable.

C'est alors de la subjectivité de la pensée dont il est question, et de la faculté de s'autoriser à penser. Ce développement de la pensée dans les rapports singuliers entre sa propre psyché et son propre soma permet ensuite de confronter cette pensée à d'autres, fort d'une nouvelle contribution originale, permettant un enrichissement de la discussion.

Les positions consensuelles au départ risquent de faire dépendre la réflexion d'une idéologie uniforme réduisant le développement de la pensée: une aporie qui transforme la discussion en une propagande où la discipline et la soumission sont les effets recherchés. Le but du travail en commun est la controverse fructueuse, où chacun est capable de dire pourquoi il n'est pas d'accord. Mais tout d'abord l'émotion de la création, que l'on partage et que l'on partage avec ses pairs, ce secret de l'innovation, ne peut s'exprimer au départ que dans une nécessaire intimité avant d'être

diffusé. Comme l'analysant, le chercheur est stimulé par la présence bienveillante d'un autre semblable qui est déjà passé par là.

La multiplication des intervenants et des auteurs permet probablement beaucoup moins l'échange de cette émotion et de cette intimité même si elle permet l'extension des moyens techniques et financiers. Le corollaire pour conserver une liberté de penser dans le domaine théorique et pratique est probablement

d'accepter un débat confraternel et fructueux, animé par des esprits libres dans leur pensée nourrie de psychiatrie (mais aussi de culture, historique, psychologique, scientifique, sociologique, littéraire, mystique, etc.), à condition de comprendre cette controverse, non comme des attaques *ad hominem*, mais comme une métaphore extériorisée de notre conflit intérieur à l'œuvre dans notre esprit clivé.

Jérémie Sinzelle

Mémoires de psychiatre

Je vous présente aujourd'hui une psychiatre et psychanalyste dans son engagement vivant face aux abus d'une psychiatrie totalitaire œuvrant à la négation de l'être. Une psychiatre heurtée face à une psychiatrie sécuritaire et annihilante étouffant les élans de vie et qui trouve dans la psychanalyse et l'antipsychiatrie le souffle de sa pratique.

Liliane Irzenski nous rappelle qu'au plus profond de notre pratique la lumière de l'humanité doit toujours être présente.

Michel Jurus

ÊTRE DEVENUE PSYCHIATRE par REJET INALTÉRABLE de L'ESTABLISHMENT PSYCHIATRIQUE...

“Introduction à la Psychanalyse”

Vers 16 ou 17 ans, grâce au lien d'estime noué avec une de mes enseignantes qui nous invitait à entrer dans la lecture des textes de Freud, je découvrais grâce aux mots de « Introduction à la psychanalyse » un monde autre que celui dans lequel je me sentais enfermée. Cette pensée ME PARLE et me bouleverse avec la brutalité de l'évidence, du vrai, du juste. La radicalité de cette découverte, cette façon de concevoir la vie en lien avec l'entourage et la parole produisit par la force de l'étonnement, l'ouverture d'un nouvel espace en moi, où le questionnement et le poids de la parole donnée et entendue, vont venir tracer un chemin qui me déterminera, sans le penser consciemment à choisir en classe de Terminale, pour mon lieu de stage de future secrétaire médicale, l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

Durant ces trois mois de stage auprès d'une assistante sociale, je suis d'abord horrifiée par l'agencement de la structure hospitalière conçue comme un ghetto. Toutes ces portes fermées, ces longs couloirs sales me donnent la sensation d'être dans un no man's land, un mouroir. Le poids du silence est écrasant parfois déchiré par des cris, des hurlements venus dont on ne sait où... Toutes

ces infirmières et ces médecins en blouses blanches avec leur tablier de boucher et leur gros trousseaux de clefs suspendus à leur ceinture, semblent glisser entre les pavillons, le long de ces couloirs labyrinthiques et parlent en murmurant. Ils me font penser à des fantômes ou à des traîtres en temps de guerre. Atmosphère de mort, d'abandon, de chaos organisé par un mensonge institutionnalisé, une imposture politique. Une violence sans nom. Comment prétendre soigner des malades qui souffrent de troubles psychiques dans un lieu où l'accueil se limite à l'enfermement, où la pulsation de la VIE s'est retirée ? Où les soignants semblent éviter ou fuir les malades ou les considérer d'une façon si méprisante ou si hautaine, si absente ?

Dans ce contexte ahurissant, la rencontre avec l'humanité dans sa dimension d'incertitude, de fantaisie voire de poésie, a cependant eu lieu auprès de certains patients que j'écoutais lors de leur entretien avec l'assistante sociale, qui était ma référente de stage. Je n'ai jamais oublié cet homme, vêtu comme tous les autres patients d'un uniforme bleu foncé, qui scandait sa parole en se levant de sa chaise et semblait voir sur le mur quelque chose, en cherchant à l'attraper, ce que nous ne voyions pas.....Mon rapport à l'ÉNIGMATIQUE de l'humain s'est cristallisé en cet instant en me donnant à saisir des points d'aveuglement ou les limites du visible ou celles de ma pensée...

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 2015

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 2015 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 : **365 €**
 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

Dans un contexte de diminution du nombre de psychiatres d'exercice libéral, l'AFPEP – SNPP conserve son attractivité parmi nos collègues, nous saluons nos nouveaux adhérents et remercions nos collègues retraités de leur soutien par leur adhésion.

Notre totale indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, éditeurs de logiciels, assurances privées ou autres, nous donne l'obligation d'une grande rigueur dans notre trésorerie. Les membres de notre Conseil d'Administration, bénévoles et nos salariés contribuent à cette bonne tenue des comptes malgré la constante augmentation des charges.

Les dépenses ont été conformes au budget prévisionnel. Nous avons investi dans un nouveau site web plus attractif, nous avons permis à l'ODPC – PP de disposer des moyens nécessaires pour ses premières sessions de formation et nous avons poursuivi la publication des travaux scientifiques de l'association, ainsi que notre participation à la WPA, FFP, ALFAPSY, CASP etc.

Les Journées Nationales de Strasbourg et les sessions DPC ont eu un vif succès et ont permis de maintenir un équilibre de la trésorerie.

L'équilibre des comptes, à missions constantes, pour 2015 reposera donc sur nos adhérents, nos Journées Nationales de Montpellier et nos sessions de formation.

Pour la défense d'une médecine d'exercice libéral, au plus proche des besoins de nos patients et dans le cadre de la solidarité nationale (menacée de démantèlement par la nouvelle loi de santé) nous vous remercions de soutenir l'AFPEP – SNPP par votre adhésion.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

XLIV^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

LE RISQUE : À GÉRER... À PRENDRE ?

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

En quelques décennies, la pression s'est fortement accrue dans le monde médical en vue de sécuriser les actes de soin. La psychiatrie n'a pas échappé à cette évolution qui, par ailleurs, s'est répandue dans tous les domaines de la société. Plutôt qu'une expérience à affronter dans les épreuves existentielles, le risque est désormais assimilé à un « évènement indésirable ». Il faudrait tout mettre en œuvre pour le prévenir et le « gérer ». Une fois le risque identifié et circonscrit, il n'y aurait plus d'autre choix que de se mettre en conformité avec les réponses programmées. Tout risque doit être anticipé, assuré, et les directives ne cessent de tomber (recommandations, textes législatifs, notes de service...).

« Gérer » devient un des verbes les plus communément conjugués de la langue française, ou plutôt d'une novlangue qui s'impose dans un empêchement à penser la vie. Nombreux sont les psychiatres qui refusent de se transformer en gestionnaires car ils savent que soigner ne va pas sans risque, confrontés qu'ils sont à l'humain, à son désarroi, à sa souffrance, à sa folie. L'acte psychiatrique expose autant le patient que le praticien dans un risque partagé de parler, d'écouter, de révéler, de comprendre, de bousculer un équilibre précaire, de se confronter à l'innommable en soi et en l'autre, mais aussi dans le risque du diagnostic, du choix thérapeutique et de son acceptation. Bref, c'est le vrai risque d'une rencontre où chacun s'expose entre volonté et nécessité.

Ce qui se joue dans la rencontre clinique et le transfert ne va pas sans risque, jusqu'à celui du vertige d'un acte inaugural. C'est précisément ce risque qui ne pourra jamais être « géré », car il relève de l'imprévisible, de ce qui échappe à toute programmation. D'ailleurs, il est rare qu'on oublie ces patients qui nous ont fait psychiatres dans des rencontres fondatrices de notre expérience, parfois bien loin des sentiers battus de la formation universitaire.

Du vertige à l'effroi, il est un risque que le psychiatre ne s'aventure pas à évoquer avec ses pairs. C'est celui auquel il s'expose dans un moment critique du transfert, précisément au moment où le patient se risque à s'y exposer. Ce n'est que dans l'après-coup qu'il est possible de saisir l'importance de cet instant de bascule, lorsqu'en toute inconscience s'ouvre une voie inouïe. Il n'est pas question de rechercher le danger mais d'accepter ce point d'effroi qui peut augurer d'un dénouement thérapeutique.

Oser s'offrir à la rencontre, au colloque singulier avec le patient, aux effets imprévisibles du transfert, à notre propre surdité, à nos peurs et nos limites ; affronter le risque du paiement direct, de la gestion administrative, de la procédure en justice, des pressions des organismes de tutelle... C'est le pari de ces Journées que d'échanger sur tous ces risques pris au quotidien dans nos engagements, dans nos fondamentaux et dans notre acte, délibérément ou inconsciemment, mais sans être averti du risque que nous prenons et du risque que le patient prend en venant nous consulter. Il nous appartient aussi de transmettre aux jeunes psychiatres la richesse d'une pratique qui, de ne pas être programmée, en est d'autant plus créative.

Programme

Jeudi 1^{er} octobre 2015

- | | |
|----------------|--|
| 16 h – 19 h 30 | I – Au risque de vieillir – Frédéric Aumjaud, Catherine Schott
coord : Jean-Jacques Bonamour du Tartre |
| DPC | II – Le psychiatre et l'adolescent – Claude Gernez, Thierry Delcourt
coord : Anne Rosenberg, Françoise Labes |
| 19 h | Accueil |
| 21 h | CONFÉRENCE INAUGURALE Anne Dufourmantelle |

feuilles détachables

Vendredi 2 octobre 2015 (Matin)

- 9 h/11 h **PLÉNIÈRE 1** **L'acte clinique au risque du politique**
- Patrice Charbit
 - Michaël Foessel
- 11 h 30/13 h **PLÉNIÈRE 2** **S'autoriser : Au risque de la rencontre**
- Michel Jurus
 - Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Vendredi 2 octobre 2015 (Après-midi)

- 14 h/17 h 30 I – **Au risque de vieillir** – Frédéric Aumjaud, Catherine Schott
coord : Jean-Jacques Bonamour du Tartre
- DPC** II – **Le psychiatre et l'adolescent** – Claude Gernez, Thierry Delcourt
coord : Anne Rosenberg, Françoise Labes
- 14 h/17 h 30 Atelier 1 – **L'acte clinique au risque du politique**
Atelier 2 – **Ces patients qui nous font psychiatre**
- 17 h 45/19 h « **Expérience danse** » sous la direction de Ghyslaine Gau, chorégraphe montpelliéraine

Samedi 3 octobre 2015 (Matin)

- 9 h/11 h **PLÉNIÈRE 3** **De l'effroi au vertige, le risque du transfert**
- Claude Gernez
 - Sylvie le Poulichet
- 11 h 30/13 h Atelier 3 – **De l'effroi au vertige, le risque du transfert**
Atelier 4 – « **Heureusement, la psychiatrie d'exercice privé prend encore des risques !** »
Atelier 5 – **Jeunes Psychiatres – L'installation libérale, un risque ?**

Samedi 3 octobre 2015 (Après-midi) Rêvons-nous encore d'une société sans risque ?

- 14 h 30/16 h 30 Table ronde
- Ghyslaine Gau, chorégraphe – « retour d'expérience » de « danse avec les psys »
 - Sofiane Zribi (choc sociopolitique et risque de la pratique)
 - Hervé Bokobza – *Ne pas en prendre, n'est-ce pas le plus grand des risques ?*
- 16 h 45/17 h 30 Conférence
- Fethi Benslama

Samedi soir « La grande soirée »

APPEL À COMMUNICATION

Atelier 1 : L'acte clinique au risque du politique

Le geste clinique est aussi un geste politique. Le psychiatre prend ou non le risque de subvertir, de résister, de s'indigner activement. L'inflation galopante de la gestion et de l'emprise du DSM oblige à s'engager dans un combat syndical et politique. Si le sécuritaire commande (centre de gestion des risques, comité de retour d'expérience...), si la précaution impose un programme à l'acte psychiatrique, il nous appartient de désobéir, seule condition pour entendre le patient et respecter sa singularité.

Atelier 2 : Ces patients qui nous font psychiatre

Qu'est-ce qui nous permet de sécuriser notre acte psychiatrique par rapport aux patients ? L'expérience diront certains, mais sans une mise en question permanente et une créativité, l'expérience n'est rien. Chacun a en tête ce qui l'a fait psychiatre au décours de sa formation et de l'exercice de ses jeunes années : le risque de s'égarer pour trouver sa voie en acceptant la différence, la folie de l'autre et son écho en soi, la pulsion de mort à l'œuvre dans l'insistance du symptôme...

L'élaboration d'une clinique au un par un oblige à prendre le risque de penser autrement, et parfois de payer le prix de son audace ou de ses peurs. Le patient, qui prend un risque lui aussi, nous y attend.

Atelier 3 : De l'effroi au vertige, le risque du transfert

Sachant que c'est aussi le risque qui soigne, comment se repérer entre :

Le risque pris consciemment dans l'intérêt du patient ou à sa demande.

Le risque consenti intuitivement, pris grâce à l'expérience, et vaguement conscientisé.

Le risque qu'on ne s'est pas vu prendre, et quand on le voit, c'est le vertige, voire l'effroi.

