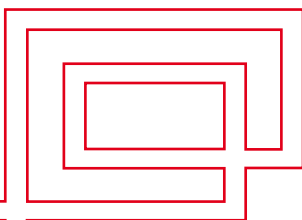


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

**Psychiatrie outragée,
Psychiatrie martyrisée,
... Mais Psychiatrie debout !**

N° 76 - Juin 2019

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

21, rue du Terrage
75010 Paris
Tél. : 01 43 46 25 55
E-mail : info@afpep-snpp.org
Site web : <http://www.afpep-snpp.org>

Responsable de la publication :
Michel Jurus

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Comité de rédaction :
Olivier Brunschwig
Patrice Charbit
Rania Gard
Béatrice Guinaudeau
Michel Jurus
Jérémy Sinzelle
Élie Winter

Sommaire

Éditorial – Michel Jurus	p. 3
Assemblée Générale 2019	
– Rapport d'activité – Michel Jurus	p. 5
– Rapport financier – Béatrice Guinaudeau	p. 9
– Rapport moral – Claude Gernez	p. 9
– Motions	p. 10
– Renouvellement des Conseillers Nationaux	p. 11
– Bureau AFPEP – SNPP 2019	p. 11
Informations AFPEP – SNPP	
– Communiqué – Françoise Duplex	p. 12
– Actualité conventionnelle – Claude Gernez	p. 13
– IPA – Jean-Jacques Bonamour du Tartre	p. 13
– CPTS – Jean-Jacques Bonamour du Tartre	p. 15
– CNPP – Elie Winter	p. 16
– Mission flash ministère – Françoise duplex	p. 17
– Rencontre avec Franck Bellivier – Claude Gernez	p. 19
Le mot du rédacteur – Thierry Delcourt	p. 19
Le point sur FFP – Jean-Jacques Bonamour du Tartre	p. 21
La vie de l'ODPC – PP	
– Assemblée générale ODPC – PP 2019 - Rapport moral – Thierry Delcourt	p. 29
– Rapport d'activité – Olivier Brunschwig	p. 30
48^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée	
– Lettre – Karine Hénon	p. 31
CFP Nice – Thierry Delcourt	p. 32
Actualités de la pédopsychiatrie	
– Actualité des Cmp, Camsp et Cmp. Rapport IGAS septembre 2018 Jean-Jacques Bonamour du Tartre	p. 33
Histoire de la psychiatrie	
– Histoire des classifications des handicaps, abord psychiatrique Jérémy Sinzelle	p. 35
Mémoires de psychiatre	
– Histoire d'un médecin en psychiatrie. Aux origines d'une subversion Paul Lacaze	p. 39
TRIBUNE LIBRE	
– Psychiatrie... delenda est – Patrice Charbit	p. 42
– La médicalisation de l'échec scolaire – Françoise Duplex	p. 43
– On dé-pense la psychiatrie – Olivier Brunschwig	p. 46
– Les machins et les machines qui soignent... ou nous rendent malade Thierry Delcourt	p. 48
– « Penser le choix du libéral » ou l'illusion de Liberté ? - Adeline Metten	p. 53
– L'intelligence artificielle – Jean-Bruno Méric	p. 56
– Courrier à un directeur d'EPHAD – Thibault Moreau	p. 59
– Lettre aux afpepiens – Frédéric Aumjaud	p. 60
– Lettre du Dr Jean-Paul Descombey au comité de rédaction du BIPP et à Michel Jurus - Jean-Paul Descombey	p. 61
NOTES DE LECTURE	
CAHIER CENTRAL	
Journées Nationales	p. I - II
Sessions DPC 2019	p. III - VI
Le mot de la trésorière – Béatrice Guinaudeau	p. VI
La cotisation des retraités non actifs diminue	p. VII
Journée de Printemps	p. VIII
Announces nationales	p. VIII - X
Actions régionales	p. X - XII
Le point sur l'international	p. XIII - XV

Éditorial

ACCEPTER NOS DIFFÉRENCES POUR ACCOMPLIR NOTRE UNITÉ

Sans doute, depuis ses origines, la psychiatrie connaît des guerres d'école comme dans aucune autre spécialité médicale. La complexité des pathologies mentales nécessite des abords de soins très divers. Une seule pathologie peut engendrer des réponses thérapeutiques très variées. Les pathologies sont elles-mêmes toujours remises en cause en fonction des écoles. Sans substratum anatomique ni biologique reconnu, les spéculations théoriques sont sans cesse renouvelées. Les autres spécialités médicales proposent souvent des réponses plus unanimes. Les associations scientifiques et syndicales ne sont pas morcelées comme en psychiatrie. Pire, des haines se sont installées entre des psychiatres de pratiques différentes et il est insupportable, pour beaucoup, d'entendre ce que les autres proposent. Pour des êtres de parole, tristement l'idéologie domine. Pourtant, l'expérience clinique montre que l'humain est complexe, et que nous sommes souvent loin d'apporter une réponse universelle pour toute pathologie.

Pour les psychiatres généralistes, dont je fais partie, ouverts à toutes les pratiques, il est souvent difficile d'échapper à être catalogué dans tel ou tel camp. Une situation dont nous ne pouvons que nous attrister dans la situation, présente et future, de la psychiatrie.

Tous les jours, des forces mercantiles viennent mordre un peu plus dans la psychiatrie. Ces pouvoirs, politiques et financiers, viennent se repaître de nos divisions et nous donner des leçons pour sortir de la crise qu'elles ont créée. Nous sommes dans une basse-cour où nous, les psychiatres, caquetons sur nos idées et nos pratiques. De chapelles en chapelles viennent les mêmes chants méprisants et puérils de savoir qui a la plus grosse connaissance du pathos. Diviser pour régner est la bonne méthode comme d'opposer généralistes et spécialistes. En psychiatrie, le travail est déjà fait. Il suffit de souffler sur les braises de nos divisions.

Les pouvoirs se moquent des thérapies stratégiques, des neurosciences, de la psychanalyse, des TCC ou de l'EMDR. Seule la restriction des soins compte et la transformation de la fonction médicale en fonction expertale en fait partie. Les maladies mentales sont coûteuses pour les assurances et la réduction des soins pour les bipolaires, les schizophrènes, les autistes et les dépressions résistantes est programmée. Beaucoup d'argent est investi dans des recherches avec des conclusions prévisibles qui feront du malade un neuro-handicapé médiqué et rééduqué.

Beaucoup d'entre nous connaissent l'importance de la relation médecin-malade dans la promotion de la santé d'un humain. Nous tenons à cette relation soignante qui signe la vraie qualité d'un soin mais coûteuse pour le système assurantiel. Nous sommes au service de nos malades, et non des assurances qui auraient plutôt des comptes à rendre à la population sur la gestion mercantile de la maladie.

Nous sommes des soignants vulnérables qui se battent face à un pouvoir cynique avec des déclarations vertueuses mais d'intentions lucratives. Nous nous battons pour des idées pendant qu'ils nous étouffent avec des restrictions budgétaires, des honoraires médicaux toujours plus bas et toujours plus de profits pour le système assurantiel. La souffrance, les discriminations, les dévalorisations et les épuisements deviennent le quotidien professionnel de nombreux confrères. Notre disparition est programmée par tous les moyens car nous coûtions encore trop cher.

Le pouvoir politique et financier se prépare à faire de la psychiatrie à bas coût en créant les infirmiers de pratiques avancées en psychiatrie (IPAP) dont le profil est similaire à celui d'un psychiatre y compris dans la prescription (sauf dans l'initiation d'un traitement). Ces IPAP travailleront de façon autonome après avoir été missionnés par un médecin traitant. Après avoir réduit la politique de secteur et fait disparaître des CMP, nous assistons à une politique d'externalisation des compétences : les IPAP devront remplacer les infirmiers et psychiatres de secteurs ou libéraux. Ces êtres hybrides, et sous-formés pour les tâches à remplir, devront répondre aux besoins d'une population défavorisée, en prenant tous les risques, et en étant mal payés. Les IPAP feront deux ans de master après des études classiques d'infirmier alors que pour faire le métier de psychiatre, la spécialité se fait en quatre ans après médecine !

Qui, parmi les gens de pouvoir, préférerait être soigné par un IPAP plutôt qu'un psychiatre ? L'accès aux soins psychiatriques est en régression et nous pouvons craindre que les patients psychiatriques soient de plus en plus mal pris en charge.

Cette involution montre l'état de récession sanitaire de notre pays.

La psychiatrie est sans doute la spécialité qui montrait le haut niveau de santé d'un pays. Bien qu'une des spécialités les plus sous-dotée en libéral comme à l'hôpital, nous coûtions encore trop cher.

Mon élection, à la présidence de l'AFPEP-SNPP, montre le souhait d'une politique d'ouverture vers une unité de la psychiatrie, libérale et salariée, dans une diversité des pratiques. Conscients des dangers grandissants qui apparaissent de jour en jour, nous affirmons notre volonté de transformer nos clivages en différences. Notre association scientifique et notre syndicat espèrent que tous les psychiatres s'uniront pour défendre notre profession et une qualité du soin.

Nous devons refuser la fatalité et le cynisme. La psychiatrie ne doit plus être une source de profits pour les assurances et les sociétés du handicap.

Nous devons défendre nos valeurs fondamentales communes, à nous tous psychiatres, qui sont un combat contre les souffrances psychiques.

Nous devons dignement, dans le respect de notre indépendance professionnelle, continuer à exercer notre métier.

Nous devons aussi devenir une force de propositions dans l'évolution de notre métier et de la société. Il serait temps que chacun puisse voir ce qui nous unit plutôt que ce qui nous divise.

Il est temps que, nous psychiatres, nous nous engagions pour notre métier, notre société et nos patients.

Michel Jurus
Président de l'AFPEP – SNPP

Assemblée Générale 2019

Rapport d'activité AFPEP – SNPP

Chers adhérents,

L'année 2018-2019 confirme que nous devons toujours faire face à une politique de santé qui ne voit que le profit financier au détriment de l'humain. L'AFPEP-SNPP fait front pour défendre la psychiatrie dans ses valeurs d'indépendance professionnelle tant dans la relation thérapeutique que dans le respect de nos patients. Notre syndicat reste le premier chez les psychiatres libéraux et totalement indépendant du système assurantiel et pharmaceutique.

Nous allons reprendre maintenant les différentes séquences de notre activité associative syndicale et scientifique :

Rapport d'activité de l'AFPEP 2018 :

La Fédération Française de psychiatrie (FFP) regroupe l'ensemble des associations scientifiques Nationales (46) pour favoriser l'essor, l'efficacité et la reconnaissance de la discipline. La Fédération facilite et permet :

- de confronter les idées et les théories, et de produire des réalisations communes ;
- de promouvoir et faire avancer la connaissance et les pratiques dans le champ de la discipline psychiatrique et de la santé mentale, notamment la recherche dans ses aspects clinique et fondamental ;
- de favoriser une meilleure représentativité nationale et internationale en donnant une voix unique à la psychiatrie française.

Nous devons remercier avant tout le travail du Dr Jean-Jacques Bonamour du Tartre (JJBDT), notre Vice-Président pour tout le travail qu'il vient d'effectuer comme Président de la fédération.

Il vient de terminer son mandat et nous laisse un texte de réflexions : *REINSTALLER LA PSYCHIATRIE, un préalable à une possible évolution.*

Il souligne que le champ de la psychiatrie reste un domaine symboliquement vulnérable face à sur-pilotage administratif et technocratique.

Il constate une souffrance des professionnels qui touche au désespoir ;

Il lui semble indispensable qu'en amont de toutes mesures et projets réformant son domaine, la psychiatrie soit soigneusement réinstallée, dans une position réfléchie entre tous les partenaires concernés.

JJBDT préconise une concertation de l'ensemble de ce qu'on désigne comme parties prenantes, qu'elles soient des organisations d'usagers ou de professionnels, et à associer toutes les disciplines potentiellement contributrices pour notre champ (sociologues, anthropologues, spécialistes du droit, etc.), en veillant cependant à donner une place prépondérante à tous ceux qui vivent la maladie dans leur réalité quotidienne. Cette concertation aurait comme objectif premier de restaurer la psychiatrie dans sa légitimité et sa pertinence sanitaire et sociale.

Les Deuxièmes journées de psychiatrie adulte de la FFP se sont déroulées les 11 et 12 mars : *Informer, annoncer, parler.*

Les Journées nationales. Les 47^{èmes} journées nationales ont eu lieu à Angers, en octobre 2018 et avaient pour thème *La psychiatrie à la croisée des temps cliniques à l'épreuve de l'avancée en âge.* Nous avons bénéficié d'une magnifique organisation grâce à Frédéric Aumjaud et son épouse Michèle. Ces journées consacrées au sujet âgé vieillissant ont démontré une belle vitalité et la venue plus nombreuse de jeunes psychiatres a confirmé une solidarité entre les générations que nous pensions perdue.

Les prochaines Journées seront à Biarritz, sous la présidence de Karine Hénon et Béatrice Guinaudeau du jeudi 26 septembre au samedi 28 septembre 2019 sur le thème : *Autorité : Perte et reconnaissance.*

Stop à l'épidémie de TDAH : Patrice Charbit, notre Président d'honneur, a permis la co-organisation entre l'AFPEP et Stop DSM d'une journée de réflexion sur l'inflation diagnostique du TDA/H le samedi 13 Octobre 2018. La qualité des intervenants et leurs approches multifocales ont permis de bien situer les données de ce problème. L'objectif de cette journée visait à comprendre les mécanismes et les enjeux d'une politique commerciale qui étonne et ne semble pas connaître de limite. Cette journée a montré la possibilité de discussions ouvertes et non dogmatique et nous en remercions tous les participants.

DPC /Formation : Nous avons organisé pour la saison 2018-2019, grâce au travail acharné (et ce n'est un vain mot) d'Olivier Brunschwig, de nombreux programmes de DPC. Nous avons maintenu une bonne activité avec des programmes variés avec en juin un DPC *Éthique*, en septembre *Ethique* en partenariat avec les psychiatres Rhone-Alpes et en octobre 2018 trois DPC

lors des Journées d'Angers. Après un dernier DPC 2018 sur *l'Alcool-dépendance* à Paris le 10 novembre nous avons organisé un DPC *Psychosomatique* à Paris le 9 mars qui a motivé les participants pour demander une nouvelle formation pour l'année qui vient ; Pour les programmes mis en place, pour l'année 2019, nous aurons : à Paris, le 6 avril un DPC sur la *Spécificité de situations cliniques complexes et de leurs prises en charges face à la souffrance au travail des médecins libéraux* ; en mai nous aurons une journée de DPC sur Les pratiques de prescription en psychiatrie.

Pour nos journées nationales, nous organiserons un DPC sur *Autorité et Éthique*, un autre sur les *Ruptures d'autorité dans la pratique* avec le Dr Robert, ancien président du conseil de l'Ordre et enfin un troisième sur *Perversion de l'autorité et l'abus de pouvoir*.

Enfin très souvent ces formations se révèlent en adéquation avec la pratique de la psychiatrie libérale. Malgré des contraintes technocratiques rébarbatives et changeantes qui demandent un énorme travail, l'afpep reste très motivée pour continuer des formations au plus près de la clinique du quotidien du psychiatre. Bien sûr, le pouvoir du système de santé aimerait orienter et pousser les psychiatres vers une pratique expertale et les éloigner du soin en favorisant les DPC qui mettraient en avant des filières de santé ou le psychiatre travaillerait avec des correspondants médicaux ou paramédicaux. Nous avons connu une recrudescence des contrôles de conformité des programmes par l'ANDPC. Au cours de l'année 2018, la montée en puissance du dispositif de l'ANDPC avec notamment l'installation des CSI (Commissions scientifiques indépendantes) a entraîné une remise en question plus incisive de la mise en forme de nos programmes de formation, et de leur adéquation aux objectifs de référence.

Depuis la Loi de Modernisation de notre système de santé publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2016, la notion de « programme DPC » a été remplacée par celle de « parcours DPC », composé d'actions de formation, d'analyse et d'évaluation des pratiques, d'actions de gestion des risques, l'ensemble devant être réalisé sur des périodes de 3 ans.

Les « parcours DPC » seront proposés par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et collèges de bonnes pratiques par profession et par spécialité.

Pour notre part, nous restons déterminés à défendre ce qui est notre valeur fondamentale dans le soin.

Enfin, nous sommes toujours dans l'attente d'un numéro formateur qui pourrait nous permettre d'organiser des formations plus indépendantes des injonctions commerciales.

La recherche :

L'afpep continue à s'engager dans la recherche devant la nécessité actuelle d'argumenter des affirmations syndicales ou scientifiques sur des études qualitatives

reconnues par tous. Notre premier thème de recherche est sur la souffrance au travail des professionnels de santé et en particulier des psychiatres. Notre Président Claude Gernez reste très impliqué dans ces études qui font appel à une collaboration avec des collègues hospitaliers. Nous avons mis en place un Dpc (le prochain le 6 avril) sur les collègues rencontrés qui vont mal et ne veulent pas le savoir. Nous avons promu une étude qualitative qui peut être un moyen de nous faire entendre du ministère. Pour autant, nous n'oublions pas que la recherche en psychiatrie relève aussi de la clinique et pas seulement qualitative et scientifique...

International WPA :

Le 1^{er} Mars, Jérémie Sinzelle, notre Vice-Président à l'international, a été élu Président de la Section d'Histoire de la Psychiatrie.

Nous rappelons que l'afpep fait partie des 5 sociétés qui ont contribué à la création de la WPA.

Le Dr Afzal Javed (nouveau président WPA), est venu à Paris faire une conférence sur *Le Futur de la Psychiatrie Relever les défis et dissiper les mythes*. Il souhaitait, à cette occasion, rencontrer les leaders des associations françaises membres de la WPA afin d'évoquer avec eux le projet de candidature de Paris pour le Congrès Mondial de la WPA en 2023. Nous pourrions faire alors nos journées nationales pendant le Congrès WPA.

Le Congrès mondial de psychiatrie à Mexico s'est tenu, au Mexique, du 27 au 30 septembre 2018, pour discuter de l'impact de la psychiatrie sur certains des plus importants défis sociaux auxquels font face les communautés du monde entier.

Le prochain congrès aura lieu du 21 au 24 août 2019 à Lisbonne (Portugal).

International Alfapsy : (ALTERNATIVE FEDERATIVE DES ASSOCIATIONS DE PSYCHIATRIE).

Nous devons tout d'abord remercier Paul Lacaze de l'afpep, Président d'honneur d'Alfapsy qui fait un travail remarquable dans cette association dont Capucine Rivière est la trésorière. L'afpep est à l'origine de la création de cette société francophone dont le président actuel est Hachem Tyal, psychiatre marocain suite à l'assemblée générale de mars 2018 à MARRAKECH (MAROC). L'élection du futur Président pour 2020-2022 a nommé comme Présidente Éluée Aïda Sylla du Sénégal.

Les 9^{es} Rencontres Francopsies ont été organisées du 25 au 30 septembre 2018 à l'Hôpital Mont Liban de Beyrouth, à l'initiative de l'École Libanaise de Psychanalyse et Psychothérapie, en partenariat avec la Société Internationale d'Histoire de la Psychanalyse et de la Psychiatrie et avec la participation des Ambassades de Belgique, de France et de Suisse, avaient pour ambition, sur un argument de Chawki

Azouri (Beyrouth), de questionner les liens entre « *Francophonie, Psychiatrie humaniste et Psychanalyse aujourd'hui* ».

En juin, **ALFAPSY** aura une session au **CPNLF à Beyrouth** (grâce à l'action de Sofiane Zribi de Tunis (ancien président Alfapsy) sur *civilisation et psychiatrie*).

L'AFPEP a participé à divers congrès :

Le CFP à Nantes du 28 novembre au 1^{er} décembre 2018 où comme tous les ans, nous avons tenu un Stand lors du CFP et accueilli de très nombreux psychiatres, curieux de notre exercice et de notre pratique de la psychiatrie. Nous sommes intervenus lors du Forum association sous la présidence de Frédéric Aumjaud, au cours de Rencontre avec l'expert avec Thierry Delcourt, notre vice-président à la communication, et dans une session thérapeutique tenue par Jean-Jacques Bonamour. Notre stand a profité pleinement du dynamisme de Rania Gard qui a su le rendre notre stand très attractif grâce à de nombreuses bonnes initiatives.

Nous avons tenu un stand au Congrès de l'Encéphale à Paris en janvier malgré un problème d'effectif et une organisation un peu tardive. Ce congrès a été aussi l'occasion de rencontrer de nombreux confrères hospitaliers qui sont tentés par le libéral souvent face aux pressions insupportables qui se font sur leurs pratiques.

Nous avons assuré une présence de l'AFPEP lors des États généraux sur la radicalisation à Paris-Sorbonne qui ont permis de faire un tour d'horizon sur tout ce que recouvre le terme de radicalisation. C'est un axe de réflexion important pour notre association. Nous devons être très vigilants sur les psychoses débutantes, les hystéries...et ne pas se laisser aveugler par les pressions de la société. L'AFPEP et L'ODPC-PP pourraient mettre en place des formations sous forme de DPC ou bien faire une journée sur la radicalité.

Les publications de l'AFPEP-Snpp :

Il faut insister sur la qualité de nos publications et nous pouvons nous féliciter de la créativité de nos auteurs, de l'implication de nos comités de rédactions et du travail de Thierry Delcourt, notre rédacteur en Chef.

Deux Bipp sont parus cette année avec en juin 2018 le numéro 74 : Bilan annuel 2017 : AFPEP, SNPP, ODPCPP avec un dossier spécial sur *la Clinique à l'épreuve des croyances* et en novembre le numéro 75 : L'AFPEP-Snpp s'engage avec un Dossier Spécial sur *Stop à l'épidémie de TDA/H*.

Notre revue de recherche et d'échange Psychiatrie a vu la parution de son numéro double en septembre 2018, sur *Le psychiatre et le chaos : Diversité et créativité clinique* à partir des Journées Nationales de l'AFPEP 2017 à Lille.

Rapport d'activité du Snpp 2018 :

Action syndicale :

Réunion « flash » à l'Assemblée Nationale Claude Gernez et Françoise Duplex se sont rendus à une Réunion « flash » à l'Assemblée Nationale sur le financement de la psychiatrie pour faire entendre la voix de la psychiatrie libérale et de la pédopsychiatrie. Les résultats rapportés par la psychiatre le Dr Martine Wonner, députée LREM (Bas-Rhin) chargée d'une mission flash sur le financement de la psychiatrie, montrent que la psychiatrie hospitalière est à la fois sous-dotée et mal financée et propose des financements à moyens constants. Il y avait peu de propositions pour la psychiatrie privée en dehors de l'hospitalisation privée dont est issue le Dr Wonner.

Claude Gernez, notre Président, a adressé un courrier à Agnès Buzyn pour lui demander de prendre en compte toute la spécificité de la psychiatrie libérale. En réponse à ce courrier, le ministère nous propose un rendez-vous début avril.

Depuis septembre 2018, l'avenant 6 à la convention médicale met en place la généralisation de la **télé-médecine et de la télé-expertise**. Techniquement, la TC est obligatoirement en vidéo car l'appel téléphonique ne relève pas de la consultation remboursable. Le « CNPSY » est simplement remplacé par « TC » pour un même montant de 39 €. Le MPC et le MCS s'ajoutent dans les conditions habituelles selon votre secteur d'exercice mais cela a un coût ; Bien sûr nous nous interrogeons sur les enjeux éthiques et déontologiques ;

Les infirmiers de pratiques avancées en

psychiatrie : Le SNPP est en pleine réflexion sur ce projet des IPA ; Les IPA (Infirmiers de Pratique Avancée) après avoir fait un master pourraient prendre en charge les malades Concrètement, la pratique avancée recouvre : des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales mais qui prendra la responsabilité des soins ? Faut-il laisser les infirmiers faire des prescriptions sous la direction des généralistes ? En effet les IPA seraient sous la responsabilité d'un médecin mais pas forcément un psychiatre. Quelle que soit la position que nous aurons, nous ne pouvons que déplorer encore une fois les insuffisances d'un état qui néglige de protéger sa population.

Les Élections Régionales de Paris ont vu l'élection de Thierry Toussaint Titulaire et Michèle Wagman Suppléante.

En Champagne-Ardenne sont élus Adeline Metten (Titulaire) et Loïc Tana (Suppléant).

Collège National professionnel de Psychiatrie (CNPP) : est une structure fédérative de la Fédération des spécialités médicales (FSM) : La FSM produit de nombreuses réflexions transversales sur la méthodologie, l'organisation, la labellisation et l'évaluation des actions de Formation Médicale Continue (FMC), puis sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et les DPC. Indépendance scientifique, transparence financière et politique attachée de gestion des conflits d'intérêts.

L'afpep-Snpp s'interroge sur la création de ce CNPP en particulier sur l'indépendance professionnelle car le CNPP risque de se retrouver avec des lignes directrices, de réflexions et de travail, guidées par des directives gouvernementales en suivant les chapitres de la stratégie nationale de santé. Les premières pistes imposées selon un calendrier « très contraint », sont la re-certification, les infirmiers de pratique avancée et les orientations nationales pour les DPC. En ce qui concerne la procédure de re-certification, les principaux intervenants du CNPP ont insisté sur la nécessité de pouvoir s'appuyer sur un système de FMC fonctionnel dénié par l'ANDPC actuelle, afin de produire une procédure simple, établie avant tout par des praticiens en exercice via leurs organisations professionnelles syndicales notamment, et basée sur trois registres : les connaissances, le savoir-faire, le savoir-être du praticien.

Cette crainte de devenir une chambre d'enregistrement nous incite à réfléchir sur une structure plus indépendante qui regrouperait tous les syndicats de la psychiatrie.

CSMF : Le SNPP est affilié à la CSMF au niveau syndical.

La CSMF a signé l'avenant 6 à la convention de l'assurance maladie, ce qui a permis le remboursement des actes de téléconsultation à partir du 15 septembre 2018. La Téléconsultation par vidéo a été remboursée à partir de septembre 2018 puis la télé-expertise également aussi bien rémunérée pour le médecin « requis » et le médecin « requérant ».

La signature de la convention a fait aussi que le TPG n'est pas devenu obligatoire à la demande de la Csmf.

La signature de l'avenant 6 qui engage la Csmf dans la convention lui a permis de revenir dans les Commissions Paritaires Locales afin de permettre un dialogue avec les dirigeants des caisses. Les prochaines élections URPS promettent des échanges durs entre syndicats.

La CSMF est contre le projet d'abandon du numérisé clausus. La CSMF, certes favorable à une refonte des études, reste opposée à une dérégulation totale du nombre de médecins formés et appelle à une grande concertation entre tous les acteurs pour une réforme devenue indispensable.

La Csmf s'est mobilisée sur la télémédecine et le remboursement des actes avec une égalité dans la cotation des actes.

La Csmf s'indigne sur les ROSP selon la spécialité. La mise en place des forfaits fait partie des perspectives : les maladies chroniques seront au forfait et bien sûr moins bien payées pour limiter les consultations à 4 par an par exemple. Il faudrait devenir un manager plus qu'un soignant.

Le DMP : Les patients pourront créer des dossiers médicaux et pourront nous refuser d'inscrire des informations cliniques ou thérapeutiques. Le DMP serait la propriété du patient. Il existe le risque pour les médecins qui seraient responsables financièrement de faire des doublons biologiques ou radiologiques.

Michel Jurus
Secrétaire général

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

N'hésitez pas à vous connecter

sur le site : www.psychiatries.fr / Courriel : info@afpep-snpp.org

Rapport financier

Je remercie nos adhérents y compris les retraités, de leur fidélité. Le choix de faire une adhésion à 0 € à l'occasion des congrès pour les nouveaux adhérents a permis à de nouveaux confrères de faire connaissance avec l'AFPEP-SNPP et de recevoir ses publications.

Nos dépenses de l'année 2018 sont contenues pour ce qui concerne le fonctionnement du siège, les frais de comptabilité et de personnel. Seuls augmentent nos frais de publications, témoin de la vitalité de celles-ci. Je tiens à remercier notre nouvelle secrétaire pour avoir mis en place de nouvelles procédures d'organisation plus économes.

La Journée de Printemps et les Journées Nationales d'Angers ont été bénéficiaires, ce qui permet de mieux financer les prochaines Journées à Biarritz qui seront plus onéreuses du fait du choix du lieu.

Au cours de l'assemblée Générale a été décidée une cotisation à 50 € pour les retraités **sans aucune activité professionnelle** qui souhaiteraient par ce don manifester leur solidarité avec les générations en activité.

Les tarifs de cotisations seront identiques pour 2020.

Le fonctionnement financier de l'AFPEP-SNPP permet sa pérennité et répond à la confiance de ses adhérents.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

Rapport moral

Les deux rapports précédant confirment la bonne santé institutionnelle de l'AFPEP/SNPP et l'intensité de son activité tant sur le versant syndical que sur les productions de la société savante. Nous le devons d'abord au dévouement et la qualité du travail de notre trésorière et de notre secrétaire général. Chacun dans son domaine a su maintenir une dynamique efficace qui a permis le bilan de cette année. Il fallait en effet beaucoup de vigilance et de rigueur pour présenter des comptes positifs malgré un contexte difficile. De même, c'était un travail qui impose une attention de tous les jours que d'organiser et de coordonner les multiples activités que la qualité du rapport précédant nous permet de mesurer. Tout ceci n'a pas empêché l'un et l'autre d'être actif dans d'autres domaines, notamment la préparation des prochaines journées nationales, et nous pouvons les espérer aussi réussies que celles d'Angers. Pendant ces quatre jours, la qualité des interventions correspondait à nos attentes, et, surtout, l'ambiance bienveillante et ouverte de notre institution a été soulignée par les intervenants extérieurs.

Il convient d'insister aussi, sans reprendre les éléments soulignés par le rapport du secrétaire général, sur la qualité de la formation professionnelle, des publications et du travail qu'ils imposent. Le travail avec les instances internationales nous a permis d'accéder à un rôle actif, mais aussi nous comprenons de mieux en mieux les arcanes d'un ensemble complexe, difficile à appréhender et cependant indispensable à notre place institutionnelle. Nous avons encore été participants

actifs à la FFP et au CNPP où se rencontrent les différentes instances représentant la psychiatrie française, dans des contextes pas toujours simples à comprendre, en fonction d'enjeux souvent divergents.

Pour autant, ce constat d'actions positives ne doit pas cacher la difficulté récurrente de notre syndicat : notre nombre d'adhérents suit la courbe descendante du nombre des psychiatres privés, selon les projections du Conseil de l'Ordre. Comme les psychiatres libéraux partent à la retraite et ne sont pas remplacés, nous constatons le même phénomène dans nos rangs. Cependant, les journées nationales ont montré que les efforts pour intéresser de plus jeunes se révélaient efficaces ; espérons la concrétisation de ce mouvement. Peut-être devons nous concevoir que la transmission s'effectue à l'inverse de ce que nous pensons habituellement : nous devons accompagner les questions des nouveaux adhérents sans vouloir leur imposer nos conceptions.

Nous pouvons nous inquiéter fortement des mesures prises pour « faciliter l'accès aux soins » que nous avons du mal à réaliser, les discussions avec les représentants du ministère ne s'avèrent pas conformes à nos revendications, ainsi la réglementation concernant les Infirmiers de Pratique Avancée n'a pas abouti à un accord, ni par la CSMF ni par le CNPP les pressions et les visées du politique, dans sa précipitation, ne concordent pas avec notre vision de nos responsabilités.

Un point positif cependant : nous avons souffert d'un manque de reconnaissance de la part des représentants du ministère qui nous « oubliaient » régulièrement ; mais une rencontre significative vient d'être programmée à notre demande. Nous en attendons au moins d'y voir notre existence reconnue !

Finissant mon mandat, je voudrais exprimer quelques remarques personnelles.

Je soutiens la candidature de notre Secrétaire Général, comme je l'avais pensé dès ma première élection, comme celui qui saura poursuivre l'action engagée depuis si longtemps maintenant.

Je remercie ceux qui ne m'ont pas soutenu, ils m'ont appris plus que je ne pouvais imaginer.

Je remercie tous ceux qui ont travaillé en coordination avec moi, leurs remarques et nos discussions m'ont beaucoup enrichi, dans, je l'espère, l'intérêt de notre association.

Enfin, j'exprime ma gratitude à ceux, dont notre Secrétaire Général, et futur Président, je l'espère, qui m'ont montré que l'amitié s'est révélée bien au-delà de mes attentes.

Claude Gernez

Motions

Formation des internes : Le Snpp et l'afpep souhaitent favoriser la venue des internes en stage au cabinet qui pourraient faire des consultations dans l'évolution de la maquette de l'internat et mettre en place une charte du remplaçant avec encadrement et formation.

3 abstentions **Adoptée**

Motion WPA :

L'AFPEP donne mandat à son bureau et à son conseil d'administration pour discuter d'une candidature à l'organisation du Congrès Mondial de la WPA (World Psychiatric Association) en 2023 à Paris en France, en coopération avec les autres sociétés françaises membres de la WPA.

The French Association of Psychiatrists in Private Practice (FAPPP, in French AFPEP) mandates its Board of Trustees to discuss the application of Paris, France, to host the 2023 WPA World Congress in full cooperation with the other French WPA members societies.

Adoptée à l'unanimité

Lutte contre la maltraitance au travail : Le SNPP rappelle qu'on ne peut pas incriminer la responsabilité des médecins sans interroger la responsabilité de l'évolution des nouvelles organisations du travail et des restructurations. Le SNPP s'engage sur une action vis-à-vis des pouvoirs publics et des caisses d'assurances maladies sur les effets pathogènes que provoquent les nouvelles méthodes de management productiviste et sur les restructurations surtout

déguisées, responsables de lourdes conséquences : psychiques et sociales à court et long termes pour les victimes, et le retentissement financier pour la collectivité. Nous demandons une responsabilisation des employeurs privés publics et en particulier hospitaliers.

Adoptée à l'unanimité

Les métiers émergents en psychiatrie : L'afpep-Snpp s'engage dans une réflexion sur les métiers émergents en psychiatrie et l'évolution du métier de psychiatre. Nous dénonçons la baisse de l'offre de soins en psychiatrie libérale et nous resterons vigilants sur l'évolution de qualité des soins psychiatriques pour les malades. Nous demandons que les psychiatres puissent participer à la formation et à la supervision des métiers émergents de la psychiatrie. Nous refusons l'uberisation de la psychiatrie.

Adoptée à l'unanimité

L'AFPEP-SNNPP demande la réduction significative des contraintes administratives et technocratiques afin que les psychiatres puissent consacrer plus de temps à leur activité clinique ;

Dans le même élan, l'AFPEP-SNPP demande l'évaluation la plus précise possible de coûts humains et financiers de la certification.

Adoptée à l'unanimité

Cotisation annuelle : VOTE à l'unanimité d'une cotisation de 50 € pour les retraités.

Renouvellement des Conseillers Nationaux

Se présentent :

- Jacques Barbier
- Patrice Charbit
- Thierry Delcourt
- Béatrice Guinaudeau
- Jean-Bruno Meric

Sont élus

- Jacques Barbier
- Patrice Charbit
- Thierry Delcourt
- Béatrice Guinaudeau
- Jean-Bruno Meric

34 votants : élus à l'unanimité.

Bureau AFPEP – SNPP 2019

Présidents d'honneur

Patrice Charbit
Claude Gernez
Jean-Jacques Laboutière

Président

Michel Jurus

Vice-Présidents

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Olivier Brunschwig
Thierry Delcourt
Françoise Duplex
Jérémie Sinzelle

Secrétaire Général

Élie Winter

Secrétaire Général Adjoint

Thierry Toussaint

Trésorière

Béatrice Guinaudeau

Informations AFPEP-SNPP

Communiqué

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU SNPP (Syndicat National des Psychiatres Privés)

Le 07/04/2019

Après les psychanalystes... attaques en règle contre les psychiatres. Ils n'y vont pas avec le dos de la cuillère sur les ondes de RMC ce matin-là ! « Il faut arrêter de parler de psychiatrie, c'est insupportable », « C'est fini la psychiatrie » a-t-on entendu lors de l'éditorial de Jean-Claude Bourdin qui recevait Sophie Cluzel, secrétaire d'état chargée de la personne handicapée, ce mardi 4 avril. Propos auxquels ont aussitôt réagi le Pr Bernard Golse et le Dr David, vice-Président du SPH dans la tribune du Journal Libération qui s'en est offusqué.

M^{me} Sophie Cluzel se fait porte-drapeau d'un mouvement qui veut apporter des solutions rapides et efficaces à la prise en charge des enfants autistes. Nous entendons qu'il s'agit d'abord de fuir les psychiatres, puis les toubibs (sic) qui, incapables, banaliseraient et feraient perdre un temps précieux. Ce serait enfin au médecin généraliste (mais n'est-il pas toubib?) que reviendrait la palme de la clairvoyance: il deviendra référent et saura diagnostiquer puis diriger vers psychomotriciens, ergothérapeutes et bilan neuropsychologique.

Les soins de rééducation deviendront entièrement gratuits grâce aux 350 millions d'euros débloqués. Voici donc une partie des propositions de Madame la déléguée qui semble dire que du passé faisons table rase, Autistes et Familles, nous apportons un souffle nouveau sans psychiatres... tout va enfin changer.

Face aux mensonges, à l'ignorance totale, au mépris et au déni pour le travail fourni et difficile des psychiatres, affichés par les représentants du peuple et certains médias qui les relaient, les psychiatres de l'Afpep-Snpp sont scandalisés et exigent qu'un débat soit organisé avec des représentants de la psychiatrie. Le sujet de l'Autisme est tristement devenu un enjeu politique. Derrière ces récupérations politiciennes, qu'en est-il du bien-être de ces enfants, de leur prise en charge spécialisée, de l'accompagnement des parents... ce que font les professionnels de la psychiatrie avec engagement et humanité, sachant qu'ils se confrontent aux mêmes difficultés majeures que dans toutes les pathologies complexes à étiologie multifactorielle.

Dr Françoise Duplex
vice-présidente AFPEP-SNPP

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU CNPP (Conseil national professionnel de psychiatrie)

Le 5/04/2019

Le Conseil national professionnel de psychiatrie qui regroupe l'ensemble des sociétés savantes et syndicats de psychiatrie condamne à l'unanimité et avec la plus grande fermeté les propos irresponsables et scandaleux de la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées prononcés le 1^{er} avril 2019.

Elle a notamment déclaré « Avec notre plan, il s'agit de ne plus placer des enfants autistes devant des psychiatres. » Et encore : « Face à un spectre de l'autisme très large, il faut que l'on arrête de parler de psychiatrie », et en finir avec « des prises en charge inadéquates dans des hôpitaux psychiatriques où ils n'ont rien à faire ».

Ces appréciations brutales découragent et affligent les psychiatres et les professionnels de santé mentale engagés de longue date auprès des personnes avec troubles du spectre de l'autisme, que ce soit en clinique, en recherche et dans l'enseignement.

Ce n'est pas en stigmatisant les usagers de la psychiatrie et les professionnels qui contribuent à leurs soins et à leur insertion que l'on rend service à la communauté. Un membre du gouvernement se permet de jeter l'opprobre sur toute une discipline. Madame Sophie Cluzel doit immédiatement retirer ses déclarations indignes.

Elle est invitée à rester en cohérence avec la ministre de la santé et le président de la République, qui ont souligné l'importance de soutenir et renforcer la psychiatrie en France.

**Le Conseil National Professionnel
de Psychiatrie (CNPP)**

Actualité Conventiennelle

Le Comité directeur de l'UMESPE s'est tenu le 27/04/2019 .

Il s'agit pour les spécialistes CSMF de décider s'ils votent pour ou contre la signature de l'avenant 7 lors de l'Assemblée Générale de juin, en sachant que les spécialistes en Médecine Générale sont pour cette signature.

Il convient d'abord de rappeler que l'objectif politique des réformes en cours porte sur l'accès aux soins, 2,7 millions de Français n'ont pas de médecin traitant, surtout les jeunes, et les délais d'attente pour obtenir un RV peuvent atteindre plusieurs mois selon les spécialités.

Autre rappel, pour situer le contexte actuel. Il existe 135 Groupements Hospitaliers de Territoire organisés et dirigés par les ARS, leur but est de mutualiser les moyens de plusieurs hôpitaux voisins, d'organiser le "virage ambulatoire des soins" et la télémédecine, selon un projet médical comprenant les acteurs de soins libéraux, autour des médecins traitants.

L'avenant 7: L'ACI CPTS

L'Accord Conventiennel Interprofessionnel porte sur la formalisation des Communautés Professionnelles Territoriale de santé.

Cette formalisation reste floue dans le texte : ceux qui voudront l'organiser devront choisir le statut juridique qu'ils veulent adopter. Cette première difficulté, qui demandera beaucoup de temps à concevoir, impose le recours à un avocat. Un exemple possible serait une association loi de 1901, ou une autre forme à trouver. Ensuite, cette formalisation est proposée à l'ARS pour une contractualisation. Les centres hospitalier peuvent s'intégrer à ce dispositif, comme les associations de patients, voire le piloter. La discussion, souvent vive,

tout au long de la réunion, a porté principalement sur ce point : faut-il accompagner ce projet si nous n'avons pas le temps d'en assurer la gouvernance ? Le projet sera de toute façon légalisé rapidement, il s'agit donc de savoir si il y a un sens à nous y associer. Un autre argument est à considérer : l'ensemble des spécialistes s'orientent vers des regroupements qu'ils souhaitent porter à un nombre important de praticiens et de toutes les catégories des acteurs de soins. Une majorité se prononce pour investir cette structure, qui peut permettre une meilleure prise en charge des patients et un accès plus rapide.

ASSISTANTS MÉDICAUX

Ce nouveau métier de soin, qui existe depuis 1960 en Allemagne, prête moins à conflit.

Il s'agit d'aider les praticiens dans la gestion administrative, comme l'organisation des RV mais aussi, éventuellement, des geste simples: prise de TA, poids des enfants, ECG... La Caisse Nationale propose un système compliqué de subvention : 12000 € la 1^{ère} année, 9000 la 2^{ème} puis une somme fonction de l'augmentation des patients selon les percentiles statistiques de départ. Le but reste l'amélioration de l'accès. Les secrétaires en place ne peuvent pas s'intégrer à ce dispositif qui porte sur une nouvelle embauche et impose une formation spécifique. Certains, qui par ailleurs ne sont pas opposés à la dimension "entrepreneuriale" de leur cabinet, objectent qu'ils préfèrent payer leurs assistants et ne pas être contrôlés par les DAM.

Ces dispositifs ne devraient, actuellement, ne toucher qu'un petit nombre de psychiatres, mais sans doute de plus en plus dans l'avenir.

Claude Gernez

Les IPA : Infirmiers de Pratique Avancée ou Ingestion de Potion Amère ?

La mode est aux séries, et la mise en place des IPA pourrait en constituer une, dont la deuxième saison est sur le point de s'achever dans un désarroi certain pour les psychiatres, et une insatisfaction marquée : dommage car a priori ces derniers étaient plutôt favorables initialement à cette possible évolution de la profession infirmière, la plupart d'entre nous

ayant pu connaître des situations de collaboration professionnelle fructueuses avec elle, et reconnaître souvent leur grande pertinence dans les soins.

A ce jour, on est ainsi partagés entre d'un côté le désir de contribuer à cette évolution des métiers de ces collègues, avec lesquelles on a pu partager beaucoup de situations délicates en pratique de

secteur notamment, de l'autre un sentiment de « coup fourré » dont la fonction médicale psychiatrique sortirait sensiblement malmenée.

Reprenons simplement les faits : une consultation est lancée dès le printemps 2017, semble-t-il, par la DGOS, avec les ordres infirmier et médical pour travailler sur ce transfert de compétences du champ médical aux pratiques infirmières. Des discussions ont lieu début 2018 avec les organisations professionnelles infirmières pour aboutir à une délimitation de ce nouveau champ de compétences et l'élaboration d'un premier décret. Les organisations de psychiatres sont les dernières à être consultées à ce propos, et l'alibi des « délais contraints » pousse même la DGOS à demander au CNPP, dont j'assurai à l'époque la présidence, de se prononcer sur ce sujet d'une fin de semaine à la suivante...

Devant le refus catégorique de notre part (merci aux présidents du COPIL de psychiatrie, Ivan Halimi, et de la conférence des présidents de CME des CHS, Christian Müller, pour leurs contributions à ce refus), la DGOS a fini par céder et reporter d'une année l'élaboration de ce projet d'IPA en psychiatrie, alors que d'autres champs sont déjà prêts (cancérologie, néphrologie, etc.).

Reprise des travaux en janvier dernier avec l'organisation de quelques réunions de concertation, où il apparait clairement que l'on nous invite à accepter ce projet sans broncher, car si nous manifestons trop de réticences, il y serait renoncé, alors que très attendu, sous-entendu de notre faute...

Les réticences que nous avons marquées pour la plupart touchaient initialement les questions de responsabilité (qui est responsable pour un acte délégué ?), de compétences, notamment autour des questions de renouvellement et d'adaptation de prescriptions chez des patients dits « chroniques stabilisés » (compétences données aux IPA), et de formation : celle prévue initialement paraissant bien légère, en termes de pratique effective avec la population visée...

D'une façon plus générale et intuitive, les textes avancés sont nettement apparus comme une reconnaissance d'un métier infirmier quasi identique au métier de médecin psychiatre, à ceci près que les tâches de diagnostic nosographique et de traitement initial nous seraient toujours dévolues... mais on nous a « rassurés » en affirmant que c'était le médecin et le patient qui décideraient du recours à l'IPA, dans un projet personnalisé (du moins avons-nous cru le comprendre).

Pourquoi pas, à la limite ? Ainsi pourrait être dégagé du temps médical précieux ? Acceptons-en l'augure... à ceci près que lors de la dernière réunion de travail « conclusive », en quelque sorte, on nous annonce que la philosophie de création des IPA n'est pas de constituer une « activité prescrite », mais un métier autonome !

Exit les projets personnalisés par patient, il s'agirait d'un contrat de confiance (merci Darty) entre une équipe de secteur et les IPA, ou entre les praticiens d'une CPTS et les IPA, qui seraient décideurs des suivis adéquats, semble-t-il !

Nous en sommes là à cette date du 15 avril, où le CNPP se demande s'il doit « aller au clash », comme l'évoque son président David Soffer, avec le risque évident de passer pour les empêcheurs d'évoluer et d'innover, ou bien composer, avec le sentiment de laisser plus ou moins bafouer la fonction symbolique du psychiatre.

A l'évidence, c'est là où le bât blesse : il semble bien que la modernité, l'innovation, la e-santé, et autres stigmates de notre époque engagent notre fonction vers une vision fonctionnaliste, en quelque sorte, dans laquelle ce que certains ont pu appeler le prestige médical, d'autres la position symbolique du médecin, ou le crédit thérapeutique accordé au transfert (osons un mot bientôt sans doute interdit...), n'ont plus guère de place face à la science, l'organisation rationnelle de l'offre de soins, les recommandations élevées au rang de vérités, ou encore et surtout les besoins de communication politique et ses « concertations » de façade. Il serait prouvé que les algorithmes font aujourd'hui de meilleurs diagnostics que les médecins, et de façon beaucoup moins onéreuse, il est donc temps de trouver dans l'intelligence artificielle et la délégation de tâches généralisée le remède économique qui s'impose...

La cession forcée de la prescription notamment médicamenteuse est le plus souvent vécue par les psychiatres comme une castration de cette fonction médicale, qui subit sans doute ce mouvement de désacralisation, c'est-à-dire en fait de réfutation de sa force symbolique : dans cet esprit, le psychiatre est celui qui atteste de la folie et de ses limites, et en garantit en même temps le soin médical et l'évolution de la connaissance.

Par ailleurs, on peut également regretter que cette tendance à « sous-traiter » les malades dits chroniques stabilisés ne coûte à terme bien cher à la connaissance dans notre discipline, tant il parait évident que le suivi de ces patients au long cours leur laisse tout le temps de nous apprendre mille et une choses sur la maladie, qui n'ont pas droit de citer dans le savoir officiel.

Ce qui est sans doute bien amer et douloureux pour les psychiatres expérimentés que nous sommes pour la plupart (à moins que seulement chroniques stabilisés, nous aussi !), c'est que notre discours n'est presque plus audible, tant la notion même de symbolique semble avoir subi une dévaluation au plan sociétal, alors qu'il reste consistant et investi dans nos pratiques au cabinet (lieu ultime du refuge ?).

Les libéraux n'ont pas trop de souci à se faire au quotidien pour les pratiques : la création et le développement des CPTS va prendre des années et des tonnes de travail gratuit pour les constituer, et les volontaires ne seront pas forcément légion !

Sur un autre plan, ces tribulations démontrent la piètre qualité du dialogue entre psychiatres et pouvoirs publics, débouchant sur une défiance des plus désagréables, dont on ne peut s'empêcher d'espérer qu'elle évolue un jour vers de meilleurs auspices. Elles renvoient tout autant à la dévaluation du rôle des « corps intermédiaires », dans notre domaine

comme dans d'autres, avec le primat donné à une gouvernance managériale centralisée, qui entend bien ne rien entendre des avis contraires.

Enfin, et c'est peut-être le plus préoccupant, ces procédures à la hussarde ne se font pas sans la collaboration active de certains collègues qui, dans la profession, se revendiquent comme les concessionnaires de la vérité scientifique...

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Président sortant de la FFP

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé sont composées de professionnels de santé regroupés, le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. A défaut d'initiative des professionnels, l'ARS pourra être amenée à susciter, en concertation avec les unions régionales de professionnels de santé (URPS) et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé ».

Ainsi sont elles définies par les ARS, qui semblent désireuses de promouvoir ce mode d'organisation de la pratique libérale.

J'ai pu assister fin mars à une réunion organisée par l'URPS Ile de France sur le sujet, où il fut rapporté quelques expériences en cours, déjà bien avancées ou à leur début.

Il apparaît que les plus organisées de ces CPTS apportent un niveau de fonctionnalités très apprécié, surtout des généralistes et des paramédicaux, avec quelques points importants mis en avant :

- La création d'un réseau local informatisé et sécurisé, constituant un annuaire professionnel très utile, et utilisant pour certains (Essonne) une sorte de DMP d'évènement (y sont consignés les éléments concernant des problèmes ponctuels nécessitant des avis multiples),

- La gestion des « rendez-vous non-programmés », c'est-à-dire des demandes de consultation en urgence ou à très court terme en tout cas,
- La gestion du lien avec les services d'hospitalisation publique ou privée,
- La gestion des permanences de soins, là où elles existent.

L'expérience de plusieurs années dans l'Essonne paraît très satisfaisante pour les praticiens non spécialistes en particulier, les médecins spécialistes semblant plus rétifs à s'y engager ; mais tout le monde s'accorde sur le fait que la constitution d'une telle structure demande beaucoup de travail initial, qui repose comme à l'accoutumée sur quelques pionniers militants..., tout comme la suite de son fonctionnement.