Le risque transférentiel, c'est l'événement dans la douleur ou la beauté créative de l'instant. C'est un risque partagé ; c'est aussi un risque calculé, celui de sécuriser le patient au bord de sa vérité ou de son gouffre.

Atelier 4 : « Heureusement, la psychiatrie d'exercice privé prend encore des risques ! »

L'initiative d'une lettre ouverte aux praticiens du Languedoc-Roussillon vise, depuis 2 ans, à soulever les questions essentielles sur les dérives actuelles des pratiques normées qui tendent à réduire le champ de la psychiatrie à un plateau technique au service de la santé mentale et de sa politique gestionnaire. Symboliquement engagés dans l'enceinte de la Faculté de Médecine de Montpellier, les débats révèlent une puissante vague d'indignation et une forte volonté de résistance en faveur de la clinique du sujet sans pour autant nier, à leurs justes places, les approches plus objectales. Il se profile, du coup, une demande de formation et transmission transdisciplinaires qui pourrait, sur de nouvelles bases, déclencher une sorte de mieux vivre ensemble la psychiatrie...

Atelier 5 : Atelier jeunes psychiatres : l'installation libérale, un risque ?

La démographie des psychiatres commence sa drastique diminution... et touchera surtout les praticiens libéraux (selon les projections de l'Ordre des Médecins). Les jeunes psychiatres expriment souvent leur crainte devant une éventuelle installation. Les freins à l'installation libérale sont nombreux, concrets, mais parfois relèvent surtout du manque d'information sur la réalité des pratiques ou la dramatisation de procédures pas si complexes. Cet atelier s'adresse à nos jeunes confrères et collègues, y compris internes, qui pourront y rencontrer leurs aînés pour mieux connaître la pratique libérale, ses risques, ses joies. Les aspects cliniques seront tout autant abordés que les notions pratiques, voire légales.

Proposez votre intervention...

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

Le texte définitif de votre intervention devra être impérativement communiqué à l'AFPEP avant le 1^{er} septembre 2015.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : Fax : Courriel :

Titre de l'intervention proposée :

Atelier concerné : 1 2 3 4 5

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

1. Au risque de vieillir**Approche clinique en pratique libérale****Animée par Frédéric Aumjaud et Catherine Schott****Coordinateur : Jean-Jacques Bonamour du Tartre**

Le psychiatre libéral est confronté à une augmentation de sa patientèle de personnes âgées mais aussi à son propre vieillissement. L'interrogation, la souffrance et le vacillement psychique, qui font partie des grandes catégories des demandes, viennent ainsi se colorer de la dimension processuelle que peut être le vieillissement du Sujet. Les maladies psychiatriques qui apparaissent à l'âge avancé et celles qui vieillissent, amplifient l'approche éclectique de cette séméiologie. Néanmoins la pratique en cabinet nécessite un repérage du champ de compétence rapide du praticien compte tenu de la fragilité du Sujet Vieillissant âgé. De ce fait il en ressort une pratique spécifique qui sera progressivement dévoilée lors de ce temps de formation.

La progression proposée sera faite à plusieurs voix, par deux psychiatres et une gériatre afin que chacun, en fonction de son type de fonctionnement professionnel, puisse extraire au mieux une praxie caractérisant « sa signature ».

Dans une approche didactique, un extrait de film servira de point d'appui pour une approche concrète et théorique. Ensuite, celle-ci sera illustrée par des exemples cliniques sur les grands thèmes de la psychiatrie gériatrique et de la psychopathologie à l'âge avancé. Les participants seront accompagnés pour trouver une trame de leur conduite à tenir lors d'une pratique libérale.

2. Le psychiatre et l'adolescent**Animée par Claude Gernez et Thierry Delcourt****Coordinatrices : Anne Rosenberg et Françoise Labes**

À partir de situations cliniques et thérapeutiques concrètes, les intervenants proposent de reconsidérer l'acte psychiatrique avec l'adolescent dans sa dimension de découverte.

La demande de soin d'un adolescent relève de conditions particulières où la famille et la société prennent souvent le pas sur la formulation hésitante d'un malaise, d'une souffrance ou d'un trouble sévère masqué derrière une attitude de défi ou de repli.

L'expérience du clinicien n'est rien sans le risque qu'il prend à chaque rencontre, d'entendre réellement ce qui se dit derrière une posture de mise à distance et de protection de l'intime.

La rencontre se joue dans l'instant qui ne se présente au mieux qu'une fois. Il s'agit de ne pas la rater, et donc de prendre le risque de s'adresser au plus près de ce que l'adolescent attend secrètement de nous. En cas d'échec, le risque est celui d'un passage à l'acte ou d'un repli mutique. Si la rencontre réussit, l'aventure thérapeutique est souvent passionnante.

Cette approche concrète permettra également de reconsidérer les repères cliniques qui nous ont été enseignés. Le rapport des adolescents à leur corps, à leur intimité, à la famille, à l'autre, au travail et à l'inscription sociale est considérablement remodelé par la donne d'une économie en crise, par l'influence des nouvelles technologies, par la médiatisation du choix identitaire et par la temporalité précipitée. Tous ces facteurs d'évolution ont non seulement une influence sur l'expression symptomatique des troubles, mais ils semblent bouleverser les modèles cliniques, notamment dans le rapport au narcissisme et au désir.

Les sessions

- Le psychiatre et l'adolescent – Session 39731500002

- jeudi 1^{er} octobre – 16h à 19h30 (397315000021)
- vendredi 2 octobre – 14h à 17h30 (397315000022)

- Au risque de vieillir – Session 39731500003

- jeudi 1^{er} octobre – 16h à 19h30 (397315000031)
- vendredi 2 octobre – 14h à 17h30 (397315000032)

Le nombre de place est limité à 25 personnes par session, il est donc urgent de s'inscrire rapidement.

Merci de nous retourner UN CHÉQUE DE CAUTION de 50 euros à l'ordre de l'ODPC – PP remboursable lors de votre présence à la session DPC.

Comment s'inscrire à une formation DPC

Comme pour toute formation DPC officielle, l'inscription se fait sur le site www.mondpc.fr.

Vous devez :

- créer votre compte personnel sur www.mondpc.fr (site Internet de l'OGDPC dédié aux professionnels de santé) ;
- rechercher le programme de DPC sous le numéro 3973150000... ;
- vous inscrire à la session du programme de DPC en ligne, depuis votre espace personnel.

(Pour comprendre ce fonctionnement, veuillez vous reporter au BIPP N° 65 p.6 qui reprend en détail ces sigles et « l'usine à gaz » que constitue cet ODPC).

Si vous avez des problèmes pour vous inscrire sur le site www.mondpc.fr vous pouvez contacter **Chantal BERNAZZANI** au 01 43 46 25 55.

En région

Informations Lilloises

- Le Congrès Français de Psychiatrie se tiendra à Lille du 25 au 28 Novembre 2015 sur le thème : « Psychiatrie : enjeux, ambitions et réalités ».

- Dans ce cadre, le 25 Novembre, aura lieu une rencontre intitulée : « Comment créer une relation de soin avec le patient schizophrène ? »

- En 2017, Lille accueillera les Journées Nationales de l'AFPEP au début Octobre. Le thème de ces Journées sera communiqué ultérieurement.

feuilles détachables**Autres actions nationales**

Congrès Français de Psychiatrie7^{ème} EDITION

Lille – Grand Palais

du 25 novembre au 28 novembre 2015

www.congresfrancaispsychiatrie.org**Forum des Associations : AFPEP****La psychiatrie privée entre socles anciens et nouvelle donne sociétale**

L'AFPEP – SNPP existe sous sa forme actuelle, associative et syndicale, depuis plus de 40 ans. Elle représente les psychiatres privés (libéraux en ville et en clinique, mais aussi salariés à temps partiel dans le milieu associatif et médico-social). La psychiatrie privée accompagne le patient dans l'accomplissement de soins qu'il a librement choisis. Elle repose essentiellement sur un lien de confiance où la souplesse du clinicien et sa polyvalence sont les clés d'une efficacité thérapeutique et préventive des troubles mentaux les plus variés (depuis les interrogations en apparence bénignes jusqu'aux pathologies chroniques lourdes).

L'exercice privé se distingue par le dispositif psychiatrique le plus allégé, son moindre coût de fonctionnement, notamment administratif, et assure environ 2 millions de consultations annuelles en France. Il permet un exercice professionnel le plus indépendant possible, car la rémunération repose essentiellement sur les honoraires directement perçus de la part des patients.

A ce titre, les psychiatres privés expriment un point de vue indépendant et original sur les processus administratifs imposés par la législation, et notamment par la Haute Autorité de Santé. Ils demeurent solidaires de la profession qui bénéficie ainsi d'une complémentarité dans l'éventail thérapeutique, par une articulation entre la ville et l'hôpital.

Ils peuvent enrichir la réflexion psychiatrique par leurs recherches indépendantes, et ainsi réinterroger les concepts de la psychiatrie traditionnelle, par exemple le paradigme de la psychose, qui a permis le développement d'une réflexion clinique spécifique à la psychiatrie.

Ils doivent confronter les données de la science avec le besoin que ressentent les patients d'exprimer librement leurs troubles, et beaucoup d'entre eux pratiquent la psychothérapie. C'est ainsi qu'ils sont amenés à réinventer leur approche clinique au gré de l'évolution de la société et de la technologie, notamment en ce qui concerne les adolescents et les nouveaux modes d'expression de leurs troubles.

Président de séance : *Thierry Delcourt***Communication 1****Un psychiatre au pays de l'HAS ou le soin face à la santé*****Michel Jurus*****Communication 2****La naissance du paradigme de psychose*****Jérémy Sinzelle*****Communication 3****Adolescence et pathologies psychiatriques ; nouvelle donne ? Nouveaux paradigmes ?*****Claude Gernez***

feuilles détachables

International

8^{es} Rencontres Francopsies
Anthropologie et Psychiatrie contemporaine

Tunis - Bibliothèque nationale de Tunisie
30 avril – 6 mai 2015

Depuis son origine en l'an 2000 ALFAPSY, fédération internationale francophone de libre psychiatrie, multiplie ses recherches centrées sur la clinique du Sujet en inter culturalité. Ses formats de travail (Rencontres Francopsies, Colloques Inter Psy, Rencontres Cité Psy, Symposia, partenariats multiples), ont donné à bien des praticiens isolés et à nombre d'organisations professionnelles du secteur privé de la psychiatrie l'occasion de se conforter dans l'idée que, au regard des révolutions qui s'accélèrent, scientifiques, sociales, culturelles ou politiques, la psychiatrie comme discipline médicale de l'humain ne prend tout son sens que si on l'aborde dans le champ anthropologique où elle s'exprime.

Une clinique dynamique et centrée sur le Sujet, en ce qu'elle traduit le langage de la souffrance qui spécifie l'humaine condition, devrait-elle se dispenser de sa dimension relationnelle et intersubjective, pourrait-elle se suffire de protocoles donnés ?

En effet, laissées à leurs seuls développements, les approches biomédicales neuroscientifiques actuelles comme celles plus gestionnaires des cohortes en santé mentale se concentrent sur une clinique descriptive et d'objet de soin à visée adaptative, au risque de toutes les dérives régressives colportées par l'Histoire ; à cette clinique que l'on peut qualifier de l'Un il importe donc de prendre sans cesse en compte une clinique de l'Autre dans son altérité, une clinique intégrative dans sa dimension bio socio culturelle et éco politique.

C'est à l'appel enthousiaste et vibrant des psychiatres de l'ATPEP, sous le haut patronage de la Présidence de la République de la Tunisie en pleine mutation démocratiquement conquise, que nous avons tout mis en œuvre pour engager ce débat et vérifier ensemble la valeur de notre conception anthropologique de la psychiatrie contemporaine.

Paul Lacaze

X 

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

Après cette expérience de trois mois, obtenant mon diplôme de secrétaire médicale, je décidais de devenir médecin mais en rêvant aux différentes fonctions du médecin de campagne... Par le hasard du tirage au sort, je fus affectée en troisième année de médecine, pour une durée d'un an dans un service de réanimation médicale. Là, le fait de vivre de très vives émotions en voyant tant de gens, au plus près de l'entre deux mondes, sans pouvoir parler parce qu'intubés et puis mourir, je fus saisie par l'intensité de leur angoisse exprimée par leur regard terrorisé et par celle des soignants, qui s'étaient bien davantage par une hyperagitation/activité technique que par des liens de concertation parlés. Je réalisais que la médecine ne pouvait pas empêcher la mort ! Donc, l'angoisse de la mort vrillée au corps, je commençai une analyse qui probablement, me fit choisir pour une part, comme premier lieu d'externat, l'année suivante, à Créteil, à l'hôpital Albert Chenevier, le service de psychiatrie du Professeur André Bourguignon, analyste APF et très au fait de la psychothérapie institutionnelle.

C'est ma rencontre avec de jeunes patients très dissociés, ANNE et FRED, tellement différents de moi mais vis-à-vis desquels je me suis sentie si proche... qui est venue préciser mon intérêt pour la folie car j'y ai entendu un rapport avec la vérité et l'inédit. A partir de leurs profondes difficultés existentielles, leurs façons d'être si peu conformiste ou conforme, leurs traits d'esprit, leur immense réceptivité aux autres et cette simplicité « bon enfant » c'est à partir de ces rencontres avec eux qu'est venue se décliner ma question : Comment devient-on fou & Comment ne le devenons-nous pas ?

La dynamique de travail dans ce service de 100 patients, répartis sur 4 étages, donc 4 équipes différentes, était orchestrée par la Parole et l'Ecoute patiente et les prescriptions se faisaient à minima. Il n'y avait presque jamais de violence et je me souviens de Patrick C. qui demandait la chambre d'isolement quand son délire paranoïaque le mettait trop en danger ; dans ce cas l'infirmière ou la surveillante restait très à l'écoute... présente si besoin... Les infirmières et les surveillantes, « permanents » ou piliers du service, m'ont appris mon métier autant que les patients. Nous parlions, nous causions, nous questionnons à partir de nos étonnements, de notre perplexité rencontrant tant de bizarreries mais aussi de drôleries... même pathétiques ! Nous cherchions ensemble à contenir pour apaiser, inventer, tisser des écarts, des espaces, des « ailleurs »... afin que leur vie soit moins abrupte. Nous pratiquions les packs, ces enveloppements dans des draps humides qui apportaient apaisement et recentrement à ceux et celles qui exprimaient un grand mal être corporel...