En fait, les contours du « territoire » concerné par une CPTS sont à définir localement par les initiateurs de la chose, et peuvent évoluer dans le temps, leur dimension populationnelle va de 60 000 à 2 ou 300 000 habitants, et à terme, ces CPTS reçoivent un financement en proportion de leur taille.

A noter que certains ont pu s'appuyer sur la CPTS locale pour organiser leur intégration lors de leur installation, bénéfice non négligeable à une époque où il semble que les amicales de médecins s'étiolent et ne remplissent plus comme auparavant ce rôle facilitateur.

Les ARS semblent vouloir réellement soutenir ce mode d'organisation.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Président sortant de la FFP

CNPP : 10 ans de mise en œuvre et de recomposition de la représentation de la profession

Les Conseils Nationaux Professionnels (CNP), sont en cours de création depuis plus de 10 ans maintenant. A cette époque, le clivage était profond entre les associations ou les fédérations de psychiatres, notamment suite au départ des universitaires et des psychiatres biologistes de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), créant le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP). Rapidement, la FFP et le CNQSP ont revendiqué de devenir LE CNPP, devenant la FFP-CNPP et le CNPP-CNQSP.

Un premier décret de 2016 organisant le fonctionnement du DPC (développement professionnel continu) avait créé les CNP, un seul pouvant être constitué par spécialité. De longues « discussions » animées, menées par la fédération des spécialités médicales (FSM) ont amené à créer un CNPP unique en 2014, réunissant les huit syndicats de psychiatres et les fédérations d'associations scientifiques (FFP et CNQSP) avec les universitaires (Collège National des Universitaires en Psychiatrie, CNUP). 20 psychiatres y siègent. Pour l'AFPEP-SNPP, Jean-Jacques Laboutière, Patrice Charbit, Claude Gernez, Michel Jurus, Jean-Jacques Bonamour du Tartre, et Elie Winter y ont régulièrement participé.

Le décret fixant les missions des CNP, leurs compositions et fonctionnement est paru en janvier 2019, commençant à évoquer les moyens financiers leur permettant de travailler... sans aucune subvention à ce jour. Tout ce travail a donc pour l'instant été complètement bénévole, non indemnisé.

Ces réunions initialement « tendues » entre des courants de psychiatrie qui ne se parlaient plus ont permis de renouer des liens, et de travailler ensemble en particulier pour organiser le DPC, et parfois pour des communiqués communs à toute la profession, régulièrement publiés dans les BIPP depuis.

Nous nous sommes donc tous mis au travail.

Où en est-on ?

Progressivement, le CNPP est devenu un interlocuteur majeur des pouvoirs publics.

Quand Sophie Cluzel a déclaré début avril qu'il ne faut plus mettre un autiste devant un psychiatre, le communiqué commun du CNPP (publié dans ce numéro du BIPP) a été repris par la presse, et a joué un rôle majeur pour obliger la Secrétaire d'Etat à revenir sur ses propos.

Régulièrement, le CNPP est sollicité pour désigner des experts pour la DGOS, la HAS, etc. Dernièrement, les membres de la Commission de Qualification de l'Ordre

des médecins (qui permet à des médecins généralistes ou des psychiatres étrangers d'être qualifiés de psychiatres), ont par exemple été choisis par le CNPP.

Le CNPP avait rédigé les premières « orientations prioritaires » du DPC pour la psychiatrie. En avril 2019, il a rédigé les prochaines orientations prioritaires pour les 3 ans à venir. Nous avons redouté des tensions sévères, nous avons parfois dû être attentifs, et le CNPP a finalement régulièrement réussi à trouver des positions constructives respectant les orientations des uns et des autres. Le ministère a accepté l'essentiel de propositions.

Les discussions encore en cours sur la mise en œuvre des IPA (infirmières en pratique avancée) en psychiatrie se sont fait avec le CNPP comme principal interlocuteur de la profession. Ce qui ne veut bien sûr pas dire que nous ayons été respectés, la plupart de documents importants nous ayant été transmis quelques jours avant l'annonce des réunions, auxquelles le ministère nous demandait de venir pour des mascarades de concertations.

De tout ce travail, l'idée d'une nouvelle société unifiée réunissant tous les courants de la psychiatrie fait son chemin. Lors de notre dernière réunion, la FFP-CNPP et le CNPP-CNQSP ont décidé de modifier leurs statuts pour retirer leurs mentions « CNPP ».

Or il est à noter que le CNPP est statutairement composé pour moitié de psychiatres libéraux et de psychiatres salariés. L'AFPEP-SNPP y prend donc une place importante (notamment parmi la délégation de la FFP), aux côtés de nos camarades syndiqués du SPF (notamment parmi la délégation du CNQSP). Nous ne nous sommes probablement jamais autant parlé depuis les clivages d'il y a 10 ans. Tout n'est pas rose, mais quelle avancée !

Résultat : Le paysage de la représentation de la psychiatrie est en pleine recomposition, et on n'y retrouve pas toujours les anciens clivages. Chacun se redéfinit. On peut toujours s'inquiéter de tous ces changements, initiés par des obligations du ministère de la Santé. On peut aussi se réjouir que ce CNPP fonctionne de mieux en mieux, dans cette époque où les tentations de normalisation des pratiques (par la HAS notamment) progresse, où les IPA vont venir prendre un rôle intermédiaire entre les infirmiers et les médecins, où la neurologie se mêle de concurrencer la psychiatrie (congrès de neurologie comportementale), etc.

Travaillons encore !

Elie Winter

Secrétaire général AFPEP-SNPP

Mission flash ministère

Claude-Yves Gernez, Françoise Duplex invités au nom de l'AFPEP SNPP par M^{me} Le Docteur Martine Wonner pour une mission d'information flash (rapporteuse) au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale relative au financement de la psychiatrie, le Jeudi 17 janvier au Palais Bourbon.

M^{me} Martine Wonner, députée du Bas-Rhin (La République en marche) a été nommée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, rapporteuse d'une mission flash relative au financement de la psychiatrie. Cette mission donnera lieu à une communication en commission des Affaires sociales et se compose entre autres de :

- Martine Wonner, psychiatre, ex-directrice du Samu social, LREM, nous accueille et mène un débat de façon tonique.
- Un médecin psychiatre, député de Moselle, M^{me} le Dr Bagarry, médecin généraliste député des Alpes de haute Provence, 2 dames dont je n'ai pas réussi à noter l'identité l'assistent.

Invités :

- Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP), Dr Michel Triantafyllou, Président et Jean Ferrandi
- Syndicat des psychiatres français (SPF), Dr Maurice Bensoussan, (absent) président, et Dr David Soffer, secrétaire général.
- Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH), Dr Marc Betremieux, (absent) président et Dr Isabelle Montet, secrétaire générale.
- Union syndicale de la psychiatrie (USP), Dr Pascal Boissel, (absent) président, et Dr. Philippe Gasser, vice-président.
- Association française des psychiatres d'exercice privé et Syndicat national des psychiatres privés (AFPEP-SNPP), Dr. Claude Gernez, président.
- SPH. Dr. Bernard Odié Chef de service de santé mentale du 13^{ème}.

La presse est absente « elle aurait vivement souhaité assister » précise M^{me} Wonner. La séance est enregistrée. M^{me} Wonner aborde d'emblée la question de la crise de la psychiatrie (cf. Hôpitaux psychiatriques en grève). Elle évoque les 50 millions d'euros dispensés par la ministre M^{me} Buzyn pour améliorer la psychiatrie puis nous invite à parler à tour de rôle. D'une manière générale, nos 5, 6 discours portaient sur les mêmes thèmes avec des nuances propres à nos spécificités, hospitaliers et médico-sociaux, libéraux.

Bernard Odié prend la parole, évoque son âge, ayant largement dépassé l'âge de la retraite.

- La disparition du secteur la fermeture des Cmp.
- L'accueil des migrants.
- Le nombre des médecins qui augmente dans les services de psychiatrie certes mais ce ne sont plus des psychiatres, mais des généralistes et souvent étrangers.
- Les cas nombreux de souffrance au travail qui augmentent parmi les spécialistes eux-mêmes, surchargés de travail ingrat et mal fini.
- Il appelle à la continuité des soins pour les patients, afin que les thérapies ne s'interrompent pas pour des patients qui changent de domicile. À la proposition de M^{me} Wonner d'offrir d'autres types d'accueil et de soins avant la consultation-psychiatre, il répondra très justement que les malades mentaux ne sont pas des patients ordinaires, qu'ils n'ont pas le choix, ils ne peuvent pas puiser dans les sources proposées, ce n'est que secondairement que les soignants les y dirigeront, qu'il faut leur proposer « des soins à bas seuil ».

Isabelle Montet, secrétaire générale, s'est penchée sur la question du secteur pour déplorer qu'il lui soit fait la réputation de système poussiéreux, désuet, on dit bien des choses sur le fonctionnement des CMP dans lequel elle ne se reconnaît pas.

Claude Gernez et moi étions les seuls pédopsychiatres, Secteur 2 (95) et secteur 1 (75) et travaillant en médico social (95). Nos propos ont porté sur :

- La désertification des psychiatres en libéral et médico-social. (Voir statistiques du Conseil de l'Ordre 95)
- La charge de travail administratif croissante (cf. Dossier Mdp) en Cmpp, la fermeture du Cmp de Magny en Vexin (95), le Vexin est particulièrement démuni socio-économiquement et psychologiquement, la pauvreté favorise la maladie mentale, les troubles cognitifs chez les enfants, l'absence d'accès, facteur qui s'accompagne de dégradation de la santé physique et mentale.
- L'hyper médicalisation par Méthylphénidate des enfants dit hyperactifs.
- Le départ des psychopédagogues non remplacés.
- Le profil d'une consultation en libéral sachant que nos collègues partent les uns après les autres à la retraite. Comment sont reçus les enfants et leur famille.

- Notre profession évite aux patients des hospitalisations, mais nos prises en charges sont lourdes et le travail d'équipe est nécessaire ; l'avenir étant le regroupement.
- la particularité du CPSY à notre spécialité, hormis la pédopsychiatrie qui mériterait un acte à C3.
- Le stage d'interne chez le psychiatre, en autonomie, avec un moment de partage et de supervision par le psychiatre qui l'accueille.
- Les jeunes psychiatres ont l'idée qu'en libéral « nous croulons sous la paperasse », ce qui est bien moins vrai qu'à l'hôpital et dans un cabinet de généralistes.
- La formation des psychologues parfois insuffisante et ne pouvant remplacer la consultation psychiatrique.

Des questions ont été posées par M^e Wonner :

« **Les libéraux accepteraient-ils de consacrer du temps aux urgences ?** » Claude Gernez et François Kammerer (SPF) ont expliqué comment ils gèrent leurs urgences souvent tard le soir, sachant que les lieux d'hospitalisations sont difficiles à trouver, résumant la misère de l'accueil spécialisé et la solitude du praticien à ce moment-là.

M^{me} Wonner chercha à comprendre pourquoi on ne forme plus de pédopsychiatres, interrogeant sur les 2 années nécessaires pour se spécialiser en pédopsychiatrie, un facteur décourageant pour les jeunes ? Il lui a été répondu que le problème est la rémunération.

François Kammerer : Psychiatre privé en secteur 1 libéral et psychiatre public, a exigé que soit dit séant, si la décision de remplacer le poste du Pr Bernard Golse par un Pédopsychiatre angevin provenait de Bercy ou des Universitaires, sachant que le poste d'Angers n'est pas remplacé. C'est une maladresse politique ? Il n'a pas reçu de réponse. Il a posé des questions précises sur le destin des 50 Millions d'euros après cette mission flash.

M^{me} Wonner lui a répondu que « cette somme a déjà été distribuée aux ARS et autres », et que cette mission flash évalue les pistes d'amélioration.

François Kammerer : l'hégémonie des neurosciences, la séparation de celles-ci d'une part et les psychologues et psychothérapies de l'autre. Les neurosciences créent des effets d'annonce mais la santé mentale est perdante. Les psychiatres ne sont plus psychothérapeutes.

Il a demandé le développement d'un système collaboratif et pense que la télémédecine n'est pas adaptée à la psychiatrie qui requiert la présence humaine.

Michel Triantafyllou SPEP et **Jean Ferrandi** ont parlé de la dégradation des soins des hospitalisés, soins sous contraintes isolement et contention, augmentant particulièrement lorsque les patients sont en hospitalisation libre. (17% des soins). De l'importance des liens avec les camsp (centre médico-social précoce), la Protection Judiciaire de la Jeunesse, l'aide sociale à l'enfance. Les carrières psychiatriques peu attractives financièrement et la T2A.

Philippe Gasser et **Pierre Parisis**, hospitaliers à Laon, syndicat USP ont lu, en alternance un long texte au sujet de la vaste question du jour.

Notons que M^{me} Wonner nous a affirmé que le nombre de psychiatres n'avait ni diminué ni augmenté depuis 20 ou 30 ans. (Protestations générales). Le Dr Barriny de la commission, a rappelé que jusqu'en 2025 la démographie médicale va diminuer. Faut-il entendre : « arrêtez de pleurer sur la disparition des psychiatres c'est inéluctable jusqu'à cette date. »

Le Dr Claude Gernez a remis de notre part le « BIPP » de novembre 2018 sur Stop TDHA et un numéro de « l'Information psychiatrique » de novembre 17 sur les cabinets libéraux où plusieurs d'entre-nous du SNPP ont été publiés.

Enfin la question que nous sommes en droit de nous poser après une telle après-midi est : quelles seront les répercussions et les effets de cette rencontre ?

L'article est le fruit d'une prise de notes relevée à la volée durant la rencontre qui de ce fait restent imprécises.

Françoise Duplex
Psychiatre, Paris

Rencontre avec Franck Bellivier

La rencontre avec le Délégué Ministériel, un membre du ministère, Jean-Jacques Bonamour du Tarte et moi-même s'est tenue dans un climat direct, sans "langue de bois" selon notre analyse. Nous étions dans les premiers à rencontrer le délégué qui vient d'être nommé, ce qui explique peut-être le mode de relation directe de cet entretien. D'emblée les enjeux étaient définis : nos revendications d'un côté, et de l'autre la "feuille de route" imposée par la ministre pour tenter de faire face à la situation catastrophique de la psychiatrie française. Le premier point portait sur l'absence de reconnaissance de la pratique libérale, et des "oublis" ministériels lors des réunions avec les autres syndicats. Dans le contexte actuel de sauvetage d'un navire qui coule, il ne fait plus de doute que nous sommes attendus pour participer aux actions en cours. Ceci d'autant plus que nous sommes sollicités pour la mise en place de la nouvelle politique du "virage ambulatoire" et pour sa réussite.

Nous avons insisté sur la difficulté de la coordination avec les confrères hospitaliers, proposant un contact direct concernant nos patients, les compte rendus ne suffisant pas à la reprise de la prise en charge par le psychiatre libéral au décours des hospitalisations ; nous avons aussi exprimé nos interrogations concernant les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé qui nous étaient proposées comme réponse à notre proposition de travail entre psychiatres. Concernant la difficulté du formalisme du DPC, nous nous sommes trouvés d'accord, mais sans avoir l'assurance d'une intervention dans ce registre. Concernant le travail

de recherche, notre interlocuteur estime qu'il reste du domaine des universitaires, d'autant que les données statistiques des libéraux restent inconnues, ce qui rend les enquêtes épidémiologiques impossibles. Le souhait de nous voir répondre aux appels à contribution, particulièrement pour les études sur les tentatives graves de suicide, a aussi été abordé.

Malgré notre insistance, la possibilité pour les internes d'effectuer un semestre dans un cabinet privé reste difficile à envisager, et semblait même une idée nouvelle dans le contexte de cette rencontre.

Contrairement à notre impression lors de la dernière réunion dans ce même lieu au sujet des Infirmiers de Pratique Avancée, nous avons reçu l'assurance que nos craintes étaient infondées, et donc que les IPA ne pourraient pas engager d'action sans l'accord d'un psychiatre.

Ce résumé concentre l'essentiel d'un échange long, avec un Délégué qui commence son "tour de table" et reconnaît ne pas encore appréhender l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, la concertation va continuer avec les autres instances significatives dont le CNPP. A défaut d'être satisfaites, nos revendications et remarques ont été entendues.

Nous sommes assurés d'une reconnaissance ce qui était le premier but de notre proposition de rencontre, pour autant la dynamique de nos actions se poursuit en regard de la situation de notre profession reconnue désormais comme sinistrée.

Claude Gernez

Le mot du rédacteur

Lectrice, lecteur, vous lisez dans ce BIPP des articles qui peuvent vous paraître alarmistes ou provocants. Or, ils ne sont que réalistes, et surtout portés par un optimisme militant qui est la marque de l'AFPEP-SNPP. Ces articles sont le fruit d'un collectif au travail qui ne désarme pas, quitte à pousser les portes du ministère, et à interpeller les administrations de la santé.

Psychiatres de toutes obédiences et de toutes pratiques, plus que jamais, il nous faut nous rassembler et militer pour préserver une psychiatrie à visage humain. Pourquoi donc ? Nos divergences, qu'elles soient ou non légitimes, font le jeu d'un pouvoir politique qui tire à boulets rouges sur la psychiatrie (Cluzel) ou

plus sournoisement en nommant comme délégué à la psychiatrie un médecin qui se réclame d'abord et avant tout des neurosciences (Bellivier).

Paradoxe : plus la psychiatrie est stigmatisée (dérive sécuritaire, délégitimation dans de plus en plus de domaines, de l'autisme à la psychose, en passant par le dépeçage des névroses), plus on fait appel à ses services (terrorisme, souffrance au travail, traumatismes, troubles de l'ordre public...) en exigeant d'elle qu'elle réponde à la demande sans déranger la société dont elle ne serait que le garde-fou, et à la fois le cataplasme. Or nous sommes là, légitimes, pour soigner des personnes en souffrance et/ou atteintes

de pathologies psychiatriques. Les fondements de nos pratiques sont à la fois psychopathologiques et neuropsychiques mais en priorisant la relation thérapeutique dans un colloque singulier avec la personne souffrante. Il est donc hors de question que les techniques, quelles qu'elles soient, prennent le pas sur la rencontre avec le patient et avec sa pathologie, hors de question que les algorithmes dictent nos pratiques, hors de question que notre rôle se réduise à la normalisation comportementale.

La dimension psychosociale est de plus en plus présente dans les souffrances de nos patients, qu'il s'agisse du travail, de la dépersonnalisation des relations, de l'isolement et de l'emprise du numérique à tous niveaux de la société. Si nous ne sommes pas là pour soigner la société, notre impuissance dans certaines situations nous oblige à renforcer nos actions citoyennes.

Face à cela, les réponses qui nous sont faites vont toutes dans le sens de la restriction, tant sur le plan économique que sur la liberté d'action thérapeutique selon les fondamentaux éthiques qui ont animé les psychiatres depuis que Pinel a libéré les aliénés de leurs chaînes. Or, qui dit restriction dit contention, précarité, absence de soin et déshumanisation qui touche au premier chef les êtres fragiles ou meurtris. À moins qu'il ne s'agisse purement et simplement de rayer la psychiatrie au profit d'autres approches : neurostimulation, rééducation, coaching, volonté inclusive à marche forcée, handicap à tout-va, techniques comportementales...

Comment peut-on oser demander à la psychiatrie de la performance, de l'optimisation, de la standardisation alors que c'est cela même qui génère la grande souffrance de nos concitoyens, enfants, adolescents, adultes et sujets âgés ? La réponse est des plus cyniques : pour satisfaire à la demande, on nous concocte une psychiatrie *low cost*, en nous satellisant en tant qu'expert qui n'aura la parole que si on le sollicite. La chimie, la rééducation, voire la neurochirurgie de stimulation feront le reste.

Il y a bien une fracture entre l'administration de la santé mentale et les soignants, et non entre les soignants comme certain(e)s voudraient le faire croire. Nous pouvons travailler main dans la main avec les psychologues, les infirmières et infirmiers, les éducatrices et éducateurs, les travailleurs sociaux, et toutes celles et ceux qui s'engagent dans une prévention ou un soin. Mais à une condition, c'est que chacun(e) préserve sa spécificité, car chacun(e) est utile là où elles/il est. La psychiatrie *low cost* ne fera qu'attiser tensions et rivalités entre professionnels qui doivent au contraire travailler en collaboration.

Au fond, il suffirait de dégraisser les administrations et de renforcer le pôle soignant à deux niveaux : en libérant de tâches administratives et d'évaluation inutiles, en renforçant les effectifs dans un vase communiquant avec la réduction des effectifs administratifs. Pour éviter le chômage de ceux-ci, il suffira de les former au soin et à la prévention sur le terrain... ce qui sera très bon, au demeurant, pour leur santé mentale !

Cette année, notre organisme de formation continue, ODPCPP, se penche à nouveau sur des projets autour de la précarité, de la souffrance des migrants et autres oubliés de la société. Rappelons que les psychiatres privés ne font pas de la bobologie. Ils se coltinent les situations psychiatriques et psychosociales graves que le secteur hospitalier, exsangue, ne parvient plus à assumer. Que ce soit en pédopsychiatrie, en gérontopsychiatrie ou dans les situations psychiatriques urgentes (bouffées délirantes, décompensation psychotique), les psychiatres privés sont là, parfois très seuls dans leur pratique, pour répondre à la demande.

Il est donc impératif de remettre les clés de la capacité décisionnelle aux psychiatres et aux autres professionnels de santé mentale, public, privé, médico-social, universitaire, à charge pour eux de s'entendre grâce aux instances qu'ils ont constituées : pour les psychiatres, la fédération Française de psychiatrie (FFP), le conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP) et les plateformes syndicales. Les administrations auraient juste pour mission de coordonner et de financer les actions légitimes des professionnels de santé sur le terrain. Si c'est une utopie, elle est et sera un moteur de nos engagements à l'AFPEP - SNPP.

Stop à la gestion violente de l'humain ! Stop au dépeçage de la psychiatrie à visée *low cost* ! Pour cela, rejoignez-nous, cotisez et agissez au sein de l'AFPEP-SNPP, inscrivez-vous aux formations de l'ODPCPP dont vous trouverez le détail dans le cahier central, parmi d'autres nombreuses annonces : nos journées nationales, les actions régionales et notre présence sur le plan international pour défendre une conception humaniste de la psychiatrie. Ne restez pas isolés dans vos cabinets, c'est non seulement une source de souffrance au travail, mais une perte de chance et le risque de voir votre exercice abîmé et dénaturé par des décisions iniques. Si vous nous rejoignez, non seulement vous serez informés sur ce qui se joue à vos dépens, mais vous pourrez agir dans un collectif où l'entente cordiale permet un travail efficace, tant sur le plan militant que scientifique.

Thierry Delcourt

Le point FFP

Réinstaller la psychiatrie, un préalable à une possible évolution

Argument

On pourrait penser avec optimisme que les choses vont rapidement s'améliorer dans le paysage de la psychiatrie, notamment après les annonces, qui depuis l'été dernier, tentent de redonner espoir au « parent pauvre de la médecine ».

Et personne ne contestera l'intérêt porté par la Ministre des Solidarités de la Santé à ce secteur, via la « feuille de route » de juin dernier, les perspectives « Ma santé 2022 », les coups de pouce budgétaires ou encore le projet de nomination d'un délégué ministériel à la psychiatrie. Mais tout cela est-il de nature à réellement réparer les dégâts que plusieurs décennies d'insuffisance des politiques publiques ont accumulé, faute d'une volonté de concevoir une vraie politique globale promue par une loi, malgré la quantité impressionnante de rapports restés malheureusement sans lendemain ?

Le champ de la psychiatrie, un domaine symboliquement vulnérable

Car il est depuis sa naissance parcouru par des forces diverses qui en déterminent la nature et la complexité, en en faisant une entité hétérogène à bien des égards, dans son essence même aussi bien que dans ses rapports avec la médecine, l'organisation socio-politique du moment ou encore l'esprit des temps. Le trouble mental est depuis toujours suspect d'avoir partie liée avec les forces les plus obscures et pernicieuses présidant à la destinée humaine (le « fou » est a priori dangereux et réputé apte à rendre fous ceux qui l'approchent, et les psychiatres en premier lieu).

Le psychiatrie est de fait le lieu où la vulnérabilité de l'Homme et de la Raison s'expriment avec effroi et curiosité pour la société toute entière, et elle rappelle sans ambages que l'homme est (définitivement) sujet à la folie, qu'elle est toujours peu ou prou objet de méconnaissance, de déni ou de rejet, mais toujours si proche de nous, et que malgré cela, les hommes ont un devoir moral de solidarité avec les « insensés », comme on les nommait autrefois.

Ainsi, la complexité du domaine, le risque majeur d'irrationnel et d'arbitraire dont il est affublé, l'incomplétude des savoirs, chacun étant borné par le suivant, l'incertitude quant aux méthodes de soins et à leurs résultats, la lourdeur des engagements requis souvent sur le long cours, toutes ces

réalités surdéterminent un risque aussi permanent qu'irréductible, celui d'une vulnérabilité symbolique majeure.

Et quand on n'entretient pas le climat nécessaire à bien concevoir cette discipline et à en protéger les acteurs, et à la valoriser socialement, la mécanique de la perte de sens et la dépression professionnelle s'enclenche, transformant surnoisement l'intérêt théorique et la satisfaction issue d'un soin exigeant et très engageant en un exercice éprouvant, ingrat, si ce n'est dissuasif.

Bien que reposant sur des connaissances éparses et lacunaires, elle est le seul domaine de la santé où l'on peut imposer des soins sans le consentement de la personne, et la psychiatrie porte sa croix en assumant à la fois :

- **la commande sociale** (débarrasser les « normaux » des « fous » dangereux pour eux-mêmes ou autrui, que leur dangerosité soit réelle ou imaginaire),
- **sa critique antipsychiatrique endémique** (trop enfermer les gens, les violenter) souvent pertinente, mais souvent passionnelle aussi, risquant aussi de flirter avec un certain négationnisme de la maladie mentale, par une approche trop socio-pathique,
- **la temporalité de l'évolution de troubles** qui souvent s'étendent sur des années, et dont on peine à affirmer la fin (quelle guérison possible en psychiatrie ?),
- **la recherche éperdue de solutions simplificatrices**, qui serait enfin la voie du Remède Universel, à la fois technique et économique à des affections irréductiblement complexes et surtout durables, et qui tendent à toujours échapper.

Autrement dit, le sujet est grave et obscur, d'une complexité perturbante, il nous concerne tous en tant que citoyens... mais gare aux miroirs aux alouettes !

Blocage et saturation par la pénurie et une carence certaine en matière de politique

Mais elle peut paraître trop lourde par moments, cette croix, et c'est actuellement le cas sur une durée qui se compte maintenant en décennies, depuis l'époque déjà lointaine maintenant, où l'idéal des soins pour tous dans la cité, porté par la psychiatrie de secteur comme par la psychiatrie de ville, s'est trouvé asphyxié à la fois

par son propre succès et par la limitation drastique des moyens alloués : cette inflexion est très mal tombée, à un moment où le « virage ambulatoire » engagé très tôt dans ce domaine (début des années 70), avait pu produire ses effets de dés-hospitalisme, puis s'est en partie disloqué sur l'impératif de « maîtrise des coûts » et donc la stagnation durable des investissements nécessaires.

Ainsi, faute des équipements adéquats, notamment dans le secteur médico-social, et d'un partage réel avec les élus locaux des questions posées par le retour des malades « dans la cité », s'est installé un quotidien saturé par les problèmes d'engorgement : il est depuis ce temps notoire qu'environ 20% des lits d'hospitalisation sont occupés des mois durant par des patients sans solution sociale apte à constituer l'alternative souhaitable, et nous ne ferons que citer les impasses dans le domaine du logement ou du travail adapté, qui freinent l'insertion effective des patients.

Un sur-pilotage administratif et technocratique

Le destin a voulu que parallèlement à cette pénurie, le souci officiel de la qualité et de la sécurité des soins se soit progressivement donné des instances et des méthodes de plus en plus complexes, impactant lourdement les services de soins hospitaliers notamment : là où, jusque dans les années 90, le soin s'organisait dans un certain climat de confiance et de liberté d'initiative (mais aussi de façon très hétérogène, il faut le reconnaître), s'est développé un épais brouillard d'exigences et de contraintes, dont le respect a imposé une réelle mutation dans l'esprit du soin, mais pas toujours dans le bon sens.

Ainsi peut-on pointer, entre autres, le pilotage managérial prévalent, le temps considérable de la prise de connaissance quasi quotidienne des nouvelles dispositions et de leur mise en application, le respect obligé des procédures très détaillées, l'abondance et la longueur des recommandations, et surtout sans doute le passage d'une culture orale d'échange interprofessionnel et d'innovation spontanée, à une culture de la procédure, de l'obsession du traçage méticuleux et de la crainte sans cesse agitée de la mise en cause judiciaire (la gestion des risques est devenue une préoccupation première dans l'organisation des soins).

De l'invention libre du soin, on est passé, sous l'alibi de bonne gestion et de qualité, à l'exécution de procédures centralisées, mais... tout cela a paradoxalement mais fortement appauvri la qualité ressentie des soins, en tant qu'elle pouvait auparavant procéder d'une certaine liberté de pensée et de parole, aujourd'hui ensevelie sous un balisage envahissant et toxique : s'imaginer qu'on peut développer et entretenir une qualité des soins sans que soit organisé et entretenu un vrai temps de parole libre et d'élaboration commune est sans

doute une erreur majeure, dont les décideurs politiques et les chantres d'une qualité par trop théorique n'ont pas (encore) pris la mesure, dans ses effets de terrain très délétères.

Dernier aspect et non des moindres, toutes ces dernières années ont vu la surveillance politico-administrative de la population des malades psychiques croître de façon exponentielle, souvent dans un esprit d'assimilation de la dangerosité sociale et de la maladie mentale, assimilation fondée sur rien d'autre que des préjugés (de nombreuses études l'ont démontré) et très contre-productive en termes de droit des personnes et de liberté individuelle.

Et aucune des protestations, qu'elles émanent des organisations de professionnels ou des associations de patients ou de familles, n'a jamais été entendue au point de remettre en question ce « virage sécuritaire », tout à fait aberrant en fait, sauf à la considérer sous l'angle politicien...

Une souffrance des professionnels qui touche au désespoir

On a fatalement quelques réticences à parler aujourd'hui de souffrance au travail, tant la communication politique a inondé l'espace public de ces annonces qui annulent le fait qu'elles sont censées pointer : comme beaucoup de choses aujourd'hui, le problème est presque totalement retourné via les démarches de « qualité de vie au travail » et leur sigle QVT, avec les observatoires et sans doute le numéro vert qui s'imposent, sans pourtant qu'aucune proposition sérieuse de concertation avec les organisations professionnelles n'ait vu le jour, ni que des questions de fond n'aient été réellement abordées.

Mais la situation est bien là : près de 30% de postes de psychiatres vacants à l'hôpital (50% des postes à temps partiel, semble-t-il), un secteur privé très fragilisé par l'âge des praticiens et la surcharge des demandes, et surtout un sentiment d'épuisement, d'incompréhension et d'isolement chez la plupart des professionnels, qui ne reçoivent plus de reconnaissance que dans la situation clinique (heureusement), et ne se retrouvent guère dans l'annonce de réformes qui semblent passer à côté de la réalité de leur quotidien : il faudrait être bien sourd pour ne pas entendre la plainte quasi généralisée des praticiens, qui pour la plupart ont désormais hâte de se débarrasser du fardeau qu'est devenu leur exercice.

Et une dimension majeure de cette souffrance est sans doute à trouver dans la grande difficulté pour les plus expérimentés d'aujourd'hui à se reconnaître dans leur travail, tant les conditions se sont dégradées, et à pouvoir transmettre les valeurs et les connaissances qu'ils ont patiemment acquise tout au long de leur vie professionnelle.

Cette dimension de l'expérience relationnelle acquise, grâce au et avec le corps infirmier, par et auprès des malades est essentielle : ces derniers ont formé des

générations de psychiatres et d'infirmiers, depuis que Pussin et Pinel, nos mythiques ancêtres, ont fait entrer la civilisation à ce qui allait devenir l'asile, chacun d'eux tâchant avec plus ou moins de bonheur de comprendre le discours de l'autre, permettant à la psychiatrie « moderne » de se constituer autour d'une parole possible et donc d'une langue commune.

Que la psychiatrie oublie cette source fondamentale est pour elle un risque mortel : or, l'ensemble des contraintes imposées à la pratique agit comme une éradication de la parole, systématiquement encadrée dans des dispositifs asphyxiants.

Faudra-t-il une nouvelle tragédie pour que naisse enfin une nouvelle politique en psychiatrie et santé mentale ?

La mémoire tend à s'effacer, qui rend aux événements historiques leur responsabilité dans les sursauts de l'organisation sociale : rappelons tout de même celle des milliers de malades morts de faim et de carences de soins dans les asiles durant la seconde guerre mondiale, et le poids qu'elle a pu avoir dans la genèse de cette formidable avancée qu'a été l'invention de la politique de secteur, d'une audace admirable pour l'époque, dont on a du mal à mesurer à quel point elle a transformé le sort des patients, autrefois si souvent condamnés à la réclusion asilaire à vie.

La situation actuelle n'a rien de similaire : pas de massacre patent, quelques scandales médiatisés comme il convient, mais en fait, une souffrance plutôt murmurée, et désormais disséminée, portée par les patients eux-mêmes, parfois contraints à une autonomie plus ou moins forcée sans soutien suffisant, dans une solitude dramatique. Et par les familles, également, qui souvent consentent une lourde contribution à l'accompagnement de leur proche, et suppléent les carences diverses.

Elle est aussi et enfin du côté des professionnels généralement surchargés, qui vivent depuis des années dans un climat où le soupçon, la mise en doute et la contrainte n'en finissent pas de déferler, tandis que leurs alertes et protestations ne semblent émouvoir qu'eux-mêmes...

La situation actuelle est celle- là : le discours des décideurs ne fait pas vraiment sens, il n'entame en rien la déception, et ne réanime nullement l'indispensable utopie porteuse, hautement nécessaire à la psychiatrie, tant il ne semble pas conscient des réalités de terrain (pourtant maintes fois énoncées par les professionnels comme les usagers) : sans doute leur approche manque-t-elle vraiment d'empathie envers cette vulnérabilité symbolique de la psychiatrie, et il est à craindre que ce ratage ne permette pas d'endiguer vraiment ces phénomènes de perte de sens, tellement délétères au quotidien.

Aussi nous semble-t-il indispensable qu'en amont de toutes mesures et projets réformant son domaine, la psychiatrie soit soigneusement réinstallée, on dirait réhabilitée, de nos jours, dans une position réfléchie entre tous les partenaires concernés.

Seule sa redéfinition « juste » et la valorisation de ses missions, dans le respect de son éthique et du droit de tous, est à notre sens apte à restaurer des fondements stables et pertinents, sur lesquels les réformes à venir pourront être opérantes : la psychiatrie mérite mieux que des décisions élaborées par morceaux, à la hâte ou en catimini, elle mérite mieux qu'en débat expédié en fin de session parlementaire (rappelons à nos politiques que la loi de 1838 a été débattue durant deux années avant de définir un texte qui a tenu plus de 150 ans !).

A CET EFFET, IL PARAÎTRAIT NECESSAIRE
DE CONVOQUER UNE GRANDE CONCERTATION
EN VUE D'ELABORER UN VRAI PLAN POUR
LA PSYCHIATRIE, A L'INSTAR DE CE QUI A PU SE
FAIRE DANS CERTAINS DOMAINES AVANT
LA DEFINITION DES ACTIONS NECESSAIRES.

Cette concertation aurait comme objectif premier de restaurer la psychiatrie dans sa légitimité et sa pertinence sanitaire et sociale : elle devrait être attentive à convoquer l'ensemble de ce qu'on désigne comme parties prenantes, qu'elles soient des organisations d'usagers ou de professionnels, et à associer toutes les disciplines potentiellement contributrices pour notre champ (sociologues, anthropologues, spécialistes du droit, etc.), en veillant cependant à donner une place prépondérante à tous ceux qui vivent la maladie dans leur réalité quotidienne.

2 - UNE CHARTE ETHIQUE A METTRE AU PREMIER PLAN

Il nous paraît hautement nécessaire pour l'ensemble des professionnels de notre champ, comme pour les usagers et pour les décideurs politiques ou administratifs, de pouvoir se référer à un cadre éthique suffisamment précis sur ses engagements fondamentaux, auquel il serait impossible de déroger. Ce qui pourrait s'appeler une « charte éthique de la psychiatrie » pourrait partir des éléments suivants :

1. ***L'objet de la psychiatrie est le soulagement de la souffrance psychique liée à toutes sortes d'affections ou de situations, touchant les personnes elles-mêmes et/ou leur entourage : c'est dans la grande majorité des cas cette souffrance psychique qui est à l'origine d'une demande de soins psychiatriques librement consentis, émanant de la personne elle-même ou de son entourage;***
2. ***La psychiatrie peut prendre à son compte une certaine commande sociale visant à donner des soins à des personnes mentalement perturbées***

sans leur consentement, mais elle ne saurait le faire autrement que dans un respect scrupuleux de la confidentialité et de toutes les dispositions déontologiques et légales, dans un souci éthique permanent, notamment de restaurer au mieux et au plus vite les personnes dans leur capacité citoyenne. Elle ne peut que réfuter toute instrumentalisation quelles qu'en soient l'origine ou l'intention;

3. **La qualité de l'acte du psychiatre et des professions associées ne peut être garantie que par une approche multifactorielle du trouble psychique**, ce dès la démarche diagnostique, et par la définition d'une démarche de soins et d'accompagnement cohérente en elle-même et avec cette réalité, en intégrant l'hétérogénéité des références théoriques comme donnée de la pratique du psychiatre;
4. **L'ensemble de la démarche de soins se doit d'être articulé à partir de la parole du patient** (et de celle de son entourage dans bien des cas), et des connaissances actualisées issues de différentes approches,
5. **La pratique doit permettre une approche ouverte et individualisée et l'adaptation de chaque démarche de soins à chaque situation, à partir des souhaits et des éventuelles réticences du patient**, conformément aux préconisations de l'Evidence Based Medicine, et doit se garder de toute application systématique d'une attitude standardisée,
6. **Le dispositif psychiatrique se doit de garantir une offre de soins ouverte, publique et privée, soucieuse des droits des patients, tant sur le plan de la disponibilité que sur celui de la compétence, sur l'ensemble du territoire**, et assurer l'articulation de cette offre avec les autres champs, médico-social, social et éducatif notamment,
7. **L'élaboration et la transmission des connaissances, initiales et continues, s'imposent comme nécessité absolue, entre professionnels de santé notamment, mais aussi avec les « usagers », ainsi qu'avec tous les acteurs intéressés par le champ de la psychiatrie (sociologues, anthropologues, philosophes, juristes, etc.).**

Il va sans dire qu'une telle charte devrait être abondamment discutée, modifiée et complétée si besoin, par l'ensemble des acteurs concernés, pour aboutir à une version largement consensuelle.

3 - QUELQUES TÂCHES A MENER EN PRIORITÉ

Dans la logique que nous exposons, il paraît donc indispensable d'aborder et de résoudre, en amont des mesures de financement, d'organisation territoriale ou de techniques de soins, un certain nombre de problèmes généraux, qui, à rester stagnants ou

négligés, risqueraient de maintenir la psychiatrie au mieux dans un malaise persistant, au pire dans une dégradation sans limites.

Une volonté politique serait la bienvenue à cet effet.

A - PARMI LES PROBLÈMES DÉCISIFS A RÉSOUDRE EN VUE D'ASSAINISSEMENT DE NOTRE CHAMP, CERTAINS RELÈVENT DE LA CONCEPTION GÉNÉRALE DE LA PSYCHIATRIE ET DE SA PLACE DANS LA SOCIÉTÉ, COMME :

1. la redéfinition de la mission de la psychiatrie, précisément du côté de la commande sociale et du droit, dans le strict respect de son éthique

Il s'agira bien là de remettre au clair les missions de soins dévolues à la psychiatrie, qu'il importe de bien dégager de toute intention de contrôle social des populations déviantes ; il s'agira également de repenser l'ensemble des problèmes liés aux soins sans consentement, qu'il faut sans doute accepter comme légitimes et inévitables dans certains cas (et seulement dans ceux-là), notamment du fait de la mise en danger liée aux troubles, et éclairer soigneusement le droit à partir de cette réalité. Dans cet esprit, il serait peut-être utile d'inventer une notion comme « le droit à être contraint en situation de mise en danger », comme modalité quelquefois décisive d'accès aux soins, ce dont nombre d'avocats ou de juges n'a pas encore bien notion, s'en tenant à une lecture formelle d'un dossier, sans suffisamment s'intéresser à la consistance du besoin de soins de la personne contrainte, dont la vulnérabilité est une affaire à partager par tous.

Autrement dit, un réexamen (comme cela était prévu initialement), voire une refonte de la loi de 2011 paraissent incontournables.

Et elle nous paraît absolument prioritaire, en tant que tout ce qui a trait à la contrainte dans notre domaine constitue une source intarissable de dé-légitimation de l'ensemble des pratiques de la psychiatrie, et de stigmatisation de tous ses acteurs.

Une telle entreprise est susceptible de déboucher sur des adaptations capables d'enrayer la croissance inexorable des soins sans consentement, un des paradoxes des « progrès » produits par le nouvel arsenal juridique.

2. L'amélioration de l'insertion de la psychiatrie et de la santé mentale dans l'ensemble des acteurs de la sphère administrative, sociale ou politique locale

Si le traitement des troubles psychiatriques échoit aux psychiatres et aux équipes de soins, l'aide aux personnes atteintes ne relève pas que de leur seule responsabilité ; et notamment les questions de santé mentale nous paraissent devoir être l'affaire de tous les citoyens, mais peut-être en priorité de tous ceux qui

ont une charge dans le bon fonctionnement de la cité, que ce soit dans des tâches de gestion administrative, de maintien de l'ordre public, de protection des populations, ou d'assistance en général.

Autrement dit, il serait question de réfléchir à la façon de mieux partager le souci du soin psychique et de la santé mentale (on en voit un exemple dans le développement des programmes dits de « premier secours en santé mentale »), et d'inclure la protection des malades psychiques dans la responsabilité de tous les acteurs (évolution peut-être nécessaire de la doctrine des forces de police, qui se refusent à prendre leur part de responsabilité dans le recherche de malades psychiatriques en fugue, ce qu'elles acceptent de faire quand il s'agit de patients déments, par exemple).

Une des pistes pourrait consister en la généralisation de structures comme les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM, dont le précurseur appelé Conseil de Secteur était déjà inclus dans le Livre Blanc de la Psychiatrie il y a près de 20 ans...), incluant les élus et responsables locaux en tout cas, et l'ensemble des professionnels de la santé, du médico-social et du social (à condition toutefois qu'ils ne se transforment pas en mégastructure empesée de contraintes administratives, évidemment, ce qui suppose qu'il s'adresse à un territoire limité).

3. Les problèmes liés à la démographie des professionnels et à l'évolution de leur métier

On a déjà évoqué les nombreuses vacances de postes hospitaliers, à temps plein et plus encore à temps partiel, ou encore le prochain départ massif à la retraite de nombreux psychiatres libéraux, dont la disponibilité avait déjà atteint la saturation depuis longtemps, en dehors des grandes agglomérations.

Or, c'est un fait dont l'impact risque d'être considérable : déjà le manque de psychiatres devient dramatique dès qu'on s'éloigne des grandes villes, mais surtout, on ne voit pas comment les mêmes psychiatres pourraient absorber encore les nouvelles dispositions dont on sait qu'elles sont presque toujours de redoutables usines à gaz chronophages, à moins que de délaissier largement les patients (voire plus loin la problématique du temps clinique disponible).

Et la promotion de la téléconsultation paraît une fois de plus de l'ordre de l'effet d'annonce, d'autant plus séduisant qu'il recourt au numérique, alors qu'il ne va en aucune manière créer du temps de disponibilité de psychiatre...

Comme la formation de nouveaux psychiatres est une affaire de longue haleine, il est probable qu'une certaine redistribution des compétences et responsabilités va devoir être recherchée, et sans doute via la création de nouveaux métiers en psychiatrie et santé mentale.

Certes, le chantier des pratiques infirmières avancées est désormais bien lancé, mais il ne saurait à lui seul résoudre le problème démographique : d'autres métiers existants devront sans doute être mis à contribution (les psychologues, par exemple), des nouveaux profils sont peut-être à créer et à installer statutairement (les gestionnaires de cas, ou « case-managers », par exemple), et enfin l'intégration des usagers sur le modèle de la « pair-aidance » est également à concevoir.

En parallèle sera-t-il sans doute utile de repenser l'articulation de l'ensemble des intervenants dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, dans des structures genre CLSM comme nous l'avons évoqué plus haut, ou peut-être CPT (Communauté Psychiatrique de Territoire).

Enfin, on ne peut passer sous silence la nécessité absolue de sortir l'expertise médico-légale du paradoxe total qu'on lui inflige, en recourant de plus en plus à ce service en toutes circonstances, mais en ne donnant pas de statut ni de rémunération décente aux mêmes experts, démontrant bien la profonde ambivalence que l'Etat peut entretenir à l'endroit des psychiatres.

4. Les questions de formation initiale et continue, de la représentation et de l'indépendance professionnelle des psychiatres

Une des réalités du paysage psychiatrique contemporain réside dans le clivage entre sous-groupes de praticiens, évoluant chacun dans un monde assez étanche à celui des autres : ainsi notamment, universitaires, hospitaliers et libéraux ont peu de points de convergence de leurs pratiques, et se sont dotés pour la plupart de structures représentatives différentes, de moins en moins rassemblées, dans des organismes incomplets, instables ou fragilisés par leur manque de financement (comme le CNPP, notamment, Conseil National Professionnel de la Psychiatrie).

D'un autre côté, les pouvoirs publics utilisent sans doute l'hétérogénéité des références et des convictions thérapeutiques consubstantielle au champ de la psychiatrie pour justifier des processus de concertation eux-mêmes clivants, ou bien entretiennent l'habitude bien rodée de créer un énième organisme (les qualificatifs d'observatoire ou de haut conseil à telle ou telle problématique fleurissent en toute saison...), aboutissant à une myriade de sous-traitants de tout ordre.

Enfin, on ne peut que constater avec le plus grand regret combien la formation continue s'est enlisée dans la commande d'état, via des procédures de plus en plus opaques et lourdes : monter un projet de formation continue (DPC) relève aujourd'hui de la gageure, si une équipe de professionnels ne se consacre pas exclusivement à la chose, et le résultat reste tout à fait aléatoire pour ne pas dire arbitraire...

Les questions de formation devraient pouvoir être posées selon quelques axes ainsi définis :

- Une formation initiale organisée par l'université, mais avec des contributions à l'enseignement portées par des hospitaliers, des libéraux et des usagers.
- Une formation continue respectant réellement l'indépendance professionnelle des psychiatres à ce niveau.
- Le tout dans un climat d'allègement des procédures, le système actuel ne pouvant aboutir qu'à la répétition du même, sans ouverture à la moindre innovation.

Enfin, il serait salutaire d'avancer sur les questions de représentation professionnelle et de transparence des circuits de concertation et de décision, tant la situation paraît aujourd'hui placée sous le signe du chaos brownien, avec une multitude d'organismes ou organisations qui semblent autant de scories de l'histoire...

5. L'absolue nécessité de se préoccuper de l'état de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Que ce soit dans les inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou dans les consultations privées, la disponibilité des professionnels s'est tarie à un point dramatique, allant parfois jusqu'à l'assèchement total, lié à la fermeture progressive des cabinets de ville ou à l'engorgement des CMP et autres lieux de consultation ambulatoire.

L'ampleur des problèmes est telle qu'elle mériterait à elle seule un recensement détaillé des nécessités.

Sur ce point, on n'est pas loin de l'urgence absolue !

B - UN DEUXIÈME NIVEAU DE PRÉOCCUPATIONS CONCERNE LES ASPECTS FONCTIONNELS DU TRAVAIL, NOTAMMENT EN PSYCHIATRIE PUBLIQUE, L'EXERCICE PRIVÉ PARRAISANT ENCORE POUVOIR ÉCHAPPER A NOMBRE D'ENTRAVES ; PARMIS LES PROBLÈMES LES PLUS ÉVIDENTS :

1. La ré-interrogation des critères de qualité dans le champ de la psychiatrie

De cette priorité se dégagent toutes les autres que nous pouvons énoncer par la suite : définir ce qui fait qualité dans notre champ est une question des plus difficiles, source de débats et de désaccords au sein de la profession, voire de clivages néfastes.

Mais si personne ne conteste que la psychiatrie est une partie du champ de la médecine, la question des critères d'évaluation dans notre domaine ouvre sur une complexité inédite, qu'il serait malvenu de négliger, ne serait-ce l'étroite dépendance à la parole recueillie pour la collection des données, donc aux modalités de relation avec le patient, dans l'instant et dans le temps.

Le début de dialogue instauré notamment avec la HAS à ce sujet il y a quelques années est resté en suspens, malheureusement, et il pourrait être salutaire de le relancer.

2. La nécessaire restauration d'un temps clinique disponible suffisant (TCD)

La polémique sur le nombre de psychiatres en France est fréquente, probablement issue de la méconnaissance de cette question du temps clinique disponible, c'est-à-dire du temps effectivement consacré à l'entretien avec les patients et leur entourage, ainsi que le temps de réflexion clinique nécessaire à l'analyse des éléments recueillis.

Ce qui paraît évident en pratique de psychiatrie publique notamment, c'est que le temps des psychiatres est largement ponctionné par de nombreuses tâches non directement cliniques, comme celles de rédaction devant l'ordinateur, ou encore de réunions administratives diverses.

L'exemple le plus évident est celui des pièces à réunir dans un dossier de soins sans consentement, pour lequel plusieurs dizaines de documents doivent être rassemblées à chaque fois avant l'audience du JLD, avec une pression de plus en plus forte sur le choix des termes des certificats, par exemple, point sur lequel le principe du soupçon à l'égard des praticiens se focalise particulièrement.

Et le traitement administratif d'une demande ou d'une hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat peut absorber aisément plusieurs demi-journées de travail de psychiatre, et des journées entières de cadre de santé... et on ne fera qu'évoquer la démultiplication du problème si la personne concernée a dû passer par la chambre de soins intensifs (CSI) !

Par ailleurs, on ne peut que s'inquiéter de l'évolution récente de l'organisation de la psychiatrie, non pas en termes de pertinence, mais en termes de mobilisation de temps médical notamment, pour la constitution de dossiers divers, la participation aux nombreuses réunions qui vont avec, ou encore la rédaction de rapports, projets ou autres évaluations.

3. La nécessaire restauration du temps d'élaboration clinique partagé (TECP)

En pratique de secteur, la qualité des soins est directement corrélée au travail d'élaboration commune entre les divers professionnels de santé qui constituent l'équipe, mais aussi avec les parfois nombreux intervenants extérieurs, soignants ou pas, qui sont concernés par une situation.