Chaque matin : réunion, autour d'un café, avec patients et tous les soignants.

Puis, les entretiens pour chaque patient, se faisaient avec tout le personnel concerné par lui : la lingère, l'aide-soignante, l'infirmière, la surveillante, l'externe, l'interne, l'assistant et parfois Mr Bourguignon. La parole de chacun(e) était respectée et discutée avec attention d'où qu'elle vienne. Hors hiérarchie. Nous pensions ensemble. Du Holding collectif pour accompagner un(e) des nôtres en quelque sorte, vers une vie un peu plus vivable. Nous partageons le sentiment d'accompagner, de soutenir, d'être AVEC les patients et non pas de parler ou de décider à leurs places. Nous organisons des séjours thérapeutiques, des accompagnements, des sorties en ville, des fêtes, des ateliers... Quand les patients quittaient le service, ils étaient reçus au CMP du secteur et les consultants de ces CMP venaient chaque mois lors de grandes réunions, nous parler du suivi ou venaient rendre visite à leurs patients quand ceux-ci étaient ré-hospitalisés : ré-hospitalisation qu'ils pouvaient souvent eux-mêmes redemander en se présentant spontanément dans le service.

J'ai passionnément investi ce service et le travail de grande qualité humaine qui s'y faisait. La majorité des soignants étaient en analyse ainsi que la secrétaire du « Patron » et la bibliothécaire. J'y ai fait un autre semestre d'externat, un semestre en tant que stagiaire interné puis un an de Faisant fonction d'interne en créant avec l'appui de Mr Bourguignon un poste de Psychiatre de garde aux Urgences de l'hôpital Henri Mondor, travail de nuit que j'ai occupé pendant plusieurs années, ce qui m'a appris aussi que l'on pouvait travailler parfois, très bien avec la police que bien évidemment je ne portais pas dans mon cœur et avec le personnel médical, pas très initié aux raptus de la nuit !

J'avais choisi pour sujet de thèse « une révolte de fous à l'hôpital de Bicêtre en 1889 » pour analyser les rapports entre camp militaire/ couvent/prison/hôpital psychiatrique et étudier aussi comment était parlée la Folie dans la presse du XIX^{ème} siècle. J'avais donc lu de nombreux textes sur les conditions d'hospitalisation en psychiatrie durant le siècle précédent. Le « fou » était déjà nommé « forcené » ce qui n'est pas sans lien avec « les schizophrènes dangereux » de décembre 2008...

Reçue à l'internat des hôpitaux psychiatriques, d'abord à celui de l'Oise avant d'obtenir celui de L'île de France, je me suis retrouvée en plein XIX^{ème} siècle à Clermont de l'Oise mais aussi retrouvailles avec l'horreur asilaire institutionnalisée, déjà connue en 1969 à Villejuif. Fitz-James me fit aussi instantanément penser à un camp de concentration avec ces barbelés qui entouraient chaque pavillon, ses cheminées-miradors qui lâchaient cette fumée épaisse... ces terrains vagues... Ces patients hébétés, perdus, surdosés qui bavaient et ne pouvaient pas articuler, qui erraient dans les couloirs ou qui étaient hypnotisés devant l'écran de télévision ;

ces infirmier(e)s qui semblaient eux aussi vouloir rester enfermés, en eux-mêmes ou dans leur salle de repos, à ricaner, siroter, jouer aux cartes les après-midi tandis que les patients étaient laissés dans le plus complet abandon au sein de l'hôpital alors qu'ils pouvaient être « utilisés » pour des travaux de maintenance dans les maisons avoisinantes du personnel soignant ou pour coudre et tricoter la layette de leurs enfants !

La lecture que j'ai menée pendant mes 5 années d'internat m'a fait connaître des abus de pouvoir effroyables. A l'exception du service de Mr Trillat à Maison-Blanche, que ce soit le fonctionnement du service de Melle Colmart à Fitz-James, plus absente que son ombre ou celui de Mme Tolédano à Villejuif, plus omnipotente qu'un général d'armée, qui voulait faire pratiquer la ligature des trompes aux femmes en âge d'avoir un enfant, ou celui de Mr Lauff à la Queue en Brie, qui voulait faire installer des caméras dans toutes les pièces de son service ou celui de Mr Martel à Ville-Evrard, qui refusait tout risque de conflictualité, il n'était pas plausible de les considérer comme des lieux de soin. La violence quotidienne qui s'y condensait, propre à la folie autant qu'aux mécanismes de censure qui orchestraient le déni des subjectivités et de la parole, fabriquait des ombres d'Humains : des soignants « chronisés » et des patients atterrés par la chimie et par cette « mise en condition » invalidante, qui amputaient leur savoir, leur histoire singulière, liée toujours à la Grande Histoire.

Expérience de très grande solitude et de grande déconvenue pour moi comme pour eux. Désarroi fabriquant une détermination : devenir psychiatre oui mais contre la psychiatisation des patients ! J'étais convaincue de l'effet relativement apaisant des psychotropes pour amoindrir les symptômes délirants ou hallucinatoires mais réduire l'acte thérapeutique aux prescriptions représentait un désengagement et une pratique de pouvoir, incompatible avec le registre de la souffrance psychique. J'avais voulu éprouver l'effet d'un neuroleptique et pris un comprimé de Nozinan 25 : j'étais restée clouée 36 heures dans un état d'hébétude grave ! Sans allié, je ne réussis pas, de ma place d'Interne, à déjouer, à déplacer les forces d'inertie et de dé liaison qui saturaient ces équipes. Pendant mes huit années, chez Bourguignon j'avais senti la nécessité, pour travailler avec la folie, de mettre mon « appareil psychique » à la disposition des autres, afin d'accompagner chaque patient dans sa traversée douloureuse, mais à l'HP, mes acquis, mon audace, ma volonté d'initiative s'avéraient sans grand effet voire anéantis par un chef de service ou un assistant qui modifiait le soir, mes prescriptions du matin, en les multipliant X fois... ou réfutait mes réflexions psycho dynamiques. Et quand je revoyais au CMP des patients avec lesquels pouvait s'engager un travail psychothérapeutique et donc diminuer progressivement

les posologies, celles-ci étaient systématiquement augmentées lors d'une nouvelle hospitalisation... comme si l'institution dite soignante ne pouvait exercer ses fonctions qu'en faisant TAIRE L'ALTERITÉ RADICALE au fondement de notre diversité humaine. S'engager du côté de la folie est donc aussi, bien évidemment, une affaire politique. Chez Bourguignon j'ai appris et aimé faire alliance avec le patient, sa famille et les collègues de travail parce que le travail avait pour soubassement le plaisir de la recherche, de la pensée qui tâtonne, la prise en compte de la vie psychique inconsciente autant que celle de la réalité d'ancrage social.

Dans ces mouiroirs que furent pour moi les HP, j'y ai vécu trop de drames humains : mes sentiments d'impuissance et de révolte à l'égard des enfants attachés dans leur lit ou aux radiateurs, assis sur leurs excréments, considérés « comme des petits animaux sauvages » « irrécupérables », vis-à-vis des femmes, dans les parcs de l'hôpital, abusées par les visiteurs du dimanche, trop fauchés pour « se payer » une relation sexuelle, ou vis-à-vis des hommes s'alcoolisant ou trafiquant auprès des plus jeunes, des substances toxiques... et les soignants restaient le plus souvent inentamables et moi je croyais devenir folle de douleur au-delà de mes combats. Mon expérience de ce qu'il en coûte d'en passer par l'institutionnalisation de ce Pouvoir, de CETTE psychiatrie qui meurtrit, qui humilie en redoublant les blessures de la vie, me détermina à engager ma pratique auprès des enfants et de leurs parents pour que ces enfants différents ou dérangement ne connaissent jamais la psychiatisation de leurs troubles ou de leur inadaptation au système dominant, orchestré par les normes d'une bourgeoisie avare de ses prérogatives.

Supporter ce long cheminement dans ces lieux d'exclusion, ne me fût possible qu'en tissant par ailleurs d'autres investissements affectifs. En devenant parent au début de mon internat, je dois à mon enfant un soutien indéfectible tant sa joie de vivre et sa tendresse pouvaient venir « réparer » ou me faire oublier un temps, les blessures liées à cette maltraitance institutionnelle. L'hôpital psychiatrique fût pour moi une expérience traumatique qui, malgré mes recherches de recours, n'a pu trouver remède auprès des réseaux alternatifs à la psychiatrie ou du courant de l'anti-psychiatrie, initié par Laing, Cooper et Basaglia. C'est auprès de Gisela Pankow, de Jacques Lacan m'accompagnant dans ma lecture des textes de Freud puis avec Françoise Dolto, Radmila Zygourris et des collègues du Collège de Psychanalystes dont j'étais membre, que mon désir et ma volonté se sont trouvés confortés pour exercer le métier de psychiatre en assumant mon style, c'est-à-dire les travers de ma névrose, pour articuler dans ma pratique, réalité psychique ET réalité sociale et veiller à ne pas tronquer son savoir en instrument de pouvoir.

Quels que furent les différents lieux où je travaillais CMP, CMPP, Hôpital Laennec, IME, Placement Familial Spécialisé, AED ou AEMO l'intérêt du travail « en équipe » ne pouvait se déplier et se vivre « au service » des patients, Petits ou Grands, qu'en partageant nos efforts de pensées et de présence soutenue. Travailler dans une institution soignante, c'est reconnaître son vouloir entendre d'autres modalités d'approche, celles qui ouvrent et creusent notre impensé/impensable, celles qui nous délogent de nos certitudes du moment. Si j'ai toujours su puis pensé que la prise en compte de l'inconscient et du transfert était incontournable dans les relations avec soi-même et avec les autres et trouvé un appui incontestable dans mes liens transférentiels à mes différents analystes ou dans des groupes de travail avec des collègues, je répugne à voir les

apports si précieux des théories psychanalytiques, érigées en dogmes ou en super savoir ou en armes de guerre ! Car, rencontrer ces enfants hypermnésiques qui comprennent ce que parler veut dire et n'entrent pas dans le langage ou ces adultes qui retournent répétitivement dans leurs ornières, nous place au plus près d'une énigme sans fond. Nous sommes confrontés à un tel chaos d'inconnues, que notre travail de passeur, fait de nous des artisans modestes, travaillés comme nous le sommes, par cette incomplétude anxigène qui n'autorise, en aucun cas, ces postures prétentieuses en miroir de l'imposture « psychiatrisante » : toutes deux ayant participé gravement à la mise à mal du soin psychique et au prendre soin des plus fragiles.

Liliane Irzenski

Bilan Prescription

Tribune d'une participante à la Journée DPC du 7 mars 2015 à Paris

Journée studieuse au local de l'AFPEP – SNPP alors que le printemps faisait signe dehors. Ambiance de travail qui a rapidement trouvé un rythme très dynamique entre les participants et les deux animateurs de la formation.

Le tour de table inaugural a montré, outre la grande diversité géographique des participants et la diversité de leurs lieux d'exercice, d'emblée, le foisonnement des questions amenées. Le point commun était d'avoir des informations fondées en raison sur les psychotropes disponibles et leur meilleur usage. J'ai été frappée de ce que nombre de collègues présents, non prescripteurs a priori dans une pratique guidée par la psychanalyse, aient déclaré s'y mettre à l'occasion, en particulier du fait des prescriptions confuses et anarchiques initiées par des généralistes.

La journée a été remarquablement animée et irriguée par le Dr Gilles Mignot et le Dr Muriel Gaudoneix-Taieb, pharmacienne des hôpitaux. Gilles Mignot est bien connu en tant que membre du comité de rédaction de la revue Prescrire (depuis 25 ans). Pharmacologue de formation et psychiatre en exercice, il a eu la simplicité d'intervenir parfois au cours de la journée au titre de son expérience de collègue, psychiatre, psychothérapeute, faisant ainsi bouger les lignes des connaissances et des registres en écho à ce qui se mobilise dans les rencontres cliniques avec les patients. Le même état d'esprit, engagé, était sensible chez M^{me} Muriel Gaudoneix-Taieb, pharmacienne à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif.

L'orientation de cette journée de formation initiée par notre syndicat dans sa branche ODPC – PP postulait l'intérêt et l'importance d'une information actualisée sur les psychotropes à la hauteur de nos responsabilités, et indépendante de l'industrie pharmaceutique et de ses « collaborateurs ». Un des apports de cette journée a été, de mon point de vue, d'apprendre à réfléchir sur ces questions, de s'approprier la construction de cette indépendance, d'avoir ou de développer des outils critiques de méthode. Ainsi, on a pu appréhender les catégories de psychotropes dans une approche bénéfiques-risques, à la fois avec des points de repères forts et des contradictions qui n'ont pas manqué de bousculer les débats.

La qualité des animateurs a été d'un apport inestimable dans l'appréhension pratique de ces connaissances critiques. L'un et l'autre ont fait des interventions ramassées, concises et documentées concernant ou des principes généraux ou certains produits incontournables ou des situations classiquement embarrassantes.

Savoir comment l'agence du médicament par exemple ne joue pas son rôle de puissance publique face à l'industrie pharmaceutique et ses armes de pénétration du marché est une chose. Mieux comprendre comment sont construites les études d'un nouveau produit, les méta-analyses, etc., est un autre niveau. Au passage, je dois dire que certains d'entre nous semblaient assez calés et il y avait du piment dans les débats...