Or ce temps est aujourd'hui largement amputé, sur le plan quantitatif par la réduction des effectifs médicaux et la mobilisation importante des cadres infirmiers dans des réunions et activités autonomes, sur la

plan qualitatif par la formalisation envahissante des pratiques, dont l'effet est souvent de brider la parole, voire de la rendre inopérante.

On touche là très précisément un exemple des effets paradoxaux de l'installation de démarches qualité pleines de bonnes intentions, sans doute, mais qui s'annihilent d'elles-mêmes par le contrôle souvent tatillon qu'elles véhiculent et par le versement disproportionné dans une culture de l'écrit.

Or c'est le maillage par la parole partagée entre les professionnels qui est l'élément décisif du soin et de l'accompagnement, surtout pour les patients difficiles ou les situations complexes, et il serait très grave pour le soin en psychiatrie en général qu'on entretienne une situation dans laquelle on soigne plus les dossiers que les malades, en quelque sorte...

4. Le nécessaire allègement de la charge des multiples procédures et de la graphorrhée

C'est sans doute un élément décisif pour une évolution dans le sens du soulagement des équipes de soins et de la réinstallation de la psychiatrie dans un climat favorable ; mais c'est sans doute aussi celui dont on peut craindre qu'il n'aboutisse pas, tant la culture de la procédure, de l'écrit, du contrôle, de fait, s'est installée désormais comme une évidence faussement corrélée à l'idée de qualité.

Notre époque nous a sournoisement convaincus, malheureusement, que seul existe ce qui est écrit, la traçabilité est devenue une valeur sacralisée : mais dans le même temps, la parole a été totalement dévalorisée, et la confiance gravement minée au sein des équipes, ce qui constitue une source majeure du malaise dans la psychiatrie.

Il serait salutaire que les professionnels attachés à la définition de la qualité en général prennent acte d'une quantité d'effets paradoxaux du style de démarche qui aujourd'hui prévaut : il suffirait par exemple d'évaluer l'impact réel en tant que bénéficiaire-patient de nombreuses instructions ou recommandations par trop théoriques et/ou idéalisantes, qui n'aboutissent trop souvent qu'à une immobilisation de temps-soignant à des vérifications administratives, et à une perte de temps clinique évoqué plus haut.

5. Des conditions d'accueil et de traitement des urgences à repenser

La question des urgences est devenue un souci endémique, et la psychiatrie n'échappe pas à une évolution qui touche l'ensemble de la pratique médicale : aller aux urgences est devenu pour la population un réflexe évident, et sans doute pas que pour des questions de disponibilité des professionnels ou de commodité, nous sommes dans une société de l'urgence, fautive le plus souvent...

Mais les modalités de l'accueil et du traitement psychiatrique des patients dans la plupart des hôpitaux sont à notre avis une source majeure de difficultés : généralement, les conditions pratiques de l'accueil en urgence consistent en un entretien clinique très inconfortable dans un bureau minuscule (souvent borgne), réalisé par un seul praticien psychiatre, et n'offrant que très rarement des possibilités de soins élargis (recevoir une famille, revoir le patient dans la journée, proposer des entretiens infirmiers, etc.).

Par ailleurs, le problème endémique de la carence de lits d'hospitalisation n'est sans doute pas pour rien dans la tendance à l'inflation des décisions de soins sans consentement, comme manière de tenter de résoudre le problème.

Il nous paraît donc impératif et urgent, c'est le cas de le dire, de repenser les conditions d'accueil et de soins à ce stade, dans l'idée que cet accueil ne devrait pas être qu'une opération de tri et d'orientation, et qu'un dispositif adapté tourné vers le soin ambulatoire répété, voire une forme d'hospitalisation à domicile, serait tout à fait propice à une réduction de l'engorgement hospitalier, et à une amélioration générale du service rendu pour les patients et familles.

On pourrait peut-être imaginer des dispositifs bien organisés d'accueil et de soins aux urgences, couplés à une possibilité d'intervention en mobilité, par exemple.

6. La nécessité de repenser les actions extrahospitalières de prévention et de dépistage en amont de la décompensation, de soin et d'accompagnement

La situation de nombre de secteurs en termes de pénurie de personnel et de moyens est telle que trop souvent, les actions extrahospitalières sont plus ou moins entamées par la nécessité de combler les manques par trop flagrants dans les services d'hospitalisation à temps complet.

En parallèle, on sait la problématique de surcharge de travail dans les CMP, où le rythme des consultations est parfois stakhanoviste et les temps de réflexion et d'adaptation des prises en charge comprimé de fait.

Or, la régularité et la qualité des suivis ambulatoires, sous toutes ses formes est déterminante pour la continuité de soins variés, qui seuls permettent d'organiser la contenance nécessaire à des patients lourdement atteints.

On sait par ailleurs aujourd'hui l'intérêt potentiel des actions de prise de contact sur le terrain auprès de personnes en « risque de décompensation », avant que celle-ci ne survienne : encore faut-il que de tels dispositifs soient conçus et installés...

7. Un indispensable effort à faire sur le plan de l'architecture des services

Le scandale de l'isolement et de la contention a profondément secoué le monde de la psychiatrie et la société en général ; et de nombreuses mesures et initiatives ont été prises depuis, dans le sens de la résorption de ces pratiques.

Mais il reste encore bien du chemin à faire, et pas seulement à ce niveau : trop souvent, les conditions matérielles de l'hospitalisation restent déplorables, faute d'une architecture adaptée, et impactent fortement le vécu du séjour par les patients ou par leur entourage, souvent traumatique.

Il est certain que la résolution de ce problème nécessiterait des investissements considérables, en termes de conception aussi bien qu'en termes financiers, mais son intérêt saute aux yeux, lorsque l'on voit le fossé énorme qui peut exister entre des services anciens mal conçus et anxigènes de ce fait, et la qualité perçue dans des services « modernes » qui ont pu penser les espaces de soins et de vie pour les patients.

8. La nécessaire amélioration des conditions d'exercice en pratique libérale

Depuis des années, la psychiatrie libérale porte une revendication de revalorisation tarifaire, qui n'a été que très peu reçue et satisfaite, alors que le niveau de la consultation de psychiatre est en France bien inférieur à celui atteint dans la plupart des autres pays européens.

L'effet de cette réalité est clair, la rémunération des psychiatres en France est parmi les plus basses des spécialités, compromettant l'installation de nouveaux praticiens, surtout dans les villes où le coût de l'immobilier est devenu prohibitif pour l'exercice en secteur 1.

Par ailleurs, les incitations à la concertation avec les autres professionnels de santé en vue d'améliorer la « fluidité des parcours de soin » laissent notoirement sous silence la question de la rétribution des praticiens pour cette tâche.

Là encore, un chantier de réelle concertation serait à ouvrir, en vue de résoudre les problèmes de l'exercice libéral.

CONCLUSION

Nous ne sommes sans doute pas vraiment sortis de cette longue période à dominante technocratique, durant laquelle il a paru évident aux autorités qu'en tout domaine, le principe de la réorganisation centralisée et de la procédure détaillée écrite prévalaient sur tout autre, dès lors que les objectifs d'économie, de qualité et de sécurité des soins étaient visés.

Mais ce qui vaut pour la production industrielle ne saurait s'appliquer de la même manière partout, et sans doute que dans le domaine des soins psychiatriques, la grande complexité rencontrée, tout comme les particularités de chaque personne, contraignent à concéder de la distance par rapport à l'idée d'une vérité unique produite essentiellement par des « sciences dures » et des routines formalisées : chaque patient nous rappelle tôt ou tard à l'ordre dans le cas contraire...

De même, les questions de sécurité au plan sociétal ont pris trop souvent le souci de la citoyenneté et de l'indépendance des professionnels, aboutissant souvent à des effets paradoxaux.

Devant cette réalité d'une discipline toujours prise dans un profond marasme, il nous paraîtrait indispensable de réintroduire une volonté politique forte, apte à faire réellement évoluer notre champ, et dans cette perspective, une restauration de la psychiatrie dans ses spécificités est un préalable indispensable.

Et cette politique ne devrait pas être autre chose que de définir la manière dont la société dans son ensemble et chaque citoyen en particulier prennent en compte la vulnérabilité symbolique de la psychiatrie et son besoin incontournable de temps d'écoute et de parole, avec toute la difficulté de la tâche.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

10 février 2019

La vie de l'ODPC – PP

Assemblée Générale ODPC – PP du 22 mars 2019

Présents votants : *Claude Gernez, Michel Jurus, Olivier Brunchwig, Thierry Delcourt, Élie Winter, Agnès Ouvrard, Françoise Labes, Rania Gard. Excusée : Adeline Metten.*

Elections : étant donné ses futures nouvelles fonctions, Michel Jurus ne peut rester trésorier – Thierry Delcourt, président depuis le début, remet démocratiquement son poste à l'élection. Olivier Brunchwig est élu depuis peu et son action en tant que secrétaire général est remarquablement efficace.

Trésorière : Agnès Ouvrard élue à l'unanimité.

Secrétaire Général : Olivier Brunchwig réélu à l'unanimité.

Président : Thierry Delcourt réélu à l'unanimité.

Rapport moral

L'année 2017 avait été problématique, suite à une contestation de notre agrément pour un motif administratif. Heureusement, la sagacité et le travail fournis par Chantal Bernazzani et Françoise Labes ont permis de sauver les meubles pour 2017, et surtout de préparer une année 2018 exceptionnelle avec de nombreuses sessions DPC qui ont été validées par l'ANDPC, et qui ont été suivies par un grand nombre de nos adhérents, mais aussi de non-adhérents qui se sont intéressés à la qualité et aux modalités de nos sessions en petits groupes de pairs. Les sujets choisis, la qualité des intervenants et la qualité du débat nous ont valu de fréquentes félicitations, et surtout la traduction d'une fréquentation importante. Pourtant, les nouvelles modalités de validation de la formation continue sur le mode triennal n'étaient pas propices à entraîner un tel succès. D'ailleurs, nous constatons à un moindre degré que nos concurrents, une légère diminution des inscriptions aux sessions DPC.

Le travail énorme fourni en 2018 par Olivier Brunchwig, relayé par Françoise Labes, Michel Jurus et à un moindre degré par l'ensemble de l'équipe, mérite d'être non seulement souligné mais applaudi, car ce travail est souvent particulièrement aride, notamment en ce qui concerne la formalisation pédagogique et administrative qu'exige l'ANDPC.

Chaque année, nous nous posons la question : qu'allons-nous devenir, et qu'allons-nous avoir à accomplir comme formalité nouvelle pour maintenir nos actions DPC ? Olivier Brunchwig a dû à plusieurs reprises remodeler et repasser en validation des sessions, parfois pour un détail, parfois aussi, reconnaissons-le, par manque d'adaptation aux critères de formatage. Olivier est devenu un spécialiste de ces mises en forme. Nous le félicitons encore pour son engagement.

Pour 2019 et les années suivantes, de nouvelles règles nous imposent une séparation totale des comptes et des mises en place entre ODPCPP et AFPEP. Nous y veillerons particulièrement afin de ne pas mettre en danger notre agrément. Ceci, toutefois, ne remet absolument pas en cause l'intime partenariat scientifique entre les deux associations. Dans ce domaine, tous les détails comptent, depuis les News jusqu'au site, depuis la location de salle jusqu'au budget,...

D'où, aussi, l'intérêt d'obtenir un numéro Faf pour l'AFPEP, ce qui permettra une souplesse dans les mises en place et dans les inscriptions à nos sessions de formation.

Rappelons que nous sommes le seul organisme dédié aux psychiatres privés, notre spécificité est nécessaire pour répondre à l'attente de formation. C'est ainsi que nous sommes reconnus. Rappelons aussi quelques règles de fonctionnement :

- Aucune personne ne rentre dans la salle si elle n'est pas inscrite à la session de DPC.
- Les Sessions DPC font l'objet d'un programme individualisé, distinct de celui de l'AFPEP.
- Le N° de formateur FAF de l'AFPEP ouvre aux médecins hospitaliers.
- Celui de l'ODPCPP ouvre aux libéraux et aux psychiatres salariés.

Chacun(e) a pu prendre connaissance **des Nouvelles orientations de l'ANDPC** par la lecture, attentive des dossiers que nous ont fait parvenir Elie, Rania et Olivier (mails du 14 12 2018, du 3 01 2019 et du 7 mars 2019).

Nous remercions aussi Rania Gard pour son travail remarquable à nos côtés et sa réactivité, indispensables au bon fonctionnement de l'ODPCPP.

Pour 2019 - 2020, les projets ne manquent pas, mais nous allons faire un choix qui puisse s'inscrire sans trop de problèmes dans les nouvelles orientations définies par l'ANDPC.

Ceci dit, ces nouvelles orientations étant assez larges, cela nous permet de garder une liberté d'entreprendre et de concevoir des formations comme nous les entendons, soucieux de la qualité éthique de nos

pratiques et de la curiosité éclectique qui anime nos adhérents, sachant que les jeunes psychiatres nous rejoignent de plus en plus, pour le grand plaisir de tous, dans la transmission intergénérationnelle.

Thierry Delcourt
Président de l'ODPC – PP

Rapport d'activité de l'ODPC – PP

L'assemblée générale annuelle de l'ODPC-PP a été tenue le 22 avril dernier à Paris.

Le bureau est désormais constitué de : Thierry Delcourt (président), Olivier Brunschwig (secrétaire général), Agnès Ouvrard (trésorière).

Activité 2018

L'année a été riche en sessions de formation tenues par notre association : 9 séances dans diverses villes, dont plusieurs comme usuellement concomitantes aux Journées Nationales de l'Afpep. Elles ont réuni de nombreux collègues ; la teneur et la qualité ont été de haut niveau, nous avons eu de bons retours des participants qui apprécient particulièrement le style des intervenants, la pertinence des sujets quant à l'actualité de la pratique psychiatrique en libéral, l'ambiance chaleureuse et ouverte à la discussion ayant cours dans ces séances de travail.

Toutefois nous avons constaté une tendance à l'érosion des participations au fil de l'année écoulée, certainement plurifactorielle : le nombre de psychiatres en exercice diminue beaucoup, de nombreuses associations opèrent dans le domaine de la formation médicale, les contrôles de l'obligation de formation théoriquement assurés par l'Ordre des médecins sont inapparents (et probablement inexistant), le quota des heures indemnisées par l'Andpc est vite atteint pour un médecin désireux de maintenir à jour et d'étendre le champ de ses connaissances.

En fin d'année nous avons connu quelques difficultés car les exigences de l'Andpc, qui sont évidemment fondées sur le maintien tout à fait nécessaire de la qualité de la formation continue, se sont faites plus drastiques, simultanément à un afflux d'activité de cette instance, qu'elle ne parvient manifestement à absorber que très difficilement ; par conséquent les réponses d'agrément venant de plus en plus tardivement, et après plusieurs échanges de précisions administratives à fournir toujours dans l'urgence, nous avons malheureusement dû annuler une session sur la prescription de médicaments (qui a aussitôt été programmée à nouveau pour l'année suivante).

Pour 2019

Nous avons, comme c'est courant depuis maintenant plusieurs années, très peu de visibilité sur l'avenir de la formation médicale continue, même à brève échéance. Deux raisons principales à cela : le chantier en cours sur la recertification, qui intégrera probablement la formation continue dans son cursus, mais sans que l'on sache encore précisément de quelle façon ni dans quels délais, et la taille insuffisante du budget alloué annuellement à la formation des professions de santé. Nous ne pouvons plus jamais avoir la certitude que les formations que nous souhaitons proposer aux collègues au cours d'une année seront effectivement indemnisées, quand bien même leurs contenus et leurs formes sont déclarés conformes aux exigences de l'Andpc.

Néanmoins, en cohérence avec l'esprit animant notre partenaire l'Afpep, nous avons décidé d'organiser en 2019 une dizaine de sessions, dont certaines ont déjà eu lieu (et pour lesquelles nous avons de bons indices de satisfaction des participants). Quelques-unes ont été reconduites, concernant divers domaines : psychosomatique, prescription des psychotropes, éthique, souffrance des médecins libéraux, alcoolisme ; d'autres apparaissent pour la première fois : souffrances au travail, rédaction des certificats médicaux, autorité en psychiatrie (en articulation avec les Journées Nationales à Biarritz)...

De plus, l'équipe de l'ODPC-PP travaille sur d'autres thèmes fortement liés à l'actualité de la vie professionnelle des psychiatres pour proposer dès 2020 d'autres formations originales, qualifiantes et indemnisées sur divers sujets tels que : l'accueil des migrants et des réfugiés, la précarité, la médicalisation de l'échec scolaire, les préventions primaire et secondaire chez l'adolescent, la radicalité (et la radicalisation), le métier de psychiatre, etc.

Par ailleurs toute autre idée émanant d'un lecteur sera la bienvenue.

De même, nous souhaitons vous recevoir nombreux dans les formations que nous organisons, dans cet esprit inventif et participatif qui nous est cher. Ces temps

d'échange en présentiel entre pairs et « experts » issus des rangs de l'AFPEP et de champs conceptuels variés, sont très bénéfiques, non seulement à la mise à jour et au développement des connaissances, mais également à la constitution et l'entretien d'un tissu relationnel, voire associatif, très utile (pour chacun et pour notre discipline) dans cette période où les attaques contre une conception humaniste de la psychiatrie se multiplient.

Pour le programme complet des prochains mois, reportez-vous au cahier central où vous trouverez toutes les indications pour vous inscrire sur mondpc et auprès de la secrétaire de l'ODPCPP, Madame Rania Gard.

Olivier Brunschwig
Secrétaire Général de l'ODPC – PP

48^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

Lettre de Karine Henon

Chers amis,

Qu'en est-il de l'actualité des prochaines Journées Nationales ?

Le thème des Journées Nationales de cette année 2019 : **Autorité. Perte et Reconnaissance**, est au centre d'un débat cacophonique qui se développe ces derniers mois. Les Journées Nationales, sous l'auspice de la couleur du bleu littoral où nous résiderons durant quelques jours, nous permettront de mieux appréhender les actualités hexagonales couleurs jaunes : conséquences des expressions démocratiques permises ou pas, d'incendie monumental... qui remplissent les journaux. Plus qu'une bouffée d'air frais pour notre pratique, un temps formateur à un moment opportun, pour se poser et réfléchir, échanger, apprendre, comprendre l'ambivalence que le thème de l'autorité produit dans les espaces privés (famille, cabinet médical, institutions), dans les espaces publics (manifestations, débats politiques et idéologiques diffusés sur les médias et réseaux d'actualités)

Vous verrez que le programme est riche en échanges professionnels et interprofessionnels.

Vous avez comme chaque année la possibilité de compléter la formation de nos Journées Nationales par des sessions de DPC, chacun(e) d'entre vous devrait trouver un sujet qui pourra l'intéresser. Je vous dis donc au plaisir de se retrouver sur un lieu de patrimoine littoral et culturel, grâce à nos JN AFPEP.

Pensez à sauvegarder la date sur votre agenda car cette année, nous vous conseillons vivement de réserver au plus tôt un logement, compte tenu de la saison touristique de la ville et de son patrimoine littoral.

Je reste sur le projet accessoire mais sympathique d'essayer de faire un diaporama durant les pauses. J'attends une vague de photos de salles d'attente (sans patients, anonymisées) Peu de confrères ont répondu jusqu'ici : docteur.henon@gmail.com. Ne craignez pas de déclencher une étincelle...

Karine Henon

Congrès Français de Psychiatrie

Nice Agropolis

LA CRISE

4 au 7 décembre 2019

Dans la médecine hippocratique, la crise désignait des bouleversements soudains dans le cours d'une maladie, annonçant une issue funeste ou heureuse (crise « salutaire »).

En grec, le verbe « kréinein » signifie « décider ». Cette étymologie indique que la réflexion sur la crise ne se limite pas à un constat pessimiste des difficultés actuelles, mais comporte une prise de décisions pour gérer avec succès des transformations rapides. La connotation politique ou économique de la crise n'apparaît qu'au début du XIX^e siècle. Auparavant, le sens classique était purement médical ; cela est décrit dans L'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert, dans un article exhaustif signé par le Dr. de Bordeu, un proche de Diderot. Il y est appelé en introduction que « Galien

nous apprend que ce mot crise est un terme du barreau que les médecins ont adopté, et qu'il signifie, à proprement parler, un jugement ». Le rythme des crises est un objet d'étude privilégié. En 1751, l'académie de Dijon proposa encore un prix à qui étudierait « si les jours critiques sont les mêmes en nos climats, qu'ils étaient dans ceux où Hippocrate les a observés ».

On a longtemps pensé que les crises « salutaires », conduisant à des guérisons complètes, survenaient plutôt lors de multiples du chiffre 7, aux 7^e, 14^e ou 21^e jours. Théophile de Bordeu a été oublié comme spécialiste de la crise, mais il reste connu en tant que personnage du « Rêve de d'Alembert » (1769) ; Diderot y imagine un dialogue entre Julie de Lespinasse, femme de lettre, et le Dr. de Bordeu, autour d'un verre de Malaga, à propos du mélange des espèces et des lois civiles et religieuses que les hommes ont établies autour de « l'acte de la génération »...

Marc Antoine CROCQ

* * *

Retrouvez-nous sur le stand AFPEP et dans la rencontre avec l'expert - Thierry Delcourt

Adolescence actuelle : questions d'identité et de sexualité

Addictions sexuelles liées au cybersexe

Remaniement identitaire transgenre

Les pédopsychiatres sont de plus en plus souvent confrontés à des situations de mal-être et de souffrance des adolescent(e)s en lien avec leur approche du sexe et de leur identité sexuelle.

- * Certains sont pris dans une addiction à la pornographie sur internet qui s'aggrave tandis qu'ils se replient sur eux-mêmes, de plus en plus incapables d'affronter une relation sociale.
- * D'autres en viennent à confondre la réalité avec une réalité virtuelle de plus en plus palpable. Grâce aux technologies numériques qui se sont enrichies de contenus interactifs en 3.0 et 4.0, ils concrétisent des fantasmes jusque-là inimaginables qu'ils osent à peine décrire lors des consultations (zoophilie, nain en situation incestueuse, violences sexuelles meurtrières...).
- * D'autres présentent des troubles obsessionnels compulsifs et phobies d'impulsion de passage à l'acte envahissantes après avoir visionné des contenus pornographiques traumatiques.
- * Se posent également de façon aigüe des questions d'orientation et de choix sexuel après des expériences en groupe et/ou bisexuelles qu'ils/elles ont eu « pour faire comme les autres ».
- * De plus en plus souvent, un(e) adolescent(e) d'allure androgyne vient demander, et parfois exiger un certificat pour effectuer une réattribution de genre qu'il/elle a décidé par soi-même.

Face à cette évolution assez déroutante, quelle attitude éthique le pédopsychiatre peut ou doit prendre, en tenant compte des évolutions législatives dans le domaine de l'identité sexuelle et face à la montée en puissance de la pornographie chez les très jeunes adolescent(e)s ?

Est-il, doit-il être encore un soignant qui s'attarde au sens d'un comportement générateur ou révélateur de mal-être ? Quand et comment (re)devient-il un thérapeute face ces adolescents en pleine mue sociétale qu'il ne s'agit ni de juger, ni de remettre dans le droit chemin, mais qui ne sont pas à l'abri de décompensations graves, y compris de conduites suicidaires.

Thierry Delcourt

Actualité des Cmpp, Camsp et Cmp.

Rapport IGAS septembre 2018

Une mission relative à l'évaluation et au fonctionnement des centres Camsp, Cmpp Camsp a été conduite au nom de l'IGAS. Cette mission a établi une carte d'identité, véritable patrimoine génétique des Cmpp, Cmp, Camsp, précise, fidèle dans un souci d'objectivité au sein des conflits nombreux qui opposent les orientations étiologiques des maladies de l'enfant et de l'adolescent. Fructueuse pour tout un chacun concerné. L'intérêt porté à nos centres est tout à fait nouveau.

Définition de l'IGAS :

« L'IGAS » ou Inspection générale interministérielle du secteur social, réalise des missions de contrôles, d'audit et d'évaluations, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à la conception et à la conduite de réformes. Elle intervient à la demande des ministres, mais aussi sur la base de son programme d'activité. Elle traite de sujets touchant à la vie de tous les citoyens : emploi, travail et formation professionnelle, santé, insertion sociale, systèmes de protection sociale.

Cette mission a été établie en septembre 2018 par C. Branchu, J. Buchter, J.F Robineau et Dr J. Emmanelli. Elle s'inscrit dans un mouvement de réformes gouvernementales et présente un intérêt informatif car elle a examiné à la loupe comment se constituent les trois centres, les professionnels qui y travaillent, les orientations théoriques, les files actives, les moyens d'« adressage », les moyens de financement, les publics reçus et leurs avis (parents d'enfants autistes seulement). Enfin ce qui leur est semblable et ce qui les différencie. La description est fidèle, au plus proche de la réalité de terrain.

Pendant plusieurs mois et dans de nombreuses régions, plus de 330 personnes ont été entendues : directeurs administratifs, médecins, pédiatres, psychiatres, rééducateurs, psychomotriciens et orthophonistes, psychologues, les acteurs des A.R.S de métropole et des DOM-TOM. Les recommandations proposées à l'issue de l'enquête méritent qu'on y porte intérêt. La lecture m'est apparue vivante, je m'y suis retrouvée et ai beaucoup appris. Il a fallu m'habituer au vocabulaire peu poétique : « adressage », de niveau 1, les enseignants, pmi, parents, le niveau 2, la Mdph. L'idée qui se dessine est de voir se renforcer l'accès aux soins de tous et de mieux les répartir sur l'ensemble du territoire. Échos des discours du Dr Agnès Buzyn actuelle ministre de la santé. Long de 150 pages, retenons les passages remarquables :

1 - Le secret médical. Voir encadré (P 25. 1 .1.4.1.)