Le choix que nous avons entre prescrire et ne pas prescrire et quoi prescrire renvoie à la précision diagnostique, qui évidemment tient compte des bulles inflationnistes ambiantes. Il y avait là-dessus une sensibilité et des analyses partagées dans le groupe. Sortir renforcés dans la conviction d'avoir le choix est important tant les pressions qui s'exercent sur nous prennent des canaux variés : les patients « informés » par les sites internet et autres moyens de vulgarisation ambiants, les autorités de santé et leurs « recommandations ». Gilles Mignot nous a fort bien démontré comment un certain nombre de nouvelles molécules ou de nouvelles classes de médicaments sont adaptées non pas à des pathologies mais aux caractéristiques du monde actuel.

Devoir aussi être informés des règles de surveillance biologiques et autres, et pas seulement pour « se couvrir ».

Il y a eu des moments dans la journée où la teneur des échanges, des questions, des doutes m'ont rappelé des discussions d'autrefois à l'internat où le partage d'expérience, dans certaines conditions, a valeur de

formation en commun. Chacun en effet laisse ressurgir la question angoissée à propos de telle ou telle situation, de son hésitation, de sa responsabilité.

Reste pour chacun le travail de faire son miel des multiples informations recueillies au cours de cette dense journée, y compris avec l'aide de quelques bonnes adresses de référence.

Je retiens de cette journée l'expérience d'un travail en commun foisonnant, ayant la force d'un collectif militant et à rebours du système de mise sur le marché des médicaments : avoir des connaissances techniques suffisantes (en tous cas améliorées) pour utiliser le recours aux médicaments quand il est nécessaire, comme un outil thérapeutique au service des patients.

Merci à notre syndicat, et à l'ODPC – PP dont il a pris l'initiative, de nous avoir permis individuellement et collectivement ce progrès et ces conquêtes.

Monique Thizon
Paris

TRIBUNE LIBRE

La grève des médecins est justifiée

Pour comprendre les projets du gouvernement et la grève des médecins, il est nécessaire de rappeler quelques principes fondateurs de notre système de financement des soins médicaux et la nature des réformes en cours ou projetées.

L'Assurance-maladie, créée en 1930 pour les travailleurs salariés de l'industrie, s'est progressivement étendue à partir de 1946, mais n'a été généralisée que le 1^{er} janvier 2000 (avec la « couverture maladie universelle », CMU) à tous les résidents légaux sur le territoire national.

A l'origine, elle était vraiment une assurance : les cotisations n'étaient pas proportionnelles au revenu (elles étaient plafonnées et donc les mêmes pour tous les revenus au-dessus du plafond) et une partie des soins n'étaient pas remboursés. Il y avait – il y a toujours – une franchise que l'on appelle le « ticket modérateur », car l'on pensait que si les assurés payaient une partie des frais de leur poche, ils modéreraient leurs dépenses de soins.

Lire aussi : [Tiers-payant : pourquoi tant d'hostilité ?](#)

Comme le montant de cette « modération » pouvait être élevé, il a été couvert par des mutuelles, des assurances, des institutions de prévoyance (IP) puis, enfin, pour les bénéficiaires de la CMU, par une taxe sur les autres complémentaires ! Ce ticket modérateur est faible pour les soins hospitaliers (9 %), élevé pour l'ensemble des soins de ville (46 %) et très élevé pour les prothèses dentaires et les lunettes (95 %). Ne cherchez pas de logique autre qu'historique dans ce partage entre assurance complémentaire et Assurance-maladie, il n'y en a pas.

Optique et soins dentaires

Ainsi, nous sommes les seuls, en France, à avoir des médicaments remboursés – donc pourtant potentiellement efficaces – à 15 %, 30 %, 65 % ou 100 % ; nous sommes les seuls à avoir un fort ticket modérateur pour les soins de premier recours (les généralistes notamment) ; nous sommes les seuls

à mieux rembourser les médecins (70 %) que les infirmières (60 %), et si les soins chirurgicaux sont quasiment tous pris en charge à 100 % par l'Assurance-maladie, ce n'est pas le cas des hospitalisations en médecine – autrement dit, ceux qui n'ont pas la « chance » d'être opérés peuvent avoir un ticket modérateur élevé ; etc.

Or les réformes en cours ne touchent pas au partage, sans logique sanitaire ni économique, entre régimes obligatoires et complémentaires, elles essaient simplement d'en compenser les inconvénients. Si 22 % de nos concitoyens disent retarder leurs soins pour des raisons financières, il s'agit surtout d'optique et de soins dentaires, et rarement des consultations en médecine de ville (5 % des cas).

La première réforme, entrée en vigueur en 2015, tente de réguler le prix des lunettes et des prothèses et définit pour leur remboursement des prix planchers et des prix plafonds. Complexe (il y a plus de huit tarifs plafonds en optique !), la réforme va contraindre toutes les assurances complémentaires à dénoncer les contrats en cours (coût : 150 millions d'euros) et ne va rien réguler du tout car, dans certains cas, le « plancher » est plus élevé que les prix actuels les plus bas (bien que non régulés), et les plafonds sont tellement hauts qu'ils ne vont pas gêner grand monde...

La deuxième réforme, applicable au premier janvier 2016, est celle de l'Accord national interprofessionnel (ANI) sur la sécurisation de l'emploi. Cette réforme inattendue a été arrachée à l'occasion d'un accord sur l'emploi. Elle contraint toutes les très petites entreprises (TPE) à offrir une assurance complémentaire santé. Elle ne couvrira que 400 000 personnes supplémentaires, coûtera 1 milliard d'euros à l'État, 1 milliard d'euros aux TPE et privera la Sécurité sociale d'environ 500 millions de recettes, soit un coût global de 2,5 milliards d'euros (6 250 euros par personne couverte) ! Les travailleurs précaires, les chômeurs et les retraités n'en bénéficieront pas.

Pérennité de la Sécurité sociale menacée

Quant au projet de réforme du tiers payant généralisé, encore au stade de projet, il consisterait à transférer à l'Assurance-maladie la responsabilité du remboursement de sa part et de celle des complémentaires. Il est vraisemblable que cette disposition soit peu compatible avec le droit européen et français. En outre, et c'est pour cela que les médecins réagissent, cette réforme annonce paperasserie, impayés et relations difficiles avec les patients, car les médecins sont dans l'incapacité de savoir si leurs patients disposent ou non d'une « complémentaire santé » et si celle-ci est bien à jour.

Les risques d'impayés sont donc réels. De surcroît, ils se demandent comment un système informatique qui doit relier tous les régimes obligatoires et tous

les assureurs complémentaires sera mis en place. Pourquoi, en outre, concentrer tous les pouvoirs entre les mains de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et se priver du rôle régulateur que peuvent avoir les complémentaires dans, par exemple, la gestion des dépassements d'honoraires et des parcours de soins ?

Par ailleurs, les complémentaires vont-elles longtemps accepter de collecter les cotisations de leurs adhérents tout en se dessaisissant de leur gestion ? Pourquoi, enfin et surtout, instituer une avance de frais de 48 heures (temps moyen de remboursement d'une feuille de soins) pour la très grande majorité des Français qui peuvent avancer 23 €, et ne pas avoir limité la réforme aux bénéficiaires de la CMU et de l'aide complémentaire santé (ACS) ?

La pérennité de la Sécurité sociale est menacée par la dette et n'a pas besoin de l'aide supplémentaire de ces réformes discutables. La plus grande inégalité du système de santé est-elle d'ailleurs aujourd'hui, en France, celle de l'accès financier aux soins ou plutôt, comme je le pense, l'inégalité des soins médicaux eux-mêmes, excellents ici, plus quelconques ailleurs ? Mais pour réduire cette inégalité-là, il faut le faire avec, et pas contre le corps médical.

Curieuses réformes donc, généreuses avec le temps des uns et l'argent des autres, et qui ne touchent en rien à l'absurdité d'un ticket modérateur qui n'a jamais rien modéré.

Tiers-payant : pourquoi tant d'hostilité ?

Par Thibault Gajdos (chercheur au CNRS)

La Sécurité sociale et les assurances-maladie complémentaires couvrent une grande partie de nos dépenses de santé. C'est le cas lorsque l'on rend visite à son médecin de ville. Cependant, le prix de la consultation doit, dans l'immense majorité des cas, être avancé par le patient. Ce dernier paie donc le médecin, puis se fait rembourser. On pourrait imaginer que les assurances santé paient directement le médecin : c'est le principe du tiers payant.

Le principal avantage du tiers payant est d'empêcher que des patients renoncent à se soigner, faute d'être en mesure d'avancer les frais de consultation. Or, il s'agit là d'un problème majeur.

Philippe Warin et Catherine Chauveaud (Observatoire des non-recours aux droits et services) ont analysé les renoncements aux soins des assurés sociaux du Gard ([« Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard »](#), Odenore, septembre 2014). Ils observent que, dans 20 % des cas, les renoncements sont liés à la nécessité d'avancer les dépenses. Généraliser le tiers payant permettra donc d'améliorer l'accès aux soins.

Réduction des dépenses de santé à terme

Pourquoi les médecins libéraux s'y opposent-ils ? Leur premier argument est que le tiers payant est déjà généralisé pour les plus démunis, et que les médecins peuvent y recourir ponctuellement s'ils estiment que leurs patients en ont besoin. L'étude de l'Odenore montre que ces dispositifs ne sont pas suffisants.

Le deuxième argument mis en avant est qu'il s'agit d'une étatisation rampante de la santé en France, puisque le médecin ne sera plus payé par les patients. C'est totalement absurde : cela revient très exactement à dire que les commerçants sont payés par des banques lorsque leurs clients utilisent des chèques ou des cartes de crédit ! En vérité, aujourd'hui comme demain, c'est la Sécurité sociale qui finance l'essentiel des dépenses de santé en France (76 %, contre 14 % pour les assurances complémentaires, et moins de 10 % pour les ménages).

La troisième raison invoquée est le spectre d'une hausse incontrôlée des dépenses de santé. Evidemment, si la généralisation du tiers payant permet de lutter contre le non-recours, on devrait assister à une hausse des dépenses courantes de santé. Mais, ainsi que l'ont montré Paul Dourgnon, Florence Jusot (université Paris-Dauphine) et Romain Fantin (Irdes), les personnes qui renoncent à des soins pour des raisons financières voient leur état de santé se dégrader (Payer nuit gravement à la santé, Economie publique, 2012).

La prise en charge des besoins médicaux insatisfaits peut donc permettre, à terme, une réduction des dépenses de santé en évitant des complications liées à l'absence de traitement. Du reste, le bon outil pour

réguler la demande de santé n'est pas le tiers payant, mais le reste à charge, dont les syndicats de médecins ne réclament pas l'augmentation.

Réaction typiquement française

Enfin, les médecins libéraux soutiennent qu'il s'agit d'un dispositif trop complexe. C'est une réaction typiquement française. Nous savons envoyer des fusées dans l'espace, mais nous sommes incapables de mettre en œuvre le prélèvement de l'impôt sur le revenu à la source ou le tiers payant – deux procédures qui sont pourtant la règle dans la plupart des pays européens.

Il existe des difficultés techniques réelles, liées notamment au grand nombre d'organismes d'assurance complémentaire. Mais une discussion entre partenaires devrait en venir à bout, comme cela a été le cas pour la carte Vitale. Cela devrait donc susciter des objections sur les modalités de la généralisation du tiers payant, et non sur son principe.

Alors, quelle est la raison, la vraie, à l'opposition des médecins ? Difficile à dire. Il n'est pas impossible que certains médecins voient dans la transparence associée à ce mode de rémunération un frein aux dépassements d'honoraires. Comme le note pudiquement l'Inspection générale des affaires sociales (« Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville », Etienne Marie et Juliette Roger, IGAS, juillet 2013), il y a en effet « une certaine congruence entre avance des frais et liberté tarifaire ».

Jean de Kervasdoué
Professeur émérite au CNAM

Dignité

18 h 30, dans le crépuscule, des ombres silencieuses se rassemblent, qui avec une bougie, qui les mains dans les poches, visages exprimant la tristesse. Collectif spontané, ils sont nombreux, personne ne parle ou alors à voix basse.

Quelqu'un entame l'Hymne National... Chut ! Chut ! Pas ça ! Pas ce chant nationaliste, véritable incitation à la haine. Silence et dignité. Recueillement. Le sentiment d'avoir perdu quelque chose d'essentiel, quelque chose qui nous permettait de tenir dans cet individualisme forcené qui nous envahit depuis près de 30 ans. Une bonne conscience disparaît avec nos chers dessinateurs. Le besoin impérieux de se réunir, ensemble avec nos différences. Quel beau mot

“ensemble”, rien à voir avec ce groupons-nous de la Marseillaise, troupeau vengeur et revanchard. Ce clivage n'a cessé d'apparaître par la suite.

Sur le coup, l'horreur avait tué ma pensée. Il fallait que je me ressaisisse, ne pas me laisser avoir par la haine ou l'effondrement ! Encore une fois, il fallait que je me méfie des assertions bien-pensantes et des réactions viscérales. Sortir d'un manichéisme tentant.

Ne pas chercher un bouc émissaire et une victime symbolique : la religion contre la République, ou pire encore, l'ennemi extérieur contre la démocratie. D'abord tenter de comprendre. Comprendre l'acte ne l'excuse pas. Il fallait m'y atteler.

Rappelle-toi, me dis-je, qu'une violence est toujours une contre violence, qu'elle soit symbolique ou physique.

Il doit y avoir un défaut dans les mécanismes d'apaisement, d'amortissement.

Allez, un effort, on doit pouvoir trouver.

L'éducation bien sûr, elle a dû faillir à sa fonction modératrice des clivages idéologiques.

Mais ce n'est pas l'idéologie qui est en cause, elle n'est qu'un support, à la haine comme à la générosité.

La violence est surtout un aveu de vulnérabilité, vrai ou fantasmé, ne touchant bien souvent que la dignité. Sans confondre pour autant narcissisme et dignité. Car c'est bien là le piège.

Dignité : « Sentiment de valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui » dit mon dictionnaire¹.

Narcissisme : « Amour excessif (de l'image) de soi, associant survalorisation de soi et dévalorisation de l'autre, habituel chez l'enfant, courant chez l'adolescent, compensatoire chez l'adulte¹ ».

Les blessures narcissiques sont certes douloureuses mais elles sont supportables lorsqu'elles n'entament pas notre dignité.

Il m'est venu cette idée que le fanatisme serait une tentative désespérée de subvenir à une dignité bafouée.

Quelle chance avons-nous d'exercer un métier où nos fondamentaux peuvent nous assurer une dignité de tous les jours ! La liberté d'expression est au centre de notre quotidien. La lutte contre le mensonge et les faux-fuyants au centre de notre fonction. La résistance à la compromission au centre de nos devoirs.

Puisse cet élan collectif, jamais vu depuis la Libération, être le signe d'un sursaut, certes républicain, mais surtout un sursaut de respect de la dignité de chacun et de tous.

Olivier Schmitt

Président d'honneur de l'AFPEP – SNPP

Le 13 janvier 2015

¹ Dictionnaire de la langue française basé sur le TLFi (Trésor de la Langue Française infirmatisé)

Que faire de notre inhumanité ?

L'effet de terreur a bel et bien été obtenu par les instigateurs des attaques-commando, perpétrées à Paris par des adeptes d'un djihad sanglant ; on ne peut expliquer autrement la mobilisation sans précédent qui a suivi, avec ses inédits cocasses également : qui aurait jusqu'alors songé à donner l'accolade à un CRS lors d'une manifestation ?

Reste à savoir de quelle terreur il s'agit, qui nous touche à ce point, et provoque un tel retour d'amour sociétal : l'hypothèse que nous ferons, toute partielle et relative qu'elle soit, est qu'elle nous renvoie à l'inhumanité de l'homme, à laquelle il faut bien consentir pour perpétrer de tels crimes, et paraître autant jouir de la mort, à donner comme à recevoir.

Pour nécessaires ou inévitables qu'ils aient été, le spectacle de la compassion internationale, les incantations démocratiques ou républicaines, ou les tremolos autour de la victimisation du « pays des droits de l'homme » nous ont paru d'un bien faible secours, eu égard à la violence psychique induite par ces actions terroristes.

Mais telle est notre mythologie contemporaine : le remède absolu contre l'obscurantisme ou la tyrannie (en un mot, le mal), nos institutions et nos pratiques

occidentales nous l'apporteraient, avec ce qu'elles charrient de droits proclamés ou de démonstrations d'émotion, qui constitueraient une frontière aboutie, une digue infranchissable nous protégeant des maux de l'humanité, ou plutôt de l'inhumanité. On peut difficilement ignorer cependant tout ce qui se fait en sous-main, dans l'arrière-boutique de nos démocraties, dont la nature légitime ou civilisée est pour le moins contestable...

Une patiente nous le rappelait ces derniers jours : réputée bipolaire et dûment suivie par ailleurs dans un temple de la chose, elle vient cependant chercher une écoute et une parole autre dans un cadre psychothérapeutique privé. Après quelques mois de « pleine forme » sans dimension maniaque pour autant, un vilain doute vient à nouveau la tarauder ; elle recommence à s'ennuyer et s'angoisse de la reprise possible d'un marasme qu'elle a trop souvent connu. Mais surtout, ce dont elle se plaint le plus, c'est d'un sentiment de devenir inhumaine, déshabillée par tout sentiment empathique, et terrifiée par la perception d'une froide envie de détruire, elle-même ou d'autres. Cette inhumanité la met face à une menace absolue, radicale, une chose apte à entièrement remettre en cause son rapport à elle-même.

La psychanalyse, aujourd'hui si décriée, nous a instruits de la nature irrémédiablement violente et destructrice de certaines pulsions, humaines malgré tout, et de la vanité de toute espérance d'y échapper : au mieux, Freud nous a-t-il laissé le droit et le devoir de la vigilance, de l'auto-observation scrupuleuse de nos propres turpitudes, comme une chance, si ce n'est la seule, qu'elles ne prennent pas trop de place, ou qu'elles n'aient pas trop de conséquences. Héritage culturel peu prisé au temps de l'arrogance.

Tel est peut-être ce qui nous a ébranlés début janvier : le retour radical d'un refoulé concernant l'inhumanité, la barbarie, touchant potentiellement tout un chacun. Individuellement ou collectivement, la passivité, la haine de soi et/ou des autres, l'idéalisation « à mort » de certaines croyances politiques, religieuses ou autres peuvent toujours venir nous surprendre « chez nous », en nous, et nous envoyer ad patres : nous sommes condamnés à vivre assis sur ce baril de poudre.

Cela s'applique à l'évidence tout aussi bien dans notre pratique de psychiatre, où la barbarie ne rechigne pas à s'inviter. De l'abus de diagnostics, de prescriptions médicamenteuses, de pouvoir moral, à l'abus de dogmatismes, de prudence confinant au désengagement, et surtout de surdité à la parole du patient, bien des écueils mortifères peuvent se présenter... et sans doute pouvons-nous ajouter à cette courte liste le laminage organisé des cultures psychiatriques au nom de la qualité (en fait, de la conformité), ou encore le déclin de la considération des professionnels au profit des administratifs/financiers ou des usagers/électeurs.

La patiente évoquée plus haut a investi ses séances du pouvoir de conjurer son inhumanité menaçante : le partage de son inquiétude semble avoir contribué à éloigner ses démons. Reste à nous interroger sur ce qui peut faire que la parole garde cette fonction au niveau des groupes, voire de la société dans sa globalité : à l'heure de la communication mondialisée et des réseaux sociaux, sait-on encore ce que se parler veut dire ?

Quelle croyance invoquer autre que celle qui nous donne foi en la parole partagée, et en la culture vraie, non pas celle, internationale toute préfabriquée, qu'on distille à l'envi dans les oreilles et les yeux des consommateurs, souvent sous l'alibi de la science ou du progrès, mais celle que l'on crée dans la proximité, et qui peut faire lien ?

Notre « monde libre » s'entretient dans une autre mythologie, celle de la prétention d'être dégagé des tabous : libre de quoi ? d'en montrer toujours plus dans le registre (mercantile) du sexe et de l'image ? de consommer toujours plus et n'importe comment,

pourvu qu'on fasse de la croissance ? d'imposer au monde entier une loi unique, celle d'un profit cynique réalisé à tout prix, notamment celui de l'exploitation et de l'exclusion des plus vulnérables ?

Quelque soit l'affection qu'on a pu avoir pour le journal Charlie Hebdo et sa mouvance, qui ont accompagné leur vie durant la génération du baby-boom, la nôtre, en nous entretenant dans une gouaille irrévérencieuse d'adolescent grivois, qu'on nous permette cependant de poser la question de savoir si, en étant « tous Charlie », nous ne nous mettons pas au diapason de cette référence adolescente envahissante, celle du « no limit », tellement courtisée de notre société de marchands.

Aborder l'autre nous met face à notre désir et nos peurs, et nous fait parfois toucher du doigt nos limites à la tolérance ou à la compréhension : reconnaître et accepter les différences culturelles au niveau de la langue, de la représentation*, du sexe ou des mœurs nous demandera toujours un temps incompressible et un effort considérable, celui du décentrement par rapport à soi, qui ne saurait être un avantage acquis.

Notre métier et nos organisations professionnelles devraient nous ouvrir à ces questions, et nous inciter à les remettre sans cesse au travail. Espérons que les actions menées par l'AFPEP – SNPP continueront à nous entretenir dans cette éthique-là.

** Quiconque a pu passer quelque temps dans un pays du Maghreb, notamment, ne peut pas ne pas avoir été saisi par la rareté de l'image dans le paysage urbain, par exemple, en comparaison avec la surexposition que nous connaissons : la représentation y a manifestement un tout autre statut, avec d'ailleurs un effet très immédiatement reposant pour l'esprit et pas seulement pour les yeux.*

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
4 février 2015

Souffrances au travail

Les médecins sont fréquemment consultés pour un motif allégué, ou dans un contexte, de souffrance au travail ; ou encore découvrent au décours de leurs investigations et des soins une symptomatologie psychique ou psychosomatique liée à un exercice professionnel.

Les psychiatres notamment, ont vu ces dernières années apparaître dans leur patientèle ces problématiques et pathologies aux conséquences parfois très dommageables.

On peut n'y voir qu'une mise en forme symptomatologique actuelle du malaise dans la civilisation, donc possiblement subjectivable et dès lors subjectivante, et tenter d'y répondre uniquement selon cet axe. Mais le praticien se positionnant ainsi risque de placer l'échange hors du registre requis par ce que vit le patient, et de ne pas proposer les éléments de réalité indispensables à enrayer le processus destructeur en cours. Car dans ce temps, parfois étiré sur des mois voire des années, le patient est soumis à la formation du traumatisme, donc peu capable d'élaboration.

Un premier temps nécessaire est de se repérer dans la symptomatologie des souffrances au travail, où l'on rencontre plusieurs types de situations et expressions symptomatiques, parfois associées ou successives, formant alors des agencements complexes qu'il faut prendre le temps de clarifier : harcèlement moral, harcèlement sexuel, violence au travail, épuisement («burn out»), addictions, dopage.

Des choix dans l'ordre des interventions thérapeutiques peuvent s'imposer, en tenant compte de ce que les patients s'adressent ou sont adressés au psychiatre, souvent lorsque les processus générant les souffrances évoluent depuis longtemps.

Pour proposer et développer des soins adaptés au cas par cas, il faut distinguer les différents ressorts des souffrances psychiques et somatiques, car les réponses résolutive ne viendront pas des mêmes champs conceptuels, donc pas des mêmes acteurs. Par exemple, la notion de harcèlement moral au travail est définie par le Code du travail ; par conséquent la solution d'un cas de ce type, *in fine*, dépend de la logique du Droit même si le psychiatre est fondé à intervenir au niveau des conséquences et éventuellement d'une psychopathologie associée.

À l'inverse l'épuisement psychique au travail implique toujours une participation active de la personne (même sous contrainte forte), quelle qu'en soit la cause ; donc le psychiatre apportera des éléments majeurs en

interrogeant l'absence ou le manque d'efficacité de limites personnelles opposées à l'exigence de travail, en aidant le patient à établir et faire respecter ces limites.

Ces deux exemples schématisés, parmi les nombreuses situations rencontrées en pratique clinique, illustrent la problématique de fond : le déplacement dans le domaine de la santé, par conséquent dans le champ médical, des conséquences pour chacun de l'exercice du pouvoir dans les structures professionnelles.

Il est primordial, pour les médecins sollicités, de préciser les limites de leur champ d'action et de leur compétence, qui est aussi le point d'articulation avec le champ social. Car ils seront toujours placés sur une ligne de force tendue entre :

- * D'un côté la tentation de répondre médicalement ou psychologiquement à la place d'une réponse dans le social qui ne se construit pas ;
- * De l'autre la nécessité de soulager la souffrance et enrayer la dégradation de la personne voire du sujet.

Cet état de fait, contexte dans lequel les psychiatres sont appelés à intervenir, est analysable en tant que conséquence de la promotion du mythe de l'individu (au sens proposé par Miguel Benasayag), référence utile pour se repérer dans la pratique courante.

Face à un patient en souffrance à son travail, le psychiatre ne doit pas se départir de son rôle de médecin et doit éviter dans la mesure du possible certaines postures et certains actes le faisant sortir de sa position légitime de soignant, dont certaines conséquences sont au détriment du patient. Parmi les écueils fréquemment rencontrés, on citera : retard dans la mise en place de soins adaptés en raison d'une attention exclusivement portée aux aspects sociaux de la situation ; non prise en compte d'une psychopathologie ; abord incomplet des problématiques de vie du patient ; intervention excessive de personnes non ou mal formées à la psychopathologie ; recours fallacieux à des concepts mal utilisés (perversion, manipulation...) qui fixent le patient dans la logique de la persécution ; transgression du secret médical...

Dans ce type de cas, le psychiatre est conduit à soigner diverses pathologies exprimées, révélées ou générées par la situation professionnelle : anxiété, dépression, délire, addiction, etc. Un axe majeur de son action est d'instaurer ou restaurer pour le patient une altérité non menaçante ; lui ouvrant ainsi la possibilité d'établir une

distanciation dans les relations de la vie courante, et donc d'opposer une résistance aux impératifs de l'Autre dans le champ professionnel.

Pour ce faire, le médecin doit s'employer à faire la différence entre ce qu'il y a d'objectif et de subjectif dans le traumatisme que la personne est en train de vivre. Les particularités de la fonction du psychiatre,

ses connaissances, ses possibilités d'intervention dans la subjectivité du colloque singulier et au niveau de la réalité en font un acteur irremplaçable du soin de ces souffrances et pathologies. En articulation avec d'autres acteurs de soins : médecin du travail, de la CPAM, psychologue notamment.

Olivier Brunschwig

Quelques nouvelles du Collectif des 39

Le dernier appel que le Collectif a lancé lors du Meeting du 1^{er} novembre 2014 à Montreuil, « Ça suffit » (<http://www.hospitalite-collectif39.org/?CA-SUFFIT>), a recueilli à ce jour, le soutien de 12 500 signataires. Ce qui, dans l'atmosphère morose et délétère actuelle manifeste un signe fort de la sensibilité à la question de la pratique en psychiatrie et dans le médico-social.

Ces signatures ont été déposées au cabinet de Marisol Touraine le 3 mars 2015 lors d'une entrevue avec la délégation des associations, syndicats et partis politiques qui se sont engagés lors du meeting. Cette rencontre, comme celle du Collectif le 10 avril 2015, avec Mr Laforcade, Directeur de l'ARS d'Aquitaine chargé par la ministre d'une mission sur la santé mentale et la psychiatrie, n'a donné que peu de résultats. Décidemment ce ministère comme ce gouvernement n'est que très modérément engagé (doux euphémisme) sur la voie de changement en psychiatrie... Nous avons noté que ce sont trois amendements portés par Denys Robilliard, député, qui ont apporté de petits éléments positifs lors du débat sur la loi santé. (Inscription dans la loi de la possibilité de l'existence des Clubs thérapeutiques, contrainte et surveillance sur les isolements et les contentions, réintroduction de la notion de psychologie à prendre en compte dans les soins...).