2 - Pourquoi tant d'absentéisme de la part des patients aux rendez-vous de consultations qu'ils demandent ? 18.8% en CMPP (P28 1.1.5.1)

3 - Les relations avec les parents: Repérés comme plus fluides dans les Camsp que dans les Cmpp et Cmp. Les premiers sont médicaux, les suivants médico-psychiatriques. Voici notre hypothèse, rencontrer le médecin pédiatre heurte moins les parents qu'un psychiatre. « Ce n'est pas mental » me dira un père. La prise en charge des petits enfants Camsp, est surtout médicale et rééducatrice même si l'accompagnement psychologique assuré par la psychologue de la famille est bien présent. Dès leurs 4, 5 ans, les enfants sont dirigés vers des Cmpp. Les familles alors semblent désorientées par l'approche moins pédiatrique, moins neurologique. Le travail de la demande est à interroger, les vœux des parents, ceux de l'enfant qui n'a jamais cessé d'être soigné depuis sa naissance traumatique (parfois à né à 24 semaines d'aménorrhée). Les parents ont du mal à se sevrer, sans doute plus que leurs enfants, des prises en charge, n'osent pas prendre d'initiatives simples éducatives, ludiques etc. (P 30 1 1 51 1.) p29. Seuls les parents qui adhèrent à l'association France autisme ont été interrogés, aux dépens d'autres associations tel le Raaph, l'Unapei ou l'Unafam .

4 - Le cadre juridique, Camps et Cmpp appartiennent au domaine du médico-social. Les textes réglementaires sont l'annexe XXXII pour les Cmpp et l'annexe XXXII bis pour les Camsp. Les Cmp relèvent du Sanitaire et de la psychiatrie de secteur mise en place à partir de 1960 (P33) 1.2 1

5 - Le financement et coût moyen par acte varient énormément selon les structures. L'acte le plus cher est en camsp, le moins en Cmpp en général. P 37 P 38 Mais il n'existe aucun dispositif de l'évaluation des coûts et de la qualité de la prise en charge des trois types de centres. Des études sont nécessaires pour faire évoluer les centres, sur plusieurs aspects, et seuls, grâce aux actions des CRÉAI, Centre régionaux d'études d'action et d'informations, des réflexions ont/seront été menées.

6 - Les Camsp sont spécialisés sur la prévention du risque de handicap, tandis que les cmpp et cmp offrent une prise en charge similaire en santé mentale. Sont comparés les plateaux techniques des Camsp, Cmpp, Cmp notamment l'autorisation donnée au psychiatre

de Cmp d'initier un traitement par du méthylphénidate, et la permission donnée au médecin du Cmpp de renouveler les prescriptions de moins d'un an. (Voir condition de prescription p 41)

7 - La mission pédagogique des cmpp est soulignée quant au Cmp leur mission clairement sanitaire, s'adossant au plateau technique de l'hôpital. Les troubles pris en charge sont globalement les mêmes. La demande de soins continue d'augmenter pour les adolescents et enfants, et de plus en plus précocement alors que les contraintes pesant sur le personnel sont de plus en plus pesantes. Est déplorée l'inégalité d'accès aux soins par pénurie de personnel avec des délais d'attente de plus d'un an souvent, en moyenne six mois .1.2.2.2

8 - Les Spécificités des Cmpp et Cmp. Malgré leurs différences exposées ci-dessus, Cmp et Cmpp proposent des offres similaires en santé mentale. Il n'est pas aisé de répartir les enfants par pathologie et diagnostic toutefois la vocation des cmpp est plus de s'occuper des troubles d'apprentissages et psychosociaux, les Cmp se voyant réservés aux troubles psychiatriques plus sévères. P44. **Le rapport précise** : Il est indispensable d'éviter une « médicalisation » de l'ensemble des difficultés scolaires, liées à l'enfance et à l'adolescence et de maintenir la pluralité des solutions disponibles, l'offre de soins doit être articulée avec les autres dispositifs de prévention. Soutien scolaire, approfondissement de l'école inclusive soutien hors les murs, au sein de l'école. Le rapport demande à ce que le dispositif soit complété et refondé par une nouvelle articulation de la scolarisation et des accompagnements médico sociaux. Le passage ci-dessus est important car dans la pratique, notre expérience de psychiatre exerçant en Cmpp, nous apprend que les enfants qui reçoivent une aide humaine AVS, sont définis comme en situation de handicap selon la loi de Fév. 2015. Cela nous pose des problèmes éthiques et pratiques : remplir quantité de certificats médicaux pour la Maison de la personne handicapée (Mdph). Quid du secret professionnel ? Quid du devenir de ces certificats ?

9 - L'annexe 6 traite des classifications en pédopsychiatrie. LA CIM 10 est reconnue comme référence, le DSM 5 faisant autorité pour la HAS. Cim 10 DSM 5 et CFTMEA sont analysées comparées.

Quatorze recommandations émanent de cette très longue analyse - voir le tableau 3.1, dont le but est de faire des propositions pour diminuer les files actives, les temps de thérapie jugés parfois trop longs, proposer pour les trouble « *de niveau 1* », petites pathologies névrotiques le recours au psychologue pendant 10 séances, remboursées par l'état sur prescription médicale. Mais nous savons que les psychiatres ne

sont plus concernés par cette prescription qui émanera du Médecin traitant. Enfin, Garantir le pluralisme des approches thérapeutiques dans les centres pour les enfants et adolescents dans le respect des RBP de HAS, ainsi P 77, la recommandation n°3 précise que « *les thérapies fondées sur l'accompagnement psychodynamique sont envisageables.* » Les termes « *cure psychanalytique* », de l'annexe XXXII, jugés, à juste titre désuets, sont modifiés mais non abolis.

En conclusion : Le rapport présente, on l'a compris, un réel intérêt descriptif, et se distingue de ses homologues par l'analyse objective, face à des courants de pensées qui s'opposent vertement et sont nommés : les positions sur le TDAH, la présence de thérapeutes se référant à la psychanalyse, l'anti-psychanalyse, les classifications des maladies mentales. Quel sera son destin, restera-t-il lettre morte, oublié sur une étagère ? Comment il sera utilisé, interprété par les membres des ARS, les ministères des affaires sociales et de la santé, chacun étant libre d'y voir ce qu'il souhaite y trouver et l'interpréter ?

Jean-Jacques Bonanour du Tartre
Paris

* * *

Glossaire

ARS Agence régionale de santé
CFTMEA Classification des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent.
CIM 10 classification internationale des maladies
CAMSP Centre médico social précoce
CMPP Centre médico psycho pédagogique
CMP Ij centre médico psychologiques infanto juvénile
DSM Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux
HAS Haute autorité de santé
Mdph maison départementale des personnes handicapées
IGAS inspection générale des affaires sociales
RAAPH rassemblement pour une approche de l'autisme humaniste et plurielle.
TDHA trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
UNAPEI union nationale des parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis
UNAFAM Union nationale des familles et amis de personnes malades et ou handicapés psychiques.

feuilles détachables

Vendredi 27 septembre

- 8 h 30 **Accueil**
- 9 h - 10 h 45 **Introduction des Journées Nationales** par *Karine Hénon* et *Béatrice Guinaudeau*
Les dimensions de l'autorité : perspectives philosophiques et anthropologiques par *Henri Wagner*
Professeur en histoire du droit et des institutions
Président : Jérémie Sinzelle - Discutante : Elie Winter
- 10 h 30 - 11 h **Pause**
- 11 h - 12 h 30 *Michel Jurus - **Abus de faiblesse, abus d'autorité***
*Bernard Golse - **L'autorité au regard de la bisexualité psychique***
Présidente : Adeline Metten - Discutant : Thierry Delcourt
- 14 h - 18 h **Grand Atelier**
Adolescence, autorité, identité et radicalité par *Thierry Delcourt*
Atelier de débat clinique

Pour celles et ceux qui le souhaitent, l'ODPC – PP organise 3 sessions de DPC de 14 h à 18 heures

Samedi 28 septembre

- 9 h - 10 h 30 **L'autorité des professionnels au risque de l'autonomie des usagers**
par *Jean-Jacques Laboutière*
Faire autorité dans plusieurs mondes par *Luc Boltanski*
Présidente : Agnès Rocher - Discutant : Jacques Barbier
- 10 h 30 - 11 h **Pause**
- 11 h - 12 h 30 **Incarnations** par *Patrice Charbit*
Chutes de l'autorité. Gel au pouvoir par *Claude Gernez*
Présidente : Sophie Stein - Discutant : Olivier Brunschwig
- 14 h - 17 h **Dire la loi**
Christelle Chiroussot, Juge aux Affaires Familiales, Bobigny
Gaëlle Delebecque, Juge des Enfants, Bayonne
Bernard Basteau, Psychiatre, Bordeaux
Alice Letessier, Pédiopsychiatre, Pau
Présidente : Karine Hénon – Discutante : Agnès Ouvrard
- 17 h **CONCLUSION** par le Président de l'AFPEP
- 20 h 30 **SOIRÉE FESTIVE** au Tonic Hôtel – 58, avenue Edouard VII – Biarritz

Dimanche 29 septembre

- 10 h - 12 h 30 Réunion Syndicale SNPP au Tonic Hôtel (à confirmer)

Sessions de DPC 2019-2020

Autorité, éthique et psychiatrie

DPC n° 3973190006

Session animée par M^{me} Marie Gomes et Dr Michel Jurus

Le thème de l'autorité, loin de ne concerner que l'éducation ou la politique auxquelles on l'associe souvent, interroge aussi le champ de la santé, et en particulier le domaine de la psychiatrie.

Par ailleurs, si l'autorité ne figure pas à proprement parler parmi les concepts classiques de la philosophie, les notions de pouvoir et d'obéissance, qui lui sont proches, ont quant à elles fait l'objet de nombreuses réflexions philosophiques, à même d'éclairer aussi ce thème de l'autorité.

Le pari de cet atelier consiste à articuler une approche philosophique de l'autorité avec des situations cliniques vécues par les participants et exposées devant les pairs : la philosophie, « pour qui toute bonne matière doit être étrangère » comme le déclarait Canguilhem, empruntant à la clinique son objet ; la clinique quant à elle empruntant à la philosophie des éléments d'analyse de ses pratiques.

On s'attachera à clarifier la notion d'autorité, à préciser ce qui est désigné par ce terme, ce avec quoi il ne faut pas la confondre, les formes qu'elle peut prendre, ses conditions d'émergence, etc. On cherchera également à comprendre pourquoi l'autorité peut constituer un obstacle et à quoi. On s'appuiera pour cela sur l'exposé de situations cliniques analysées par les intervenants.

Objectifs de cette session de formation continue :

- Clarifier les notions d'autorité et de pouvoir dans le soin psychiatrique.
- Convoquer certaines approches éthiques, à même d'élargir la grille d'analyse et de compréhension en particulier dans des situations cliniques difficiles sur le plan relationnel avec certains patients, certains soignants et certaines institutions.
- Faire retour sur les approches théoriques préalablement développées, afin de voir comment elles sont modifiées/éclairées par le « détour » par de situations cliniques.
- S'interroger sur la possibilité de soigner dans les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie, et sur le parcours de soin.
- Préciser les apports théoriques, aider les professionnels à clarifier les questions liées à leur pratique quotidienne.

* * *

Les certificats médicaux en psychiatrie ambulatoire

DPC n° 3973190005

Session animée par les Drs Christian Robert et Olivier Brunschwig

La demande de certificats rédigés par le psychiatre clinicien et thérapeute en exercice ambulatoire est fréquente. Elle peut être posée dans de nombreuses situations, et par divers intervenants, au premier chef le patient lui-même.

Les praticiens se sentent parfois démunis en étant exposés à ces demandes, et répondent parfois de façon inappropriée, ce qui peut mettre en difficulté le patient et/ou le médecin lui-même.

On demande souvent au psychiatre, pour orienter une décision, d'attester de ce qu'il a constaté lors de son examen clinique. Dans un contexte de judiciarisation croissante des relations entre les citoyens et leur environnement privé et professionnel, cet acte nécessite une évaluation objective et distanciée de sa pertinence, de sa réalisation, de ses conséquences possibles.

Les plaintes liées à une rédaction incorrecte des certificats médicaux représentent un tiers des plaintes des chambres disciplinaires de première instance des Conseils de l'Ordre des médecins, et celles-ci ont obligation de sanctionner en cas de mauvaise rédaction d'un certificat.

feuilles détachables

Un praticien expérimenté, Vice-Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Occitanie, membre de la Chambre disciplinaire régionale, déclinera les différents aspects de la rédaction des certificats médicaux dans des situations fréquemment rencontrées par les psychiatres : divorce, répartition de garde d'enfants, affaires devant la législation prud'homale, cas de souffrances au travail, etc.

Les objectifs principaux de cette session de formation continue sont : intégrer les règles fondamentales de rédaction des certificats médicaux ; s'entraîner oralement à cette rédaction ; savoir identifier les situations nécessitant cet acte ; reconnaître les formulations erronées comportant des risques pour le patient et/ou le praticien ; apprendre à anticiper les conséquences prévisibles de la rédaction de certificats médicaux.

* * *

Perte d'autorité et rupture de soin

DPC n° 39731900007

Session animée par les Dr Claude Gernez et Patrice Charbit

Les arrêts de traitement tiennent, pour une part importante, à une perte soudaine de confiance d'un patient envers son ou ses soignants, ce qui entraîne des conséquences néfastes allant du refus des prescriptions médicamenteuses, à la sortie d'une institution de soin contre avis médical, voire conduire au passage à l'acte suicidaire. Pour comprendre les enjeux de ces comportements et prévenir leur survenue, s'intéresser aux effets de l'autorité et de sa disparition permet d'analyser les processus au travail, en articulant en eux des phénomènes apparemment dissociés. L'ouvrage de Robert Damien, « Éloge de l'autorité », avec sa théorisation complexe, fournit les premiers repères. L'autorité s'appuie sur un collectif qui la valide ; elle fonde l'éthique de l'exercice d'un pouvoir et, pour autant que ce dernier s'y réfère, celui-ci y trouve sa légitimité et son efficacité. La chute de l'autorité peut entraîner l'annihilation de la reconnaissance de cette légitimité, les décisions prises par les tenants du pouvoir apparaissant dès lors arbitraires. En appliquant cette conception à l'exercice du soin en psychiatrie, en pratique individuelle de cabinet ou en milieu institutionnel, l'utilisation des moyens thérapeutiques proposés aux patients peut être considérée comme un modèle d'exercice d'un pouvoir ; dans cette hypothèse, la logique d'une déliaison de l'articulation entre l'autorité médicale et les options de soins offertes au malade donne un sens aux passages à l'acte cités plus haut.

Nous proposons d'examiner ces situations de rupture pour en prévenir les conséquences, en partant de deux exemples historiques. Le premier évoque Maximilien de Robespierre, en étudiant comment l'avocat d'Arras, porteur d'une autorité morale reconnue et adversaire de la peine de mort, est devenu le maître de la Terreur. Le deuxième s'appuie sur l'utilisation de l'autorité par Augustin, évêque d'Hippone et Père de l'Église, pour valider, au cours des siècles, des positions théologiques bien différentes de ses écrits sur la question du Mal.

Ensuite, nous examinons des situations cliniques impliquant des adultes et des adolescents en milieu institutionnel et en cabinet de ville, pour étudier les comportements des malades et les attitudes thérapeutiques visant à repérer et prévenir ces situations à risque. Ces exemples issus de la pratique de chacun sont proposés par les organisateurs de ce travail, et par les participants. Ainsi, les conclusions élaborées seront le résultat de la réflexion commune.

* * *

Patients en souffrance au travail :

Diagnostics, soins, traitements

DPC n° 39731900003

Session animée par Mr Philippe Chetrit et Dr Olivier Brunschwig

Les demandes de consultation en psychiatrie, pour des symptômes et des difficultés associés à l'activité professionnelle des patients, sont en augmentation constante et très importante depuis plusieurs années. Elles sont portées pour la plupart auprès des médecins libéraux et dans les centres de santé. Ce phénomène semble ne pas devoir décroître dans un avenir proche, voire s'amplifier encore malgré les mesures prises par les instances dont la mission est de veiller sur la santé des travailleurs.

feuilles détachables

Ces situations comportent certaines particularités cliniques et thérapeutiques. Elles mettent parfois en danger, à court et plus long terme, la santé, voire la vie de ces personnes ; et constituent donc parfois de réelles urgences vitales, qu'il faut savoir détecter et traiter de façon adaptée. Elles peuvent être responsables de handicap.

Cette session de formation continue a pour but d'aider les participants à répondre au mieux à ces situations qui paraissent souvent semblables, mais sont chaque fois particulières quant à leurs origines et leur développement, puis leur résolution.

Pour ce faire on exposera, à l'aide de cas cliniques, les différentes situations rencontrées : stress plus ou moins prolongé, épuisement, état de stress post-traumatique, dépression, addictions associées. Puis on s'attachera à identifier les différents types de causes à ces souffrances psychiques et somatiques : contexte professionnel délétère (recherche excessive de rentabilité, manque de personnel, dysfonctionnements managériaux, maltraitements, etc) ; mauvaise organisation du travail pour des raisons personnelles (anxiété, dépression, pathologie psychiatrique non soignée, etc) ; intrication des deux types de causalité. On aidera les participants à différencier ce qui relève de l'origine des troubles, des tentatives faites par la personne pour y remédier et se maintenir efficacement à son poste de travail. On rappellera et détaillera l'intrication fréquente des consommations de substances psychoactives et de comportements addictifs divers.

On définira les stratégies et indications thérapeutiques à adopter : consultation psychiatrique d'accueil et de soutien, psychothérapie, traitements médicamenteux, soins somatiques, en articulation concertée aux autres professionnels souvent nécessaires pour un soin adapté et résolutif : médecine du travail, service médical d'assurance sociale, travailleur social, etc. On étudiera particulièrement les indications à la prescription de l'arrêt de travail, et tous les aspects spécifiques dans ces situations parfois de longue échéance. On exposera l'articulation des soins avec les actions à d'autres niveaux, notamment juridique, dans le respect de la déontologie médicale.

On précisera les différents temps du soin, afin que les participants sachent varier leur mode d'action en fonction de l'évolution des besoins des patients, au cours d'un traitement qui est parfois de longue durée. Les praticiens seront orientés vers le développement d'un travail pluridisciplinaire en réseau, souvent nécessaire dans ces situations.



PRÉINSCRIPTION - RÉSERVATION

Dr :

Adresse :

Portable : Mail :

Pour les prochaines sessions de formation entrant dans le cadre du DPC.

- I - **Autorité, éthique et psychiatrie.**
- II - **Les certificats médicaux en psychiatrie ambulatoire.**
- III - **Perte d'autorité et rupture de soins.**
- IV - **Patients en souffrance au travail : Diagnostics, soins, traitements.**

(Entourer la ou les formations choisies)

Coupon à renvoyer par mail à info@odpcpp.fr ou par courrier à **ODPC - PP** – 21, rue du Terrage – 75010 Paris avec **UN CHÈQUE DE CAUTION de 50 euros à l'ordre de l'ODPC-PP pour chaque session qui vous sera remis lors de votre présence à la session DPC.**

feuilles détachables**Lors des Journées Nationales de l'AFPEP à Biarritz**

Adolescence, Autorité, Identité et Radicalité
Le vendredi 27 septembre 2019 de 14 heures à 18 heures
ATELIER : Thierry Delcourt

Face aux situations auxquelles se confrontent les adolescents et pour lesquelles ils sont amenés à consulter, les psychiatres et autres professionnels de la psychiatrie et de l'éducation sont souvent désorientés.

Le monde bouge et les adolescents en sont les témoins, les acteurs, parfois les otages et victimes. L'autorité, détournée de son sens premier, d'être auteur et garant de sa parole et de ses actes, ne tient plus sa place, celle d'orchestrer la construction identitaire.

Au lieu de cela, les conduites extrêmes et radicales de tous ordres tentent vainement d'ancrer l'adolescent dans sa destinée et de lui donner sens. Que pouvons-nous, psychiatres, pour bien ou mieux les accompagner ?

L'atelier sera le lieu d'un débat clinique concret et d'une élaboration en commun entre tous les participants.

Le mot de la trésorière

Chères consœurs, chers confrères,

L'actualité nous a donné à voir combien le dialogue rompu depuis quelques années entre les instances dirigeantes et les différents corps de métier, a altéré la confiance en un système démocratique. Une demande de rendez-vous a enfin été entendue dans ce contexte où les corps intermédiaires étaient systématiquement écartés. L'AFPEP-SNPP, qui fait partie de ces corps intermédiaires par son volet syndical, n'est pas seulement porteuse d'une demande corporatiste, mais d'une éthique du soin liée à notre praxis, sur laquelle nous réfléchissons dans notre volet association, éthique sur laquelle nous ne transigeons pas.

Dans votre exercice, salarié de droit privé, libéral, nous porterons votre parole. Je vous remercie de votre engagement en adhérant ou renouvelant votre adhésion à l'AFPEP-SNPP.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

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

COTISATION 2019

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. (à l'ordre du **S.N.P.P.**) pour un montant de :

par prélèvement mensuel (de février à novembre 2019) - joindre un **BIC-IBAN**

Gratuité pour la 1^{ère} année de cotisation ou 1^{ère} année d'installation **0 €**

2^e et 3^e année d'exercice **180 €**

4^{ème} année d'exercice et au-delà : **375 €**

Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : **125 €**

Retraité 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., 21, rue du Terrage - 75010 Paris*

La cotisation des retraités non actifs diminue

L'afpep-snpp tient à saluer tous les psychiatres qui quittent le métier pour une nouvelle vie de retraité. Nous savons que vous êtes nombreux à vous intéresser à l'avenir de notre profession comme notre rubrique « Mémoire de psychiatres » peut en témoigner mais aussi par votre participation lors de nos journées nationales.

Lors de notre Assemblée Générale, nous avons voté pour **une cotisation annuelle de 50 euros** afin de continuer à permettre à nos confrères de garder le lien.

feuilles détachables

Journée de Printemps à Reims

Journée de Printemps de l'AFPEP – ARDPF

Reims – MVA – 21 mars 2020

L'adolescence en 2020 : Comprendre, Prévenir et Soigner

Les adolescents, qui sont-ils, comment vont-ils, que veulent-ils ?

Parle-t-on de nouvelles pathologies ou de nouvelles expressions de troubles à l'adolescence ?

Avec la participation de Parentel/Pasaj, de Maisons Des Adolescents, de Point Ecoute Jeunes, de divers intervenants du champ de l'adolescence : enseignant(e)s, infirmier(e)s, éducateurs-trices, pédopsychiatres, parents.

Intervenants pressentis : Daniel Coum, Gweltaz Fily, Thierry Delcourt, Fondation Santé des Etudiants de France, Annie Douce, Sébastien Delval, ..

Annonces nationales

Colloque de l'Association Scientifique de l'Espace Médical Formation Continue

**11 et 12 octobre 2019 - Centre Hospitalier de Montfavet - 84140 Montfavet
Créer au risque de la folie – Thierry Delcourt**

* * *

Construire le soin : Babel et label

18^{èmes} Journées d'Isadora

Centre psychothérapique St martin de Vignogoul – Les 7 et 8 juin 2019

Isadora et les soignants du centre psychothérapique St martin de Vignogoul vous proposent un week-end de réflexion sur la construction du soin en psychiatrie. Durant ces deux jours, artistes et soignants présenteront leurs travaux, leurs innovations, leurs constructions, pris entre les nécessités du moment et l'entre-deux langues, celle du patient et celle du thérapeute, toujours à l'œuvre.

Comment conjuguer Babel et label ? Comment soigner notre diversité face aux simplifications réductrices ? C'est là le défi de chaque époque confrontée à une idéologie dévorante, mais notre monde contemporain, lourd des révolutions numériques, de réseaux d'informations ou d'intelligence artificielle, n'y est-il pas particulièrement confronté ?

Isadora se fait une joie de vous accueillir à ces journées et d'organiser ce débat.

Dr Patrice Charbit, Directeur médical, Centre psychothérapique St Martin de Vignogoul - 34570 Pignan

feuilles détachables

Interviendront :

Damien Deroubaix, Artiste peintre ; Luc Diaz, Psychiatre et Psychanalyste ; l'UMIPP Montpellier ; Claude Gernez, Psychiatre et Psychanalyste ; Malick Briki, Psychiatre ; Julia Cruz, Psychologue, responsable du « Soins-études » de St Martin de Vignogoul ; Régine Waintrater, Psychanalyste, Université Paris 7 ; Olivier Deprez, Artiste ; Mollie Expert, Artiste, St Martin de Vignogoul et Musée Fabre et enfin Jean Furtos, Psychiatre et Psychanalyste. Centre hospitalier du Vinatier. Lyon.