La situation dans les lieux de soins continue cependant de se dégrader, le découragement est toujours manifeste, les attaques au nom de la gestion de plus en plus insupportables.

Ainsi l'A.R.S. du Languedoc – Roussillon menace de fermeture le C.A.T.T.P. et l'Association « Trait d'Union » de suivi en appartements de l'équipe rattaché à la Clinique de Saint Martin de Vignogoul. Une psychologue de l'équipe du secteur de Corbeil, créé par Lucien Bonnafé, a vu son CDD non reconduit du jour au lendemain, sans aucune prise en compte de tous les patients en traitement ; l'équipe déjà réduite, avec des non – remplacements des nombreux départs en retraite, voit même son C.A.T.T.P. – seul

lieu d'accueil de jour – menacé. Une éducatrice d'un SAMSAH à Marseille est virée sans préavis ni indemnité pour « faute grave » pour avoir alerté sur les risques pesant sur la qualité du suivi par une décision de déménagement et de cessation de suivi d'un certain nombre de patients. Dans le 14^{ème} arrondissement de Paris le transfert d'un CMP bien inséré dans le quartier dans un lieu totalement inadapté à l'accueil, pour des raisons de restructuration et d'économie budgétaire, vient bouleverser la pratique de cette équipe.

Au niveau du Collectif, la participation de patients, de familles, de façon régulière et engagée vient apporter une ouverture de la réflexion et des initiatives tout à fait inédites. Ce mouvement, cet espace de débats entre professionnels, patients, membres de l'entourage, de personnes concernées par les soins et l'accueil en psychiatrie et dans le médico-social, apportent une dynamique salutaire dans cette atmosphère sociale catastrophique.

Ainsi un collectif « Le Fil Conducteur » issu des Assises pour l'Hospitalité en psychiatrie et le médico-social en juin 2013, s'est constitué en lien avec les 39 et réunit tous les deux mois des parents, des patients des membres de l'entourage et des soignants. (Le Fil conducteur : <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=7718>). Il prend des initiatives autonomes et apportent lors des rencontres officielles une parole et un discours qui troublent et intéressent les interlocuteurs du ministère ou les parlementaires. Ce discours vient apporter un contre-point aux positions conformistes et très orientées vers la médicalisation et les neurosciences tel que les portent l'UNAFAM national et la FNAPSY.

De même, une association de patients, HumaPsy s'est aussi créée et innove tout en entrecroisant position politique, humour et soutien aux pratiques institutionnelles. Par exemple, leur slogan « De l'écoute, pas des gouttes » vient illustrer ce qu'ils attendent des soins en psychiatrie. <https://humapsy.wordpress.com/>

Un Groupe « Enfance » s'est aussi constitué dans le cadre du Collectif. Cet espace s'est créé à partir du Forum « pédopsy » du Meeting du 1^{er} novembre. Certains membres des 39, travaillant plus spécialement auprès d'enfants et leurs parents, ont souhaité pouvoir se rencontrer régulièrement afin de :

- faire connaître leurs lectures des situations institutionnelles, leurs positionnements et leurs idées à partir de leurs constats,

- créer dans chaque région des espaces de réflexions et de lutte pour défendre l'accueil, l'hospitalité, le temps de penser et de se parler /d'écouter... compte-tenu du saisissement qui s'impose, en réalisant combien les métiers, les cadres de travail et les valeurs sont attaqués de façon de plus en plus violente et contraignante.

Ce groupe se réunit maintenant chaque mois.

Paul Machto

Paradoxe et folie

J'aime discuter avec les physiciens ; ils nous emportent hors la limite des mondes, d'un univers irréprésentable. Ils nous font toucher l'infini. Eux s'y retrouvent et peuvent faire coexister des contradictions. Il y a même des astrophysiciens qui croient en Dieu, j'en ai rencontré. Et bien sûr, des schizophrènes qui sont Dieu, nous en rencontrons ! Alors, les astrophysiciens seraient-ils schizophrènes. Leur réputation dans le monde des physiciens déjà fort singulier, est d'être les plus « atteints », eux qui naviguent dans leur système de pensées complexes hypothétiques.

Paradoxe ou folie ?

* Paradoxe que leur regard virtuel rivé sur le ciel, élaborant un système, et de ce sujet qui, par un cloisonnement énigmatique peut s'illusionner et croire que Dieu n'est pas mort.

Ce cloisonnement et cette illusion, paradoxalement, font tenir la construction d'un être dans sa finitude et lui permettent de délirer, ou plutôt de sublimer en produisant une pensée d'un univers sans bornes autres que celles qu'il détermine. Ces bornes de l'astrophysicien nous donnent le vertige de l'impensable.

* Folie, peut-être, la place du délire dans les théorisations. C'est le vertige des concepts. Il y a toujours un risque dans cette quête de la vérité utilisant les dédales d'une pensée heuristique. C'est-à-dire le risque de perdre de vue la fiction posée comme fondement de la recherche.

On a, bien sûr, besoin d'une hypothèse de recherche pour modéliser et conceptualiser. Mais si l'hypothèse, au bout du compte, est tenue pour vérité, à coup sûr, on aboutit à un délire qui ferme une boucle tautologique. Aucun chercheur ou clinicien n'est à l'abri de cela, pas même les psychiatres-psychanalystes.

* Penser la schizophrénie, c'est avoir présent à l'esprit la fragilité de la frontière apparemment et faussement étanche entre la dite normalité et la folie.

Une psychanalyse menée à son terme, à savoir celle que doit effectuer un praticien formé à la psychanalyse, y confronte, à cette frontière, dans un moment de déconstruction de ce que nous nommons fantasme primordial, sur quoi se structure le sujet. C'est là une voie pour penser cette approche du schizophrène sans l'amputer de ses potentialités neuropsychiques.

C'est pourquoi les psychiatres-psychanalystes doivent encore être là, dans tous les congrès.

Si nous y intervenons, c'est pour nous permettre d'écouter attentivement. Je dis bien écouter et non décrypter ou interpréter ce qu'il y a à entendre de la richesse d'autres démarches ; la tendance est souvent dans nos petits cercles, à les regarder avec condescendance. Le mépris pour la chose scientifique est fréquent chez les psychiatres-psychanalystes, avant même de savoir ce qu'il s'y dit. Et pourtant, Freud, le premier, n'a jamais perdu de vue la dimension heuristique de ses découvertes, prêt à les confronter au progrès scientifique.

Citons une phrase, parmi de nombreuses sur ce thème, extraite de « Au-delà du principe du plaisir » de 1920, à une période d'épanouissement théorique pour Freud : « *Les limitations de notre description de l'esprit disparaîtraient probablement si nous étions déjà en mesure de remplacer le vocabulaire psychologique par un vocabulaire physiologique et chimique* ».

Et il poursuit : « *Il est vrai que ces termes physiologiques et chimiques eux aussi ne sont que des fragments d'un langage figuré ; mais ce langage nous a été longtemps familier, et c'est peut-être aussi un langage plus simple* ». Puis en 1937, dans « Analyse terminable et analyse interminable » : « *Pour le champ psychologique, le champ biologique joue le rôle de soubassement.* » Il ne s'agit pas du Freud préanalytique de « L'esquisse d'une psychologie scientifique » écrite en 1895. C'est un Freud assuré de sa découverte de l'inconscient qui écrit cela. Freud est donc aussi le premier

neuropsychanalyste posant la complémentarité des champs sans les mettre en concurrence. À l'inverse, j'espère qu'il reste des scientifiques pour entendre ce que les analystes ont à dire sur la psychothérapie des psychoses.

Révolution culturelle

Par cette écoute mutuelle, je n'appelle pas à un consensus mais à une révolution culturelle. Je propose un an (au moins) d'interchangeabilité de nos bibliothèques, de nos recherches et groupes de travail. Que les psychiatres-psychanalystes en recherche mettent à l'épreuve leurs fondements, leur doctrine, pour certains leur dogme, en écoutant vraiment ce que la science ouvre par ses découvertes.

Que les chercheurs en neuropsychiatrie, les généticiens, les physiologistes, les biologistes et cognitivistes s'astreignent à comprendre de l'intérieur la psychanalyse qu'ils ont tendance à caricaturer pour rassurer et certifier leurs hypothèses heuristiques. Pour l'illustrer, une citation d'Hélène Oppenheim, connue pour ses travaux sur la souffrance post-traumatique, et qui travaille en commun avec neurologues et neuropsychologues : *« Il existe dans les sciences expérimentales une réduction méthodologique interne. Elle est nécessaire à la constitution d'un savoir, mais elle crée le risque d'un glissement à un réductionnisme idéologique. Celui-ci consiste en une explication généralisée à partir de résultats partiels ou valides seulement dans un champ initial. Les sciences cognitives n'y échappent pas... Ceci laisse une large place aux aspects idéologiques, surtout lorsqu'elle crée des modèles qui s'abstraient des structures cérébrales ».*

Nous fonctionnons tous avec les postulats d'une pensée empirique, et la révolution culturelle que je propose nous obligerait à les repérer et les déconstruire. C'est la condition pour ne pas s'aliéner dans une doctrine désertifiante. Dans ces échanges, on se risque à mettre à rude épreuve ses fondements théoriques. En les confrontant, en les expliquant, ce qui n'est pas aisé, on peut voir poindre un autre savoir qui ébranle les connaissances avant de les enrichir.

Je me souviens d'une discussion avec un « éminent neuroscientifique », connu pour ses travaux sur émotion, perception et conscience. Lors d'un colloque, nous en étions arrivés à une joute où il défendait « Au commencement est l'acte », face à ma conviction « Au commencement est le verbe », une joute ardue où ce que je lui ai concédé m'a permis de mieux comprendre le traumatisme originaire. C'est-à-dire cette catastrophe existentielle à laquelle est renvoyé le schizophrène, désarrimé du langage, soumis à la distorsion de ses perceptions et peut-être à l'émergence pulsionnelle non liée, ce qui le confronte à une angoisse si particulière, témoin d'un acte originaire. Un acte en lui, agi et subi,

qu'il n'aura de cesse de circonscrire par le verbe délirant qui cherche à border, à oblitérer cette béance dans sa structure. C'est là, à cette bordure que nous sommes le mieux à même de l'aider.

D'être praticiens de la parole, nous pourrions oublier qu'on n'est pas tous « faits pareils » à la source, y compris neurophysiologique, mais que certains subissent l'effet traumatique d'un flot d'excitations pulsionnelles et de distorsions perceptives irréductibles. C'est maladroitement dit, mais oblige à repenser l'originaire, ce que font certains analystes après Freud. Je pense par exemple à Sylvie Le Poulichet dans un livre intitulé « L'art du danger ».

Ceci a une incidence directe sur la pratique, à savoir : « Comment les psychothérapies des schizophrènes vont pouvoir prendre en compte les données complexes au carrefour des neurosciences et de la psychogénèse ? ».

On ne mène pas où on veut un schizophrène. Qu'en sera-t-il de sa guérison si guérir se peut ?

Nous savons déjà que le délire est une réponse, sa réponse, et qu'il faut l'aider à le structurer pour circonscrire sa souffrance. Nous savons moins l'articulation possible entre ce concept flou de sublimation avec le délire. Articulation que certains psychotiques réussissent d'eux-mêmes.

Je pense, par exemple, à Michel Nedjar, dont la production concrète est exposée au Musée d'Art Brut de Lausanne et au Musée d'Art Moderne de Villeneuve-d'Ascq. Nedjar a vécu traumatiquement à l'âge de 12 ans, l'annonce d'un secret de polichinelle : une partie de sa famille avait été exterminée dans les camps de concentration. Secret organisateur-fou d'un enfant qu'on voulait épargner. Au commencement, l'acte, barré par le secret car innommable.

Après cette annonce, Nedjar a vécu une phase catatonique puis, dans un repli quasi-autistique, a produit des poupées de chiffon, d'un chiffon sale ligoté par des liens mis là simplement pour maintenir des orifices béants et monstrueux. Il faut voir ces poupées-momies-cadavres qui suscitent saisissement et effroi. Il a su rendre le saisissement et l'effroi qu'il vivait.

Cette activité répétitive, car il a produit des centaines de ces poupées, lui a permis, quelques années plus tard, de suturer la béance de sa psychose. C'est là que se pense l'articulation entre délire et sublimation. C'est un processus qui ne réussit pas toujours dans l'Art Brut, et qui n'a pas lieu que dans la production artistique. C'est aussi ce qui est à l'œuvre par exemple dans un travail institutionnel réussi, c'est-à-dire créatif.

Il n'est pas question de proposer un magma conceptuel qui lui-même serait psychosant. Il ne s'agit pas de passer à l'IRM Fonctionnelle ou autre imagerie sophistiquée les patients en cure psychanalytique. Il

ne s'agit surtout pas de compromettre cette relation singulière que certains schizophrènes savent trouver auprès de nous, loin de systèmes de soin dans lesquels ils sont pris. Il ne s'agit pas non plus pour les psychiatres-psychanalystes de se soumettre à une évaluation standardisée alors même que leur pratique a ceci de singulier : qu'elle est au singulier, à savoir au un par un ; qu'en rendre compte passe aussi par le un par un ; qu'il y a disjonction entre ce qui est opérant dans le soin clinique et ce qui nous sert à en rendre compte.

Soigner les schizophrènes, la science n'y suffit pas, la psychanalyse non plus... Mais elles ne s'excluent pas. Sans contester l'aide précieuse du médicament, on sait l'importance de l'acte désigné de la prescription : Acte et parole, signifiant et substance, sans jamais perdre de vue que l'on cherche à restaurer un sujet, et pas seulement à proposer un soin palliatif pour éponger la souffrance, encore que cela soit aussi très important.

On voit fuir les psychanalystes face aux schizophrènes dérangeants, envahissants, ou bien ne leur proposer que du Père alors qu'il faudrait être à la frange de leur propre béance pour les entendre, et ne pas les déranger quand ils parlent. Parfois, les écouter, simplement, jusqu'à ce qu'ils puissent entrer en jeu, au sens fort, winnicottien, de ce jeu.

On voit l'importance que pourrait avoir cette mise en jeu du corps, à partir des découvertes à la charnière du cognitif, du biologique et du psychique. Ce qu'ont amorcé des cliniciens comme Gisela Pankow ou Piera Aulagnier, dont les théories nécessitent d'être confrontées aux découvertes neurophysiologiques actuelles. C'est la diversité de cet adossement thérapeutique qui peut mener le schizophrène de la chose à l'objet, du pulsionnel au sublime, du délire à la création.

Thierry Delcourt

Nouvelles technologies : un développement fulgurant

Pas un jour sans plusieurs articles dans les médias qui nous informent de ce développement sans précédent d'une technologie qui métamorphose le monde dans lequel nous pensons encore vivre, parler, penser, mais est ce encore le cas véritablement ???

Voyons un peu, à titre d'exemple :

- grâce à l'affaire Snowden, nous savons désormais que tous nos mails, sms, conversations téléphoniques sont stockés en Angleterre ou aux Usa.
- un article du Conseil de l'Ordre des médecins (avril 15) par le docteur Jacques Lucas : « les usages des applications et objets connectés en santé mobile, ne sont pas réglementés ni même régulés ».
- dans Que Choisir, avril 15 par le rédacteur en chef Jean Paul Geai : « Dotés de capteurs, les objets connectés récupèrent une masse d'informations sur l'hygiène et le mode de vie de celui qui les porte ou les utilise et les envoient vers une application mobile ou un service Web. Dès lors se pose la question de la protection des données personnelles. Or, personne n'a envie d'un Big Brother sur sa santé. Pourtant, de nombreuses sociétés sont à l'affût, au premier rang desquelles les compagnies d'assurances, désireuses de toujours mieux évaluer le profil de leurs clients (...).

Pour l'heure, la législation française interdit de moduler les tarifs d'une complémentaire santé en fonction du comportement d'un assuré. Mais qu'en sera-t-il demain si, économies obligent, l'assurance maladie se défaisse de plus en plus sur les assurances privées ? ».

- Le Monde, 19 février 15 : « L'Américain Cisco parie sur la France numérique ». « Les services du premier ministre ont officialisé lundi 16 février, un partenariat peu commun entre l'entreprise américaine Cisco et l'État français. L'initiative couvre six grands domaines (éducation, entrepreneuriat, sécurité, infrastructures, ville intelligente, et services publics) et ambitionne de faire de la France une championne du numérique ».
- Le Monde, 4 février 15, un portrait de Bruce Schneier, spécialiste mondialement reconnu en cryptologie, qui a vivement critiqué les méthodes de la NSA. Selon lui, « pour les militants de l'Internet libre, le chiffrement des communications reste le seul moyen de garantir le secret des correspondances, et de protéger la vie privée des internautes contre les intrusions de l'État ». « Il y a vingt ans, les experts insistaient sur la prévention, firewalls, antivirus, etc. Il y a dix ans, la mode était à la détection. Aujourd'hui, on a compris qu'on ne pouvait pas empêcher les attaques, il faut donc savoir y faire face rapidement, de façon globale ».

- Le Monde, mardi 25 novembre 14 : « La sécurité, cyberanglaise des consommateurs : dans un rapport publié en octobre, l'office européen de police prévoit en effet une vague prochaine de cybercriminalité dans le domaine des objets connectés. (...) Dick Cheney, l'ancien vice – président américain, n'a pas voulu s'exposer à ce type de risques : il a annoncé publiquement, en 2013, à la télévision, avoir fait éteindre les fonctions de communication de son stimulateur cardiaque afin d'éviter d'être la première victime d'un cyber terroriste ».

- Le Monde, mercredi 26 novembre « Quand Symantec (entreprise de sécurité informatique) découvre un virus d'Etat ; baptisé « Regin », ce ver s'en serait pris notamment à des institutions gouvernementales et financières. (...) Pour les chercheurs, une conclusion s'impose : étant donné « les capacités et le niveau de ressources derrière Regin », il s'agit ni plus ni moins « d'un des principaux outils de cyber espionnage d'un État ».

- Dans le dernier numéro du Canard enchaîné (mercredi 15 avril), un article sur le piratage dont a été victime Thalès, le spécialiste de la sécurité informatique, en particulier pour l'armée...

- Entendu à la radio : la Suède prévoit de supprimer tout paiement par chèque ou espèce à l'horizon 2020...

- Entendu encore à la radio : une entreprise suédoise a proposé à ses agents de leur greffer une puce sous la peau, entre le pouce et l'index, afin de leur faciliter les gestes du quotidien : 70 % ont répondu favorablement à cette proposition...

- Etc., etc., nous n'avons sans doute encore rien vu...

Que deviennent le temps et l'espace de la consultation du psychiatre dans ce contexte, où par définition cette technologie abolit aussi bien le temps que l'espace, dans un « tout immédiatement, ici même ».

Que devient la confidentialité, un vestige d'une autre époque, une nécessité à préserver, mais comment ???

Que devient la possibilité de faire confiance, en qui, en quoi ?

Au-delà de l'effroi et de la sidération, émerge la nécessité de nouer toujours plus notre acte à sa dimension politique, au sens de la nécessité de préserver le « vivre ensemble », c'est-à-dire la possibilité de parler ou de se taire sans s'exposer à ce que cette parole (ou ce silence) soit instrumentalisée instantanément à des fins commerciales, ou de surveillance, autrement dit il va nous falloir repenser les conditions de notre pratique comme un lieu qui permette de respirer, reprendre son souffle, sortir de cette spirale d'agitation et de « toujours plus vite » : est ce possible ? Est-ce encore possible, à quelles conditions ???

Jacqueline Légaut

L'heure approche

L'heure approche où, si nous ne réagissons pas très vivement à la mise en place du tiers payant généralisé, la médecine française va connaître une transformation qui va lui faire perdre sa qualité partout reconnue pourtant.

Dans le domaine de la santé s'étend le travail de déconstruction du savoir qui est en marche dans de nombreuses professions depuis 25ans.

Ce sont les protocoles qui après avoir envahi la médecine hospitalière, vont déferler sur nos pratiques, rendus obligatoires par l'informatique. En effet pour pouvoir être payés de notre acte, à chaque consultation nous devons rendre des comptes sur ce que nous avons effectué, ce qui ne manquera pas de nous prendre notre temps et notre liberté.

Nous voyons déjà que les FSE ne s'éditent que si nous répondons à des questions précises et de plus en plus nombreuses au fil des nouveaux logiciels.

La psychothérapie est en premier lieu menacée. Depuis plusieurs années maintenant le terrain a été préparé pour que cet acte soit effectué par les psychothérapeutes non médecins, et le psychiatre ne sera plus que prescripteur de médicaments ou expert consulté pour avis 2 fois par an, enfin autant de fois que les protocoles le décideront, à nous seulement de cataloguer chaque patient dans un diagnostic qui déclenchera ce protocole.

Et encore, bientôt des logiciels pourraient parfaitement faire entrer les gens dans tel ou tel diagnostic suite à un questionnaire en ligne, et le pharmacien prendrait la suite...

Avant de disparaître, nous n'aurons qu'à acheter continuellement les logiciels nous permettant d'être payés.

Voilà ce que prépare cette réforme, à plus ou moins long terme.

Pour ceux qui pensent que la psychothérapie finalement n'est pas tant que ça du domaine de la médecine, je rappellerai que séparer corps et esprit nous expose à une grave dérive pathogène.

Il aurait été au contraire bien temps de rentrer dans une médecine complètement pensée comme psychosomatique, grâce à des concepts comme

l'impasse, qui peut réunir ce que le corps rencontre dans des situations où le psychisme ne trouve pas d'issue aux relations. Le vrai soin devrait aller dans ce sens.

Une fois que la médecine sera dans cette impasse de couper le corps de l'esprit, les professionnels de santé, techniciens obéissants, chargés de les recevoir auront bien du fil à retordre !!

Les économies ne sont pas pour demain.

Hélène Baudoin

Marie

Départ en retraite de Marie Kretzschmar, attachée de presse de l'AFPEP – SNPP et du CASP

Marie s'en va,

Embarquée sur le radeau de « l'Intime et l'argent », j'accoste au port du « Risque ».

Quelle traversée !

Il y eu des alizées, des vents contraires, quelques orages, mais jamais « pétrole »¹....

J'ai beaucoup écouté, beaucoup lu, beaucoup appris, pas toujours tout compris.

Je vous confie les mots de Howard Zin, historien du peuple américain :

« Si ceux qui tiennent les rênes de la société se montrent capables de contrôler nos idées, ils sont à peu près assurés de conserver le pouvoir. Nul besoin de soldats dans les rues ; Nous nous contrôlerons nous-mêmes. », glaçant, mais possible.

Il a aussi écrit : « tant que les lapins n'auront pas d'historiens, l'histoire sera racontée par les chasseurs ».

Tenez bon, continuez à écouter les récits de vos patients, à écrire leur histoire, qu'elle ne soit confisquée par aucune norme ni autorité

Les amitiés qui se sont tissées au long des années resteront vives, je n'en doute pas

À Chantal un grand merci pour notre tandem complice et amical.

Quant à mes travers, nul besoin de les décliner, je n'en dirais que « nobody is perfect ».

Marie Kretzschmar

Ma chère Marie,

J'adore travailler avec toi et toi, visiblement, tu les aimes les psychiatres. Rien ne te fait plus plaisir qu'une belle élaboration, qu'un bel échange, que l'expression nouvelle d'un enjeu et il n'en a pas manqué à l'AFPEP – SNPP et au CASP. Combien de fois suis-je sorti d'une réunion pas très sûr de la pertinence de ce qui venait de se passer et combien de fois ta belle écoute, ta foi du charbonnier, m'a remis sur le tranchant de ce que je n'avais pas mesuré. Ton oreille a su rester neuve et ton enthousiasme nous a aidés à garder le cap.

Tu es un soutien, un relai, tu as déniché tout ce qui pouvait nous orienter, nous instruire, nous permettre de continuer à désirer même si les conditions, professionnelles et privées, n'étaient pas toujours au rendez-vous. Tu es notre attachée de presse, bien sûr, mais ta place dans notre équipe dépasse de loin cet engagement : tu fais partie du Conseil d'Administration de l'AFPEP – SNPP, tu es l'âme du CASP, tu es un aiguillon indiscutable de notre dynamique.

Tu as exprimé tout cela parce que les conditions s'y prêtaient, parce que l'équipe de bénévoles qui constitue notre syndicat possède un rare sens du collectif et de la générosité, sinon tu ne serais pas restée. Ta constance parmi nous m'a ainsi rassuré sur notre parcours et nos choix.

Je te l'ai déjà dit, sans doute maladroitement, j'imagine mal l'AFPEP – SNPP sans toi. Alors, nous allons te laisser tranquille quelques temps puis nous irons toquer à la porte de ta retraite. J'espère que tu ouvriras. Je t'embrasse. Au nom de l'AFPEP – SNPP et du CASP :
Merci.

Patrice Charbit

Président de l'AFPEP – SNPP

Président du CASP

¹ désigne la pire calamité qui soit pour les voileux : l'absence totale de vent, le calme plat...quel ennui !

Marie Kretzschmar fait partie des très rares personnes capables d'inventer leur travail, de lui donner une forme, une touche, extrêmement personnalisées.

Dans la fonction d'attachée de presse de l'AFPEP – SNPP elle a occupé parmi nous une place centrale. Sa présence sans faille, son regard et son écoute éclairés lui ont permis de faire tiers.

Au cours des Conseils d'Administration, elle a nombre de fois orienté ou redressé la barre, très légèrement, un ou deux degrés à bâbord ou tribord, discrètement toujours mais avec une certaine fermeté. Un quelque chose qui a fait que la navigation a pu s'en trouver modifiée.

Cette participation attentive et soutenante à nos élaborations, cette confiance dans notre travail ont été vraiment précieux. De plus, son sens de l'organisation, sa conscience professionnelle ont largement contribué à la réussite de nos journées annuelles.

S'atteler chaque matin à la lecture des journaux pour en extraire les mesures prises pour la profession, les débats d'idées, les points de vue contradictoires, bref faire une revue de presse ciblée pour les psychiatres privés est une tâche bien prenante.

Ce fut entre autres le travail de Marie pendant une décennie.

Je pense qu'elle en connaît un sacré bout sur le travail en psychiatrie !

À très bientôt Marie. Gardons le cap.

Anne Rosenberg

Un grand merci à Marie Kretzchmar, notre attachée de presse sur le point de prendre sa retraite. Ces années de travail en commun ont été d'une grande richesse pour l'AFPEP – SNPP. Ses qualités humaines, sa pertinence et son efficacité ont été pour nous extrêmement précieuses. Sa discrétion toute professionnelle n'occultait en rien son engagement généreux à nos côtés. Ce fut un grand plaisir de travailler ensemble et nous espérons en avoir encore à l'occasion ici ou là. Merci Marie.

Olivier Schmitt

DÉSIR DE LIVRES

Annie Stammler, Handicap mental profond et musique,

Ed. Campagne - Première – diffusion PUF

Handicap Mental Profond et Musique, ou « Le Pays des têtes Perdues » Handicap mental profond.