Inscriptions et renseignements au 0467078686

* * *

CENTRE NATIONAL AUDIOVISUEL EN SANTÉ MENTALE (CNASM)

5, rue du Général de Gaulle 57790 LORQUIN 03 87 23 14 79 / cnasm@orange.fr

L'OBJECTIF DU CENTRE EST DE METTRE A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS
ET DU GRAND PUBLIC DES OUTILS AUDIOVISUELS D'INFORMATION, DE SENSIBILISATION,
DE RECHERCHE ET DE FORMATION

Le Centre National Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) qui fonctionne depuis 1994 a acquis à la fin de l'année 1996 une dimension officiellement reconnue par notre Ministère de tutelle. Il s'agit tout d'abord d'une activité innovante dans le domaine de la communication en Santé Mentale. Cette activité utilise le vecteur audiovisuel pour développer la diffusion la plus pertinente et exhaustive possible sur des sujets de santé mentale et publique. Elle s'inscrit d'ailleurs dans les perspectives d'actions proposées par le comité « Image et Communication en Santé Mentale » qui avait déposé ses conclusions auprès de Madame Simone Veil, ministre de l'époque. Depuis 2016, la Fondation Falret avec le soutien de la Fondation de France a repris la gestion du CNASM en privilégiant 6 axes de travail :

- **RÉALISATION – PRODUCTION** : Réaliser des documents audiovisuels pertinents dans le champ de la santé mentale et de la santé publique est l'une de nos missions les plus importantes car elle permet de mettre à votre disposition des outils adaptés et toujours au fait des actualités de recherches.
- **EDITION – DISTRIBUTION** : C'est l'activité essentielle du Centre puisqu'elle doit favoriser la diffusion et la promotion de l'image en Santé Mentale. Cette activité constamment actualisée est menée à partir d'un catalogue de plus de 400 titres qui abordent aussi bien le champ de la santé mentale, publique et psychique, aussi bien dans un but de formation des professionnels que d'information du grand public
- **DOCUMENTATION** : Nous répondons aux demandes de nos différents interlocuteurs qui recherchent des documents audiovisuels existants et répartis par mots-clés. Nous effectuons également toutes recherches à partir d'un index thématique.
- **PRESTATION DE SERVICE** : Nous pouvons répondre à vos demandes ponctuelles de communication par l'audiovisuel en mettant à votre disposition, outre le matériel technique, les documents audiovisuels les mieux adaptés au thème abordé et aussi les intervenants scientifiques ou médicaux pour animer et mener des débats.
- **ARCHIVAGE** : Le Centre National de documentation Audiovisuelle en Santé Mentale gère une vidéothèque de 2000 titres archivés et une cinémathèque 16 mm et 35 mm de près de 1000 films. Ces titres sont accessibles au visionnement, selon certaines conditions, pour les chercheurs, étudiants et acteurs en santé mentale.
- **FESTIVAL PSY** : Depuis 1977, le Festival Psy de Lorquin se veut le fer de lance de l'actualité audiovisuelle en santé mentale en présentant les réalisations de l'année, tournées par des professionnels de l'image, des professionnels du soin, mais également des associations, des familles et des usagers. Cette liberté de regard, de ton et de format se retrouve également dans les échanges et débats qui suivent chaque document. A la fin de chaque édition, un jury remet un palmarès symbolisé par des clés, figuration de l'ouverture vers l'extérieur, de l'ouverture d'esprit souhaité par ses fondateurs. N'hésitez pas à nous contacter pour vous inscrire ou inscrire vos films.

Pour plus de renseignement : www.cnasm-lorquin.fr

feuilles détachables

LA COLLECTION « Un entretien avec... ».

Depuis sa création, le CNASM en partenariat avec le CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies de Montréal (Québec) se veut la mémoire de la psychiatrie contemporaine au travers de cette collection. Depuis plus de 20 ans et en plus de 150 entretiens, notre Centre a pu recueillir la parole de ceux qui ont fait, et de ceux qui font la psychiatrie actuelle.

Vous pourrez retrouver, entre autres: Serge Lebovici, Roger Misès, Michel Soulé, René Diatkine, Didier Anzieu, Lucien Bonnafé, Jean Oury, Boris Cyrulnik, Axel Kahn, Daniel Stern, Myriam David, Jean Léonetti, Claude Finkelstein, Marcel Rufo, Simon Baron Cohen, Jacques Hochmann, Monique Seguin, Charles Aussilloux, Philippe Jeammet, Jean-Bertrand Pontalis, Jean-David Nasio, Serge Tisseron, Bernard Golse, François Ansermet, Nicolas Georgieff, Daniel Widlocher, Catherine Barthelemy, Gérard Schmit, Bertrand Cramer, Daniel Marcelli, Laurent Mottron, Xavier Pommereau, Philip Gorwood, Jean-Didier Vincent, Jean-Louis Terra, et en 2019, entre autres, Thierry Delcourt (Créer au risque de la folie)...

Vice-Président et Directeur Scientifique Dr Alain BOUVAREL

Responsable de la structure Michael SPRENG

www.cnasm-lorquin.fr – CONTACT : cnasm@orange.fr

* * *

Le Centre Psychothérapie Saint-Martin de Vignogoul, Montpellier, recherche un psychiatre

A l'occasion de mon départ à la retraite fin 2019 je cède mon contrat d'exercice libéral avec la Clinique Saint Martin de Vignogoul située à Pignan à 12 km de Montpellier. Son projet de soin s'inspire de la psychothérapie institutionnelle et est soutenu par quatre psychiatres qui fonctionnent en SEP.

Le centre reçoit de jeunes patients (18/35 ans) psychotiques et état limite adressés par leur secteur. Le centre fonctionne en partenariat avec un hôpital de jour sur le site.

Faire offre au Docteur Claude Mahé - Mail : claudemahe@wanadoo.fr - Tél : 0622392853

Actions régionales

Centre Artaud – Reims le 27 juin à 21h

Conférence par Françoise Davoine, psychanalyste

LA CRIÉE - Centre de Jour A. Artaud – 40 rue Talleyrand – 51100 REIMS

Tél. : 03.26.40.01.23 – Fax : 03.26.77.93.14 – g04.extra@epsm-marne.fr

* * *

ARDPF

(contact dr.thierry.delcourt@gmail.com)

24 sept URPS - 64, Chaussée Saint-Martin - Reims

EMDR et Psychotraumatisme avec Pascale Berton

feuilles détachables

Groupe Clinique - AFPEP-SNPP à Paris

Depuis maintenant 9 ans, un groupe ouvert d'échanges cliniques se réunit à Paris, le 3ème mardi du mois, hors vacances scolaires, à 21 heures, au local de l'afpep-snpp, 21 rue du Terrage 75010.

Ce temps de partage spontané permet à chacun, s'il le souhaite, d'exposer des moments cliniques vécus difficilement, de dérouler ses questions cliniques et théoriques, d'interroger ses doutes, ses hésitations et ses certitudes, quels que soient ses présupposés théoriques ; dans un climat de grande confiance, au sens littéral du terme de confraternité.

Ce groupe s'articule autour d'un noyau stable de participants anciens et s'enrichit chaque année de nouvelles arrivées de consœurs et confrères de tous horizons et de trajectoires professionnelles variées ; pour le grand intérêt et le plaisir de chacun. Il peut, pour les récents installés ou ceux qui en ont le projet, constituer un utile accompagnement à leur installation en exercice libéral.

Prochaines séances les 21 mai et 18 juin.

Pour plus de renseignements, on peut contacter Olivier Brunschwig au 06 08 03 34 66.

* * *

Création d'un Diplôme Universitaire de PSYCHOPÉDAGOGIE à l'UFR D'Amiens en Sept. 2019

Les Cmpp sont des lieux de consultations pour enfants et adolescents de 0 à 20 ans, nés du mariage de pédiatres d'enseignants et psychanalystes dans les années 1950.

Classés établissements médico-sociaux, les cmpp travaillent en partenariat avec les enseignants qui sont leur principale source de demandes de consultations. Depuis leur création, des conventions entre l'éducation nationale et l'ensemble des établissements médico-sociaux ont permis de détacher des directeurs pédagogiques, et des psychopédagogues, enseignants spécialisés Maître E ou Maître G. Les premiers participent peu ou prou aux réunions d'équipes éducatives au sein des écoles, assurent une présence pendant les réunions de synthèse, siègent à la MDPH ou la Cdaph. Les Maîtres E et G reçoivent les enfants en individuel ou en groupe et permettent à des enfants en grande difficulté d'apprentissage de mettre le pied à l'étrier de l'instruction élémentaire. Depuis une dizaine d'années, les représentants en charge de ce ministère se succèdent et dénoncent les accords entre médico-social et Education Nationale pour de multiples raisons qui ne relèvent pas que de questions financières malheureusement, mais aussi d'un changement de paradigme. Ce changement, porté par un mouvement sociétal et entretenu par de nombreuses associations de parents d'enfants handicapés, voudrait que tous les enfants en viennent à fréquenter l'école (la fameuse société inclusive). Dès lors, la place des enseignants, et pour certains la place de ceux qui les accompagnent dans leurs difficultés, ne se trouve plus dans les établissements mais bien à l'école. La poursuite de ce mouvement-là, en admettant qu'il aille jusqu'à son terme, serait de voir une grande part des moyens du médico-social rejoindre les bancs de l'école. Ainsi les enseignants et directeurs pédagogiques ne sont plus délocalisés vers les centres de soins, les départs en retraite laissent les places vacantes, les directeurs sont rappelés pour rejoindre ce que Claude Allègre avait nommé le mammoth, le sacro-saint des établissements scolaires. Les jeunes professeurs des écoles sont découragés de choisir un travail qui se situe plus du côté de la thérapie que de l'enseignement.

Le D U, né d'un partenariat entre acteurs de l'UFR -Sciences Humaines Sociales et Philosophie d'Amiens, la fédécmpp et des P.E.P Grand Oise, se mettra en route dès la rentrée universitaire en octobre 2019. Cette formation intéressera, dès le bac +3 des étudiants, psychologues, orthophonistes, sans aucun doute au-delà des cmpp et des enseignants qui y trouveront un complément de formation. Des directeurs d'IME sont vivement intéressés car bien ennuyés aujourd'hui, demain encore plus, pour faire respecter le droit à l'école pour tous les enfants. Cela concernera alors les éducateurs spécialisés. Sans oublier que

feuilles détachables

nous assistons à une offre libérale de soutien scolaire qui commence à trouver un public et aura donc besoin de références....120 heures d'enseignement et 150 heures de stage avec VAP pour aboutir au diplôme de Psychopédagogue du secteur privé ou associatif.

Le maintien de la psychopédagogie dans les équipes de cmpp a un autre enjeu: garantir la pluridisciplinarité si l'on ne veut pas que de glissements en suppressions de postes les cmpp, après avoir perdus leur second «p» ne deviennent des centres psychologiques ou groupements de psychologues.

En conclusion, la création d'un diplôme de psychopédagogie est une bonne solution pour remédier à l'absence malencontreuse de ces professionnels qui réalisent un travail tout à fait fondamental et indispensable auprès des enfants en échec scolaire. Elle sera une alternative au mouvement qui veut que beaucoup d'enfants soient dirigés vers la médicalisation avec préconisation trop systématique de séances l'orthophonie, de psychomotricité, voire de prescription de Méthyphénidate (Ritaline* Concerta* Quasym*.) Elle sera également la garantie du maintien de la pluridisciplinarité au sein des Cmpp.

* * *

« Le Psychopédagogue » (Définition recueillie sur le document de l'UFR d'Amiens) est un professionnel de l'intervention pédagogique auprès d'enfants présentant des problématiques particulières, difficultés d'apprentissage, troubles du comportement, difficultés d'adaptation en milieu scolaire ordinaire, troubles neuro-développementaux. »

Index

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.
Créées par la loi du 11 février 2005 .Décret 2005-1589 du 19 décembre 2005.

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique.

CMP : Centre médico-psychologique.

CAMSP : Centre médico-social-précoce

Fédécmp : fédération qui regroupent les cmpp

MDPH : Maison des personnes handicapées. (Rejoint la CDAPH)

PEP : Pupilles de l'enseignement public Association

UFR : Unité de formation et de recherche. Remplace le terme Faculté.

VAP : validation d'acquis professionnels.

Article réalisé en collaboration avec Gilles Billotte, directeur pédagogique et administratif du Cmpp de St Ouen l'aumône–Cergy-Magny en Vexin. Val d'Oise en Ile de France, qui a fourni l'essentiel des informations.

Françoise Duplex

Le point sur l'international

ALFAPSY - ALternative Fédérative des Associations de PSYchiatrie

Fédération internationale francophone de psychiatrie d'exercice privé, elle rassemble des psychiatres d'Algérie, Belgique, Canada, France, Italie, Liban, Maroc, Sénégal, Suisse, Tunisie. Fondée en 2003 grâce à l'AFPEP pour :

Valoriser la pratique clinique psychodynamique en psychiatrie et santé mentale

Développer la formation et la transmission à travers les « Rencontres Francopsies »

Soutenir les initiatives d'organisations professionnelles de la psychiatrie francophone.

ALFAPSY est une association professionnelle à but non lucratif, affiliée à l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) et au Collège International de Médecine Centrée sur la Personne (ICPCM) où elle défend une approche humaniste de la psychiatrie

ALFAPSY se veut une tribune pour les professionnels du champ de la psychiatrie qui partagent l'idée que l'homme souffrant est toujours à entendre dans sa globalité, physique et psychique, essentielle et existentielle, dans sa demande et son désir, ainsi que dans son origine culturelle d'appartenance.

Bureau Exécutif 2018 – 2020

Président en exercice : Hachem Tyal (Casablanca)

1^{ère} Vice-présidente : Asmaa Eddaal (Casablanca)

2^e Vice-président : Hassen Ati (Nabeul)

3^e Vice-président : Michel Jurus (Lyon)

Secrétaire Général : Abdessadek El Idrissi (Marrakech)

Suppléant au SG, coopté sans droit de vote : Abdeslam Benali (Marrakech)

1^{er} Secrétaire Général Adjoint : Hervé Granier (Montpellier)

2^e Secrétaire Général Adjoint (gestion du site web) : Safouene El Hechmi (Tunis)

3^e Secrétaire Général Adjoint (attaché à la Présidence) : Yassine Anouar (Tanger)

Trésorière : Capucine Rivière (Paris)

Suppléant à la Trésorerie : Patrice Charbit (Montpellier)

Trésorière Adjointe : Malika Khomais (Casablanca)

Présidente élue ALFAPSY 2020 : Aïda Sylla (Dakar)

Conseil des Sages : Jalil Bennani (Rabat), Hervé Bokobza (Montpellier),
Paul Lacaze (Montpellier), Sofiane Zribi (Tunis)

Les membres du Comité International et du Bureau Exécutif d'ALFAPSY ont eu la tristesse d'apprendre, le 8 mars dernier, la mort de leur Secrétaire Général, le Pr Abdessadek El Idrissi, ancien psychiatre des Armées installé en libéral depuis de nombreuses années à Marrakech (Maroc). Il avait été élu à cette fonction à la suite de l'Assemblée Générale ALFAPSY qui s'était tenue dans cette ville 1 an plus tôt à l'occasion du 5e Colloque InterPsy. Un hommage en interne lui est officiellement rendu. C'est le 1^{er} Secrétaire Général Adjoint, Hervé Granier, qui a statutairement été appelé à le remplacer à ce mandat jusqu'en 2020.

Au même moment, le 9 mars 2019 à Istanbul, ALFAPSY animait une Table Ronde au cours du Colloque *L'Œdipe aujourd'hui : Mythe, Structure*, Nouages organisé par le Département de Psychopathologie clinique de l'Université Arel.

feuilles détachables

Or c'est en marge de ces travaux que Paul Lacaze au nom d'ALFAPSY a été sollicité pour organiser, à l'Université Paris-Diderot en décembre 2019, un colloque ayant pour objectif de rappeler l'importance de la place de la « Psychanalyse en Psychiatrie », en collaboration avec les Prs. Christian Hoffmann (Paris VII), Joël Birman (UFRJ & UERJ, Rio de Janeiro) et Patrick Landman (Stop DSM, Paris).

C'est aussi dans la même perspective visant à soutenir la réflexion et surtout à renforcer la formation qu'il fut en outre envisagé de réaliser un colloque analogue entre les mêmes partenaires, à l'Université de Shanghai fin 2020, pour répondre à une demande croissante des jeunes cliniciens chinois vers l'approche subjective et freudienne de la psychiatrie.

La politique actuelle d'ALFAPSY repose avant tout sur l'organisation de manifestations scientifiques à visée de transmission et d'échanges professionnels, en tant que maître d'œuvre ou par des accords de partenariats cohérents.

C'est ainsi qu'à l'occasion du 117^e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (CPNLF) co-organisé avec la Société Libanaise de Santé Mentale à Beyrouth du 19 au 22 juin 2019, ALFAPSY animera un « Atelier de Formation de la Francophonie en Psychiatrie » présidé par Hachem Tyal (Casablanca) avec trois intervenants : Hervé Granier (Montpellier), « Les considérations inactuelles en psychiatrie », Paul Lacaze (Montpellier) & Michel Jurus (Lyon), « La psychiatrie moderne face au risque d'une dé-civilisation » et Othman Lorabi (Casablanca), « Les nouvelles pathologies anxieuses ».

Pour ALFAPSY l'enjeu sera de tenir le discours de la psychiatrie psychodynamique dans une enceinte plutôt acquise à celui de la norme ambiante dite scientifique et développementale en santé mentale.

D'autres interventions ALFAPSY type symposium ou atelier sont en cours d'élaboration dans d'autres congrès tels que ceux de la WPA à Lisbonne (21-25 août 2019), de la WASP à Bucarest (25-28 octobre 2019), du CFP à Nice (4-7 décembre 2019), de la WADP à Berlin (31 mars-04 avril 2020).

Cependant au milieu de ces préparatifs la Présidente élue ALFAPSY 2020, Aïda Sylla (Dakar), avec l'ASPSY (Association Sénégalaise des PSY) a mis en chantier le plus important de tous nos projets, les 9es Rencontres Francopsies (RFP9) prévues entre le 5 et le 11 mars 2020 sur le thème de « Psychiatrie psychodynamique et Modernité ». Les détails concernant la programmation scientifique et les aspects logistiques seront publiés dans les prochaines semaines en vue des inscriptions.

Pour toute information complémentaire et/ou demande d'adhésion, s'adresser par email à paul.lacaze@wanadoo.fr

* * *

Informations et Annonces internationales WPA

Le dernier **Congrès Mondial de Psychiatrie** s'est déroulé à Mexico en octobre 2019 en présence de 2500 psychiatres de tous les continents. L'AFPEP y a été représenté par une intervention sur l'histoire de l'informatique en psychiatrie, dont la première esquisse a été publiée dans le BIPP-70.

Les interventions en Congrès ont été marquées par la déclaration très engagée de Mario Maj, ancien président de la WPA (2008-2011) et actuel rédacteur en chef de la revue World Psychiatry, qui appelle à un renouvellement et une critique du savoir psychiatrique, au-delà des querelles de courants et des impasses classificatoires toutes vouées à l'échec selon lui.

Peu avant la clôture du Congrès, l'Association Mondiale de Psychiatrie a rendu un vibrant hommage, sous l'arbitrage conjoint de Helen Herrman et Norman Sartorius, à son ancien président Pierre Pichot, qui fêtait son centième anniversaire quelques jours plus tard, par la voix des psychiatres qu'il a inspirés : Philip Gorwood (France), Driss Moussaoui (Maroc), Naotaka Shinkufu (Japon), Petr Morozov (Russie), Michel Botbol (France, secrétaire aux publications, pour le bureau de la WPA).

feuilles détachables

L'Association Mondiale de Psychiatrie rénove ses systèmes de communication. Nous participons à des réunions transcontinentales grâce à un système de visioconférence qui a contribué à organiser le prochain Congrès Mondial de Psychiatrie, à Lisbonne, du 21 au 24 août 2019, sur le thème de « Psychiatrie et Santé Mentale: inspirations mondiales, actions locales ». L'inscription est accessible à un tarif préférentiel avant le 12 juin. (cf : le site du Congrès: <https://2019.wcp-congress.com>)

L'AFPEP a été à l'initiative de la recreation d'une des 72 sections de la World Psychiatric Association, celle traitant d'Histoire de la Psychiatrie, à partir d'une première réunion de section à Mexico en octobre dernier. La nouvelle section comporte environ 25 membres, psychiatres, historiens et psychologues, répartis sur tous les continents, autour d'une base francophone.

Le Comité de la Section élu par les membres est composé de Marc Masson (France), Yuri Bykov (Russie), Kc Gurnani (Inde), Lara Rzesnitzek (Allemagne, secrétaire de la section), Benoît Majerus (Luxembourg, vice-président de section), Jeremie Sinzelle (président de section).

La section d'Histoire de la Psychiatrie tiendra un symposium le samedi 24 août entre 11:30 et 12:30 (Pavillon 3A) sur le thème « *Historical and Present-Day Issues on Psychiatric Ideas* » (*Enjeux historiques et contemporains des notions psychiatriques*) comportant 4 interventions: Pr Petr Morozov (Russie, sur les différences entre les syndromes d'automatisme de Kandinsky et de Clérambault),

Pr KC Gurnani (Inde, sur la réévaluation du concept de schizophrénie),

Pr Benoît Majerus (Luxembourg, sur l'effet de la guerre de 14-18 sur les malades en Belgique)

Dr J Sinzelle (France, sur le syndrome d'Asperger au prisme de l'histoire).

La section se rencontrera également pour une réunion de travail afin d'organiser les prochains congrès de la WPA qui seront annoncés en fin d'année, avant le prochain Congrès Mondial électif de Bangkok en Octobre 2020.

Jérémie Sinzelle
Paris

feuillet détachable

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

Histoire de la psychiatrie

Histoire des classifications des handicaps, abord psychiatrique

Parmi les successeurs de la *Nomenclature internationale des causes de décès*, projet français publié à partir de 1901 (en quelque sorte une étude épidémiologique rétrospective de la mortalité), on ne présente plus la célèbre CIM, la *Classification Internationale des Maladies* (s'intéressant donc plus largement à la morbidité) éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont la toute dernière version (la CIM-11) entre ce mois-ci (mai 2019) dans le processus de validation par les états membres de l'assemblée générale de l'ONU, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022. Nous pouvons noter que cette classification concerne toutes les maladies, et que sa portée dépasse largement le milieu médical. Son chapitre V traite spécifiquement des maladies mentales (dont le codage débute par la lettre F). Prenant la succession de Norman Sartorius, ayant lui mené à bien le *chapitre V* pour la CIM-10 (la version actuelle en vigueur datant de 1992, avec révisions partielles tous les trois ans), depuis 2008, le responsable de ce chapitre pour la CIM-11 est Geoffrey Reed, docteur en psychologie diplômé de l'Université de Californie à Los Angeles.

Les familles de classifications internationales

La CIM s'intègre cependant dans un processus plus vaste de modernisation à visée scientifique des disciplines traditionnelles, et, au sein de l'OMS, il existe d'autres classifications internationales dont le but est l'évaluation de l'état de santé des populations, au moyen d'outils de description et de collecte de données visant à guider les politiques nationales dans le domaine de la santé, tout en permettant des comparaisons statistiques internationales, et en fournissant comme outil transnational un langage commun entre professionnels.

Au sein de ce projet dit des « *Familles de Classifications Internationales* » de l'OMS, l'on retrouve une nouvelle classification, qui est la reprise d'un projet avorté (*International Classification of Procedures in Medicine*, entre 1978 et 1989), dont la première édition est en cours d'élaboration depuis 2007 (premiers textes provisoires publiés en 2012); elle est centrée sur les raisons de contact avec les services de soins: la ICHI, « *International Classification on Health Interventions* », ou « *Classification des Interventions en Santé* ». La publication de ce document est très attendue, et ses effets seront sans doute très instructifs.

Historiquement seconde dans la famille, la CIH ou « *Classification de Wood* », appelée officiellement la « *Classification Internationale des Handicaps, déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies* » (OMS 1980, trad fr 1988) a subi une révision complète vingt ans plus tard, et sa suite est constituée par la CIF ou « *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé* » (OMS 2001, trad fr 2001), qui possède une version adaptée aux enfants et aux adolescents, la CIF-EA (OMS 2007, trad fr 2012). Il est intéressant de noter que, dans le cadre d'une collaboration entre l'American Psychological Association et l'OMS, Geoffrey Reed avait travaillé comme directeur du plus grand centre d'études pratiques (« *field study site* ») de la CIF aux Etats-Unis quelques années avant de rejoindre le projet CIM-11 en 2008.

La classification internationale des Handicaps (CIH, OMS 1980)

Tout d'abord, afin de décrire les conséquences des maladies (en complément d'un diagnostic médical), Philip Wood, professeur de santé publique et de rhumatologie britannique, avait volontairement laissé de côté la précarité sociale et les réponses politiques, mais avait cependant prôné une meilleure adéquation entre l'action réelle des services spécialisés et les demandes ministérielles. Dans une perspective de solidarité étatique (conforme avec le regard européen), guidée par la description des situations, l'idée de Wood était de permettre à l'action publique de définir les priorités et de réserver son intervention essentiellement aux cas les plus graves (à partir de seuils quantitatifs). Wood s'emploie à préciser la terminologie dans le domaine de la santé. La déficience est définie comme une perte de fonction (ou altération d'une structure) anatomique, physiologique ou psychologique. L'incapacité est une réduction de la capacité à accomplir une activité normale. Le handicap est la conséquence d'une déficience ou d'une incapacité, réduisant les actions d'un individu qui se retrouve ainsi en situation de désavantage social (notion définie dans la CIH comme synonyme du terme de handicap).