Sont trois mots qui renvoient – pour ceux qui ont côtoyé ce monde – à la douleur et au souvenir du sans-espérance. Des enfants, ou des adultes restés au stade de l'infans, vivant dans une certaine- disons le ainsi, inhumanité, tant ils ne peuvent communiquer : point de paroles, point de regards. Ils ne sont que cris, hurlements, silences, automutilations, les corps tordus, rétractés, fixés au moyen d'attelles, où de multiples fois le chirurgien est intervenu pour réduire les déformations. Des corps qui se maintiennent au stade pré-génital, des corps qui n'ont pas rencontré le stade du miroir. Objets de la médecine et de la chirurgie, les soignants les désignent souvent par le nom de la maladie supposée à l'origine du trouble. Parents soignants découragés, entretiennent le statut d'objet à ces enfants grands enfants jamais adultes. Jamais Sujet.

Musique: Annie Stammler saisit son archer et son violon et leur joue : « Le Vent dans les Roseaux, le Mille Pattes et Moisson » de Sheila Nelson. Le Largo de Vivaldi, un concerto en La Mineur. Elle joue en Double croches, en croches, Pianissimo Ré mi fa mi, ré fa mi ré, mi, la un soupir. Mi ré mi fa mi fa sol la fa mi ré, cantabile et moto sentito,...

Et bien d'autres pièces musicales...

Le sous titre « Le Pays des têtes perdues » ne figure pas sur la page de couverture. Je l'ai rajouté en « tête » Cette phrase se lit seulement à la fin du livre, dans les conclusions, quand tout a été dit, ou presque, sur l'innommable, et qu'un peu de poésie devient enfin possible ! Les têtes perdues à l'image « *des têtes des poupées arrachées avec rage par ceux qui avaient la possibilité physique de le faire* ». Qu'Annie Stammler ramassait dans le pré du parc de l'établissement. Poupées que ces enfants se voyaient inlassablement offert naïvement !

L'auteure, devenue psychiatre psychanalyste narre son parcours depuis ses débuts d'internat au gré de ses stages, sidérée par les enfants et adultes très lourdement handicapés. Quand à bout d'arguments et de ressources spontanément elle va utiliser ce langage des notes sans les mots, et parvenir à réanimer l'être vivant désirant qui était refoulé, inhibé, forclos. «... Ces

êtres dont la naissance fut un drame qui sont à côté de la vie... Placés hors de la vue du monde...» De nombreuses fois, encouragée par la même rencontre entre ces enfants et la musique, le son du violon, Annie Stammler a joué, joué encore, introduisant de la pulsion de vie, elle vu des regards s'animer, des silences se briser ou au contraire des cris cesser, les mains immobiles tenter de toucher l'instrument de musique, la pulsion de mort cédant sa place à son antagoniste. Réalisant ainsi ce qu'elle nomme le miracle des notes. Là où le langage n'a plus d'impact, « non entendants psychogènes » selon la formule de Françoise Dolto. Alain Didier Weill est cité: « *Le Pouvoir de la musique est pouvoir de commémoration du temps primordial où le sujet avant de recevoir la parole reçoit préalablement une souche... souche originelle que nous concevons comme effet d'une inscription primordiale sans médiation de l'imaginaire du symbolique et du réel. Nous sommes amenés à reconnaître le Trait Unaire de Lacan* ».

Un chapitre consacré à « psychanalyse et musique » nous apprend que Freud, était « résistant » à cet art. Pourtant né à Vienne, la ville de Mozart, emblématique de la musique classique et où œuvrèrent aussi Beethoven, Gluck, Haydn, Malher. Freud s'intéressait aux paroles des chansons qu'il fredonnait plus qu'à l'air, sans repérer que les paroles occupaient la même fonction que le lapsus ou le rêve, message de l'inconscient.

Avec plaisir nous apprenons que « Le Petit Hans » dont la phobie a fait l'objet d'une étude des « Cinq Psychanalyses » devenu adulte fut directeur d'opéra. Son vrai est nom Herbert Graff, il était le filleul de G. Malher. Il fut l'un des plus grands metteurs en scène de son temps. Et Freud décela dans cette passion musicale une sublimation des pulsions sexuelles à l'origine de la phobie infantile.

Gustave Malher, lui même fit une courte analyse avec le père de la psychanalyse.

Jacques Lacan écoutait de musique mais en a peu parlé, toutefois il créa la Pulsion invocante dont l'objet est la voix, objet petit a, à l'instar des selles, du sein, du pénis et du regard. L'objet voix dont il dit « qu'il est le plus proche de l'inconscient ». (Séminaire

L'Angoisse : 1962/1963) ». L'objet voix... est un objet non spécularisable et non représentable dont l'origine est concomitante du sujet de l'inconscient». La voix, les voix hallucinées dans un délire en témoignent.

Un champ de recherches «musique et psychanalyse» ouvert par J. Lacan fut transmis à ses élèves et ainsi de nombreux colloques furent organisés et le sont encore.

En conclusion, rendons hommage à Annie Stammler qui le temps de la musique a permis à des handicapés mentaux profonds, de se métamorphoser, devenir vivants dans un corps qui quelques instants va leur appartenir.

Françoise Duplex

Revue Insistance N° 10, Quand la note bleue entend l'inconscient,

Un numéro exceptionnel de cette revue consacrée au jazz et à la pulsion invoquante

Il y a environ 35 ans un jeune psychiatre en analyse avec Lacan est invité par lui à intervenir dans son séminaire. Alain Didier-Weill y fera trois conférences. En 1976, 1977 et 1979¹. Les deux premières furent prononcées au cours du séminaire intitulé « L'Insu que sait de l'une-bévue s'aile a mourre », la troisième au cours du séminaire « La topologie et le temps ».

Celle du 21 décembre 1976 porte sur la pulsion invocante qu'Alain Didier-Weill s'attachait déjà à écrire invoQUante faisant lire le participe présent du verbe invoquer, mettant ainsi l'accent sur l'action du sujet et non sur ce qui qualifierait la pulsion. C'est moins la pulsion qui est invocante que la pulsion même qui invoque.

Ce numéro est le recueil des exposés présentés au cours des journées qui se sont déroulées au New Morning à Paris le 9 et 10 juin 2013 qui réunissaient psychanalystes, musiciens, écrivains.

Jacques Barbier

¹ Ces interventions peuvent être lues à l'adresse suivante : <http://www.alaindidierweill.com/archives/articles-etextes-divers/trois-conf%C3%A9rences-donn%C3%A9es-au-s%C3%A9minaire-de-lacan/>

Robert Schumann, Quand la musique œuvre contre la douleur,

Une approche psychanalytique – L'Harmattan, 2010

Jean-Paul Descombey est psychiatre-psychanalyste, psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien médecin-chef au centre hospitalier Sainte-Anne, et auteur de plusieurs ouvrages consacrés aux addictions alcooliques. Il s'est attaché à étudier, essayer de comprendre et faire connaître la biographie de Schumann, la composition de ses œuvres musicales, pianistiques, instrumentales et vocales, la constitution de l'extraordinaire couple de musiciens formé par Robert et Clara Schumann, pour se pencher finalement, mais en dehors de toute intention réductrice, sur la problématique mélancolique et addictive de ce créateur d'une œuvre immense et merveilleuse. Création qui, par ailleurs, lui a seule permis de se défendre contre le processus qui a abouti toutefois à la fin précoce et dramatique de ce génie. Jean-Paul Descombey se propose de donner ultérieurement comme suite à cet ouvrage, et dans le même esprit, une étude systématique des œuvres pianistiques, instrumentales et vocales de Robert Schumann.

Le Capitalisme paradoxant, Un système qui rend fou,

Vincent de Gaulejac – Fabienne Hanique – Seuil, 2015

« C'est paradoxal ! » : l'expression semble s'être banalisée. Elle exprime la surprise, l'étonnement, la colère parfois, devant des situations jugées incohérentes, contradictoires, incompréhensibles. Quelques formules glanées ici et là illustrent cette inflation du paradoxal : « Je suis libre de travailler 24 heures sur 24 », « Il faut faire plus avec moins », « Ici, il n'y a pas de problèmes, il n'y a que des solutions », « Je traite de plus en plus de travail en dehors de mon travail et inversement », « Plus on gagne du temps, moins on en a »...

L'ouvrage analyse la genèse et la construction de cet « ordre paradoxal ». Il explore les liens entre la financiarisation de l'économie, l'essor des nouvelles technologies et la domination d'une pensée positiviste et utilitariste. Il montre pourquoi les méthodes de management contemporain et les outils de gestion associés confrontent les travailleurs à des injonctions paradoxales permanentes, jusqu'à perdre le sens de ce qu'ils font.

Enfin, cet ouvrage met au jour les diverses formes de résistance, mécanismes de dégageant ou réactions défensives mises en œuvre par les individus. Pour certains, le paradoxe rend fou. Pour d'autres, il est un aiguillon, une invitation au dépassement, à l'invention de réponses nouvelles, individuelles et collectives.

Vincent de Gaulejac, professeur émérite à l'université Paris 7- Denis Diderot, auteur de : *La Névrose de classe*, *La Société malade de la gestion et Travail*, les raisons de la colère.

Fabienne Hanique, sociologue, professeur à l'université Paris 7- Denis Diderot, auteur de : *Le Sens du travail*, et (en coll.) *La Sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*.

Francis Hofstein, Un psychanalyste ordinaire,

Le félin, 2015

Reflet et questionnement de la vitalité, de l'effervescence et des problèmes de l'Ecole Freudienne de Paris, imaginée à la toute fin de l'année 1969 et arrêtée volontairement en 1978, la revue *L'Ordinaire du Psychanalyste* publiera en douze volumes 232 articles sans signatures. Francis Hofstein reprend dans cet ouvrage les siens qui, écrits d'une plume libre et vive, traversent la psychanalyse dans toutes ses dimensions, pratique, technique et éthique, par ailleurs intitulé d'un séminaire qu'il tiendra à l'hôpital Henri Rousselle à Sainte Anne de 1980 à 1997 : le contrôle, l'argent et l'écriture, la clinique, la langue et bien sûr le nom, dont se passèrent tous ceux qui écrivirent dans *L'Ordinaire*,

le rapport à Jacques Lacan, à son séminaire, à son Ecole, à son rôle et son pouvoir, évidemment la passe, cette invention qui marqua et marque encore ceux qui se réclament de son enseignement et de sa pratique, l'institution et les questions que posent en son sein la prise de parole et les transferts, aux psychanalystes, aux psychanalysants, au travail et à la théorie, la place de la psychanalyse dans la société et dans l'économie, bref, la trajectoire d'un psychanalyste pas si ordinaire que cela qui signe ici sans rien en retrancher tout ce qu'il a écrit durant ce moment de l'histoire, lacanien, de la psychanalyse.

**François Beck – Romain Guignard – Jean-Baptiste Richard,
Usages de drogues et pratiques addictives en France,**

Inpes – La documentation française, 2014

Cet ouvrage porte sur une enquête approfondie en matière d'usage, en France, d'alcool, de tabac, de drogues illicites, de médicaments psychotropes et de polyconsommations de drogues ainsi que sur les jeux du hasard et d'argent. L'analyse permet de distinguer l'usage occasionnel de ceux qui présentent un risque sanitaire ou social, à court ou à long terme. La ventilation se fait par situations professionnelles, économiques, sociales ou démographiques ce qui met aussi en relief les disparités sociales et régionales en termes de santé.

Jacques Dill – Marcel Sassolas, Douze rencontres en terrain psychotique,

A propos du soin institutionnel en psychiatrie – Érès, 2015

Écrit à quatre mains, cet ouvrage est construit comme une session de jazz. La trame commune, sur laquelle chacun des auteurs a improvisé son morceau, est la rencontre de personnes souffrant de troubles psychiatriques et des soignants chargés de leur venir en aide.

Jacques Dill a élaboré ses récits comme autant de nouvelles à partir des notes prises sur le vif au fil des années. Marcel Sassolas y réagit avec un commentaire, une illustration, un complément, ou une réflexion sur le même thème.

Ces rencontres se déroulent dans des lieux de soins dits intermédiaires, groupes d'accueil, communautés thérapeutiques, centres de crise, nés à Villeurbanne dans les années 1970 et toujours vivants aujourd'hui au sein de l'association Santé mentale et communautés. Ce cadre, les deux solistes qui jouent leur partition le connaissent comme leur poche, puisque c'est eux qui l'ont pensé et construit. Ils y ont travaillé ensemble pendant plus de trente ans. C'est de cette connivence-là, basée sur une analyse approfondie de l'essence du soin psychique, qu'est née l'idée de ce livre, c'est elle qui l'a rendu possible.

Thierry Delcourt

Annonces

FORMATION DPC

- Prescription en psychiatrie
20 juin 2015 à Lyon

SÉMINAIRE DE PRINTEMPS

Samedi 2 avril 2016
à Reims

CONGRÈS FRANÇAIS DE PSYCHIATRIE

Lille
Grand Palais
du 25 au 28 novembre 2015

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

N'hésitez pas
à vous connecter
sur le site : www.psychiatries.fr
Courriel : info@afpep-snpp.org

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

A paraître n° 163/164 :
« **EMPRISES** »

DIRE ET AGIR ENSEMBLE

À l'heure où nous mettons sous presse, la loi de santé n'est pas définitivement adoptée.

Toutefois le Bureau de l'AFPEP – SNPP est déjà au travail pour définir et proposer des actions concernant le tiers payant généralisé et les mesures d'étranglement de l'exercice libéral.

Pour rester informé et agir ensemble :

Suivez de près la newsletter de l'AFPEP – SNPP en contactant notre secrétariat pour vous y abonner : info@afpep-snpp.org

Rendez-vous sur le site AFPEP – SNPP où vous trouverez de nombreuses infos sur ce sujet et bien d'autres : <http://afpep-snpp.org/>

N'hésitez pas aussi à nous interpeller pour nous proposer vos actions et vos suggestions.

Nos prochains rendez-vous :

XLIV^e JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE

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

SESSIONS DPC – MONTPELLIER 2015

- ◆ **Au risque de vieillir. Approche clinique en pratique libérale**
 - ◆ **Le psychiatre et l'adolescent**
-
-