La CIH se donne pour ambition, en premier lieu, d'observer et de décrire ces handicaps; deuxièmement, d'en analyser l'étiologie; et enfin, de proposer une stratégie d'action en vue de réduire le désavantage social. Nous renvoyons le lecteur au texte de la CIH, en soulignant l'intérêt particulier que les psychiatres peuvent accorder au tiers (20 pages sur 60) de tous les chapitres consacrés aux *Déficiences intellectuelles*

(notamment les retards ; la mémoire ; les déficiences du contenu et de la forme de la pensée ; les autres déficiences notamment praxiques et gnosiques), aux *Autres déficiences du psychisme* (défiance de la conscience et de l'état de veille ; attention et perception comprenant les hallucinations ; fonction émotives et volitionnelles comprenant la libido mais aussi la dépression ; du comportement), aux *Déficiences du langage et de la parole* (fonctions linguistiques ; utilisation du langage correspondant à la dyslexie ; apprentissage ; troubles de la parole comportant la prosodie et l'incohérence ; autisme perçu comme une défiance sévère de la communication par association de troubles centraux de la parole et de la vue). Nous soulignons aussi la grande importance laissée au champ de la psychiatrie dans les chapitres traitant des *Incapacités concernant le comportement* (conscience de soi, identification, éducation, relations), des *Incapacités concernant la communication* (communication orale, parole, compréhension, écoute), et enfin des *Désavantages* (d'indépendance physique, d'occupations, d'intégration sociale, et d'indépendance économique).

Pour ce qui est du bilan de la CIH, François Chapiro, chercheur au centre collaborateur de l'OMS (le CTNERHI ou *Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations*), note a posteriori dans un article, en 2001, que la CIH a joué un rôle pédagogique important et permis ainsi un travail en partenariat mieux coordonné entre les différents acteurs, médicaux ou non. Il rappelle que B Azéma avait souligné, à l'occasion de la publication du projet successeur en 2001, dans le domaine de la santé mentale (dans laquelle la psychiatrie n'est qu'une des composantes), que la CIH avait ouvert de nouvelles possibilités de prise en charge en France, en proposant de dépasser le traditionnel clivage des orientations entre secteur sanitaire, médico-social voire judiciaire (PJJ). En France, la législation du handicap s'intéresse surtout à la défiance et s'appuie essentiellement sur la notion d'incapacité (réduction) ; elle ne recouvre pas tous les aspects du handicap présentés dans la CIH en tant que conséquences des maladies. Chapiro regrette qu'en France, les patients n'eurent pas vraiment voix au chapitre sur les politiques mises en place, que les autorités n'aient pas évalué les conditions de vie des personnes concernées (usagers-citoyens en quelque sorte), et que le clivage entre les institutions eut été malgré tout maintenu.

Les années 1980 ont vu d'une part une concordance entre des actions de l'ONU visant à faire évoluer les droits des personnes handicapées (*Programme mondial d'action pour les personnes handicapées* 1982, la *Décennie des personnes handicapées* 1983-1992, et les *Règles standard d'égalisation des chances des handicapés* 1993), mais aussi, dans divers pays, la création de chaires universitaires d'étude

sur le handicap, ainsi que la floraison de nombreux mouvements sociaux de personnes handicapées sur le plan international. Le contenu novateur et très vaste de la *Classification Internationale des Handicaps* en 1980 a dû être modernisé au bout de quinze années, pour correspondre à une optique moins strictement médicale, puisque le handicap était perçu essentiellement comme la conséquence négative d'une maladie, au détriment d'une description des désavantages et sans tenir compte de l'environnement des personnes. En réunissant plus de contributeurs, l'OMS ressentit aussi le besoin d'un travail de suivi dans la durée sur la question du handicap, et le nouveau responsable du CIH changea l'optique du projet pour accompagner les changements de paradigme. La nouvelle classification devait ainsi permettre de réunir une approche individuelle basée sur des caractéristiques personnelles (aspects biomédicaux diagnostiques; aspects fonctionnels dans le quotidien) à une approche sociale abordant les barrières faisant obstacle à la participation sociale de tous les citoyens (évolution de l'environnement; militantisme sur les droits civiques). C'est ainsi que fut constituée la *Classification Internationale du Fonctionnement, des Handicaps et de la Santé* (la CIF).

La classification internationale du fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF, OMS 2001)

De façon à rendre compte des conceptions de handicap en tant que construction sociale, l'accent fut mis, dans la CIF, non pas sur un modèle médical pathologique dont découleraient les incapacités, mais sur l'accueil réservé aux personnes en situation de handicap au sein de la société. L'objectif est une inclusivité totale des personnes souffrant de handicap au sein de la société, qui est amenée à s'adapter à de nouvelles façons d'être, et à abandonner toutes les « *formes d'oppression sociale* ». Dans une optique Anglo-saxonne, c'est de la coordination des mouvements d'émancipation des handicapés (et non de l'État en tant que tel) dont dépend le progrès et qui peut offrir l'expression des droits de chacun. En considérant que « *la source du désavantage est une défaillance de l'environnement* », ce sont donc les militants qui permettent une action politique sur la société, en tant que groupe de pression, pour « *changer les attitudes, changer les politiques et les lois* ».

La notion de handicap [d'incapacité] est perçue désormais comme un tronc commun entre les différentes approches, oscillant entre : « *deux stratégies antagonistes : la première caractérise les personnes handicapées [disabled people] comme un groupe social minoritaire qui doit rechercher ses droits civiques de base et combattre contre la discrimination (...), la seconde insiste pour dire que le handicap est un phénomène humain universel. (...) La version révisée*

de la CIH incorpore l'universalisme comme principe conducteur ». L'on cherche ainsi à définir non pas le handicap, qui nécessiterait une législation spéciale, mais de prendre en compte « que toutes les personnes ont des besoins qui varient de manières grossièrement prévisibles, dans le cours de leur vie. La politique de l'incapacité n'est donc pas une politique pour quelque groupe minoritaire, c'est une politique pour tous ». Pour le directeur de la CIF, Bedirhan Üstün, ce nouveau projet « enlève la séparation artificielle et inutile entre "les handicapés" et tous les autres, et rend possible l'étude des obstacles à la pleine participation que la société crée ». Par conséquent la nouvelle classification des handicaps ne souhaite pas se limiter aux conséquences des maladies, pour ne pas représenter un « instrument au service de la discrimination » comme le souligne Chapiro, mais les envisage plutôt comme des « limitations de fonctionnement ». Ces limitations plus ou moins fortes seraient ainsi amoindries ou aggravées par un « environnement facilitateur ou obstacle » dont les caractéristiques sont décrites dans la CIF ; les corriger permettrait une « pleine participation de tous ».

Les experts de la CIF ont souhaité une validité internationale (« universelle ») de ce modèle, grâce aux travaux de plusieurs centres collaborateurs (Cambodge, Inde, Japon, Nigeria, Tunisie, Turquie, Grèce, Roumanie, Espagne, Canada, Royaume-Uni, Pays-Bas et Luxembourg) mais ont fait l'impasse sur les conclusions différentes du Centre collaborateur français (CTNERHI). Ils reconnaissent une forte inspiration dans les conceptions des anthropologues américaines Susan Reynolds Whyte et Bénédicte Ingstad (notamment issues leur ouvrage *Disability and Culture*, University of California Press, 1995), qui considèrent que la question du handicap en Occident oscille entre « un fort attachement aux sciences biomédicales universalistes d'une part, et les conceptions individualistes de la personation d'autre part » (la "personation", en anglais moderne *personhood*, est le fait d'être une personne et de construire sa vie en tant que personne reconnue comme telle par autrui). Celles-ci s'appuient notamment sur leur interprétation des positions du chercheur français Henri-Jacques Stiker sur l'absence d'histoire globale de l'infirmité et rappellent que « dans beaucoup de cultures, on ne peut pas être "handicapé" pour la raison simple que le "handicap" n'existe pas en tant que catégorie reconnue ». Üstün ajoute d'ailleurs que ce n'est pas vraiment un obstacle puisque « la position radicale d'incommensurabilité complète et irrémédiable du concept de handicap (...) est une position radicalement erronée », et que « partout dans le monde, le handicap est l'objet de stigmatisation ». Comparativement aux personnes souffrant de troubles physiques, l'équipe de la CIF insiste également sur la plus forte stigmatisation dont font l'objet les personnes souffrant de troubles

mentaux et de leurs conséquences. Cet écart, cette « absence de parité » affecterait toutes les formes d'aide et de soins proposés.

Üstün souligne cependant comme point commun entre toutes les cultures que « le handicap [disability] est universellement reconnu comme un aspect de l'expérience humaine de santé » et il en résulterait donc de réduire le préjugé selon lequel « on croit souvent que la CIF ne concerne que les personnes handicapées: en fait, elle concerne tout un chacun. (...) En fait, la CIF est d'application universelle ». La CIF ne se veut donc pas redondante avec la Classification Internationale des Maladies (CIM), mais se réclame être plutôt une classification internationale de la santé, qui puisse la décrire partout avec les mêmes bases et le même vocabulaire, intégrant conjointement le modèle médical et le modèle social selon trois niveaux: les structures anatomiques et les fonctions organiques (physiologiques et psychologiques), les activités (exécution des tâches), et la participation (l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle). Ces deux dernières peuvent être qualifiées, par la Classification, selon ce que les personnes font effectivement en étant impliquées dans leur quotidien (la *performance*, observée en environnement usuel) et ce que les personnes sont capables de faire (la *capacité*, en environnement standard, autrement dit, en situation standardisée, évaluée dans le cadre d'un test), d'où l'importance d'une description des caractéristiques de l'environnement et notamment des outils classificatoires précisant si l'environnement peut se révéler obstacle, ou facilitateur. Cependant, le contexte général (environnemental ; citoyen) reste par contre bien difficile à décrire de manière homogène selon les différentes cultures et selon les pays.

Par conséquent, le vocabulaire est redéfini, et certaines notions sont reformulées, à l'image du DSM-III qui avait abandonné la traditionnelle démarche de description issue de l'observation clinique (par des critères spécifiques) pour prescrire une nouvelle manière de diagnostiquer à partir de critères opérationnels complètement revus permettant en priorité une meilleure fiabilité inter-juges (Cf : *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Steeves Demazeux. Les Éditions d'Ithaque, 2013), perçue comme une base scientifique d'identification des problématiques redéfinies par l'expert. Cette reformulation stricte des concepts, devant ainsi être appliquée pour une meilleure interopérabilité des études scientifiques sur le sujet, possède des conséquences pédagogiques et aussi des effets sur l'organisation des soins à l'échelle mondiale en ouvrant la voie à une comparaison des données et à une communication plus aisée d'un pays à l'autre. Les quatre buts recherchés par l'établissement de cette nouvelle classification sont de « fournir une base scientifique pour comprendre et étudier des états

de santé et les conséquences qui en découlent, ainsi que leurs déterminants, établir un langage commun pour décrire les états de santé et les conséquences qui en découlent (...), permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments, fournir un mécanisme d'encodage systématique pour les systèmes d'information sanitaire », et les cinq applications sont de promouvoir leur utilisation comme « outil statistique, outil de recherche, outil clinique, outil de politique sociale et outil pédagogique ».

Les chapitres de la CIF qui peuvent intéresser les psychiatres, pour ce qui est des facteurs environnementaux, sont plus particulièrement ceux consacrés aux *Soutiens et relations* (chapitre 3 : entourage, amis, famille, soins, collègues), aux *Attitudes [des autres personnes à l'égard du sujet]* (chapitre 4 : coutumes, pratiques, valeurs, normes, croyances), aux *Services, systèmes et politiques* (chapitre 5 : prestations répondant aux besoins de la population, mécanismes administratifs de contrôle et de suivi mis en place par les autorités reconnues, règlements et normes guidant les actions politiques). En cohérence avec le monde militant, les facteurs personnels ne sont pas classifiés dans la CIF pour des raisons éthiques.

Application au champ de l'enfant et de l'adolescent (CIF-EA)

En considérant que l'enfant n'est pas un adulte en miniature, les spécificités du handicap chez l'enfant ont suscité l'élaboration d'un travail adapté à leur nature et à l'impact particulier des handicaps. La croissance, les transformations de l'enfant et de son environnement, mais aussi la prévention sont au centre du projet de la CIF-EA (OMS 2007, trad fr 2008), qui intègre les normes internationales des droits de l'enfant de l'ONU (*Convention internationale des droits de l'enfant* 1989, *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés* 1994, *Déclaration de Salamanque pour l'éducation et les besoins spéciaux* 1994, *Forum mondial sur l'éducation de Dakar* 2000, *Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées* 2006).

Le but de ce projet complémentaire est, entre autres, de documenter les caractéristiques de la santé et du fonctionnement dans l'enfance et l'adolescence: de nouvelles catégories sont ajoutées et les critères d'inclusion sont modifiés en y introduisant une notion de « *décalage dans le développement* » et en s'élargissant à une utilisation aux éducateurs, en plus des catégories traditionnellement envisagées chez l'adulte (cliniciens, décideurs politiques, familles, usagers, chercheurs). Les domaines d'application sont encore un peu plus larges aussi: clinique, administratif, épidémiologique, politique et recherche. La publication du texte de la CIF-EA par l'OMS s'accompagne de questionnaires et de check-lists spécifiques à quatre classes d'âge (seuils :

3 ans, 7 ans, 13 ans) disponibles en anglais. Ces textes sont toujours étudiés par le CTNERHI, et notamment Catherine Barral et Marie Cuenot, pour ce qui est de l'adaptation au contexte français (cf: diaporama sur la CIF en 2009).

CONCLUSION : de l'expert-médecin à l'expert-patient

François Chapiereau relevait que la *Classification Internationale des Fonctionnements, des Handicaps et de la Santé* revêtait une importance considérable aux Etats-Unis, qui en ont financé la plupart des travaux, dans le but de limiter l'emprise de la très forte prévalence des troubles mentaux (jusqu'à 30% chez les 15-54 ans en 1998) dont les critères diagnostiques ont pu être progressivement élargis au fil des classifications. Mais inversement, la généralisation des problématiques du handicap dans la CIF ainsi que l'égalité, souhaitée et obtenue par la lutte contre la ségrégation, s'accorde d'autant mieux avec le système de libre concurrence états-unien, et a contribué indiscutablement à améliorer l'image des personnes en situation de handicap. Ce que représente la CIF pour le monde militant a eu des effets politiques en France également, en prescrivant aux institutions traditionnelles, par exemple au monde médical (et donc psychiatrique) à parfois céder sa place expertale aux représentants des citoyens (donc politiques et parfois idéologiques) ou bien aux associations de malades (co-détendant ainsi, au travers du vécu de la maladie une place expertale souhaitée, revendiquée et finalement obtenue).

En conclusion, nous pouvons dire que le projet de classification des handicaps de l'OMS, et en particulier la CIF de 2001 a porté ses fruits, et eut des effets extrêmement positifs, en ouvrant la voie à une meilleure reconnaissance, et à une meilleure prise en compte de la diversité dans toutes les pays. Cette démarche fut bien souvent accompagnée d'un grand soulagement de la part de nos patients (et de leurs proches), qui avaient pu se sentir à l'écart auparavant, mais qui actuellement bénéficient des succès effectifs du mouvement d'inclusivité au sein de la société. Cette percée de l'action militante doit être un sujet de fierté de la part de tous les médecins, qui désormais à leurs côtés peuvent compter sur la contribution et la vigilance de patients bien informés, et pleinement acteurs dans la cause générale de la Santé, car toutes les initiatives qui découlent de la CIH et de la CIF contribuent au bien-être commun. Cependant, à l'heure « *des internets* » nous faisons face actuellement à un afflux continu et parfois désordonné d'informations dont la fiabilité constitue un enjeu majeur aujourd'hui. Les succès citoyens ne sauraient se pérenniser sans maintenir l'expertise du monde médical, car un désintérêt des données de la science et la méconnaissance de la médecine feraient trop facilement le lit à de fausses nouvelles qui pourraient déstabiliser l'équilibre sur lequel repose la santé publique de la population générale.

Étant donné le risque de résurgence de maladies actuellement subjuguées, ou le risque d'une désaffection du public des professionnels médicaux au profit de charlatanismes divers, étant donnée la démographie médicale en France mais aussi dans de nombreux autres pays, une rééquilibration de la place du savoir médical paraît nécessaire. Comme le propose Mario Maj, ancien président de l'Association Mondiale de Psychiatrie et professeur de psychiatrie à Naples, plutôt que de multiplier les projets de classifications,

il serait peut-être nécessaire de mieux connaître la manière dont est constitué le savoir psychiatrique, pour le renforcer et lui assurer un avenir au service du public. Car bien entendu, puisque les études de médecine, auxquelles nous consacrons notre jeunesse, sont si longues et si difficiles, sans nul doute, il sera à l'avenir indispensable, de nouveau, de nous employer à réexpliquer pourquoi.

Jérémie Sinzelle
Paris

Mémoires de psychiatre

Paul Lacaze nous invite à sa rencontre avec la psychiatrie et les vastes horizons qu'elle lui faisait découvrir. Une rencontre passionnelle et inattendue arrive pour ce cardiologue en herbe qui se métamorphose en psychiatre.

Michel Jurus

Histoire d'un médecin en psychiatrie Aux origines d'une subversion

Un jour récent où l'on me demandait pourquoi et comment j'en étais venu à me « spécialiser » en psychiatrie, je me souviens avoir eu la surprise de répondre spontanément : « ce n'est pas la psychiatrie qui m'a intéressé, c'est la psychothérapie institutionnelle ».

Pourquoi donc avais-je eu cette réaction inattendue ?

En vérité, lors de mon stage aux fonctions subalternes d'Externe dans le Service de Neuropsychiatrie Universitaire à l'Hôpital Font d'Aurelle à Montpellier (1963)*, la psychiatrie ne m'avait pas du tout attiré en tant que spécialité médicale au sein du « prestigieux » triptyque M.C.O. (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Je compris beaucoup plus tard pourquoi et d'où m'était venue cette réponse aussi spontanée que sentie à propos de « psychothérapie institutionnelle ». Car en effet ce n'est qu'une fois devenu Interne en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques Universitaires de Montpellier (1967), lorsque je fus au contact des malades et en responsabilité opérationnelle, que s'offrit à mes yeux toute l'étendue du champ de la psychiatrie.

Bien plus que la médecine de terrain, la psychiatrie m'apparaissait clairement en tant que véritable discipline croisée à d'autres comme l'anthropologie, la psychologie, la sociologie, la philosophie, la linguistique, la transculturalité... Face à ce nouvel horizon, par un renversement de valeurs en concordance avec le titre d'Interne en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques, la médecine se réduisait à la dimension de « simple spécialité » dans ce vaste champ disciplinaire qu'est la psychiatrie. Appréhender l'humain dans toute sa complexité, relativiser la médecine d'organe aux prises avec la structure psychique, reconnaître la dimension de l'inconscient au centre de la vie, représentaient autant de découvertes que « la Faculté », dans son enseignement magistral, avait globalement renoncé à nous transmettre !

À l'origine de mon parcours, alors que durant l'été 1966 je préparais le Concours de l'Internat avec l'intention de rejoindre la spécialité de Cardiologie, on vint me proposer de faire un remplacement à l'Internat de Font d'Aurelle. Bizarrement ce n'est pas le besoin d'un premier salaire qui emporta mon acceptation, non mais plutôt le caractère intrigant d'une immersion active avec des responsabilités soignantes dans cette communauté humaine... (À suivre)

* L'Asile psychiatrique Font d'Aurelle fut construit en 1907, façon fin XIX^e S. selon les règles de la Loi de 1838. Il comprenait plus de 1500 malades internés formant une communauté – mixte mais séparée ou seulement reliée par « la Chapelle » au centre et par quelques ateliers en périphérie (essentiellement agro-alimentaires et manufacturiers) – telle une cité dans la cité. Cet Hôpital, désormais réduit à quelques Unités de soins aigus d'environ 350 malades en continuité avec les Services de M.C.O. universitaires, a été rebaptisé « Hôpital La Colombière » en 1980 pour en finir avec la connotation asilaire de « Font d'Aurelle »...



CÉLÉBRATION DU CENTENAIRE DE L'HÔPITAL LA COLOMBIÈRE

Service de la Communication,
CHU Montpellier, 2013

Extrait

L'histoire de cet établissement, anciennement appelé « Font d'Aurelle », est étroitement liée à celle de la psychiatrie... En un siècle, la psychiatrie s'est profondément transformée. De l'univers asilaire aux centres d'accueil à temps partiel, cette discipline s'est transformée au rythme des avancées scientifiques : découverte de l'inconscient, essor de la psychanalyse, nouvelles molécules, chirurgie fonctionnelle, introduction de la psychothérapie institutionnelle dite aussi thérapie de groupe, thérapie cognitive et comportementale et arthérapie... L'accueil et l'organisation ont aussi été repensés avec l'installation d'une cafétéria, des possibilités de sorties, les alternatives aux séjours traditionnels avec l'hospitalisation de jour et de nuit, l'ouverture d'ateliers thérapeutiques. Une offre diversifiée, bien différente des soins du début du XX^{ème} siècle, qui contribue à lever les tabous qui entourent la maladie mentale.

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE A MONTPELLIER

Académie des Sciences et Lettres de Montpellier,
Robert Dumas, 2006

Extrait

L'asile de Font d'Aurelle de 1909 à 1950

Jusqu'en 1928 l'Établissement départemental, ou Asile de Font d'Aurelle, est placé sous la responsabilité du Conseil Général avec une administration autonome. Après cette date, le Conseil Général se décharge de la responsabilité de l'asile qui est rattaché au Centre hospitalier. Pourtant cet établissement gardera longtemps une organisation administrative et un encadrement médical tout à fait original au sein du centre hospitalier. La responsabilité des soins est confiée à deux médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques non universitaires. Les professeurs de Clinique des maladies nerveuses et mentales, Albert Mairet et son successeur Jules Euzieres n'ont aucune responsabilité de soins dans l'hôpital psychiatrique. On met à leur disposition quatre pavillons dits universitaires où ils assurent leur enseignement aux étudiants en Médecine avec l'aide de leur chef de clinique. Le personnel infirmier, portant uniforme, comporte un major et une majeure, des sous majors et sous majeures et des brigadiers responsables d'un pavillon. La séparation des sexes est absolue et les infirmiers ne pénètrent jamais dans les pavillons de femmes.

Les malades, dont le nombre varie de 1100 à 1900, proviennent parfois de départements éloignés comme la Corse, longtemps dépourvue d'asile départemental, d'Algérie ou du département de la Seine. Le travail est obligatoire, qu'il s'agisse de travail à la ferme, de la plonge ou de l'épluchage des légumes à la cuisine, du soin du linge à la lingerie. Les visites sont limitées à deux heures le dimanche et le jeudi. Les distractions sont rares à l'exception des offices religieux où les malades peuvent se rendre sous la conduite d'un infirmier. La thérapeutique n'évolue guère jusque dans les années trente, limitée à la balnéothérapie et à la camisole de force pour les agités. Pourtant avant la deuxième guerre mondiale apparaissent enfin des thérapeutiques efficaces dans certaines formes de maladie mentale. C'est le cas de la convulsivothérapie, réalisée au moyen de chocs électriques (sismothérapie), d'injections convulsivantes (cardiazol) ou de comas hypoglycémiques déclenchés par des injections d'insuline. Ces méthodes ne se répandront vraiment qu'après la guerre. La deuxième guerre mondiale marque d'ailleurs une importante rupture dans la vie de l'asile. En novembre 1942 les allemands envahissent la zone sud. Ils occupent l'asile, qui est vidé de ses malades, à partir de l'été 1943 et jusqu'à leur départ un an après. A la libération l'occupation de l'asile reprend rapidement toujours majorée par la présence de malades corses et algériens.

La période de la psychothérapie institutionnelle (1950-1965)

Après la deuxième guerre mondiale on assiste partout en France à une considérable évolution des hôpitaux psychiatriques. Les causes de cette profonde transformation sont multiples mais on peut retenir, pour simplifier trois d'entre elles, l'introduction de la Psychanalyse, l'essor important des thérapeutiques et le succès grandissant d'un abord nouveau du malade mental que l'on peut désigner sous le terme de Psychothérapie institutionnelle. Les théories de Sigmund Freud, neurophysiologiste autrichien, bien que datant du début du siècle, ne se répandent vraiment en France qu'après la libération. Cet auteur a contribué, avec d'autres, à l'élaboration du concept de l'inconscient, partie du moi qu'il considère comme influencée par des événements affectifs et oubliés de l'enfance, le plus souvent d'origine sexuelle. Un des premiers il sépare les névroses, maladies où prédominent les troubles de l'humeur et du comportement, favorisées par des conflits psychiques, sans altération grave de la personnalité et les psychoses, maladies mentales comportant une perte du contact avec la réalité et une altération de la personnalité. Il accède à une gloire universelle en décrivant la Psychanalyse « psychologie scientifique à l'usage des neurologues » et l'applique au traitement des névroses où il s'efforce de mettre

à jour, par une longue relation entre le patient et le thérapeute (transfert) les restes d'un passé imaginaire mais inhibiteur. Peu de théoriciens auront en médecine une influence aussi grande que Sigmund Freud en psychiatrie. A Font d'Aurelle un enseignement de la Psychoanalyse est réalisé par un médecin aliéniste, Pierre Martin, chef du quartier des hommes. Les jeunes internes sont enthousiasmés par le verbe du Maître dont ils ne comprennent pas toujours les propos ! L'application de la Psychoanalyse au traitement des psychoses, tentée par certains, se révélera un échec. De nouvelles thérapeutiques, en vérité mises au point avant la guerre, se répandent. Il s'agit d'abord de la convulsivothérapie, utilisée dans les états mélancoliques. Elle consiste à déclencher chez le malade des crises convulsives par différents moyens comme des décharges électriques ou l'injection de substances convulsivantes. Les « cures de Sackel » font appel à des injections d'insuline responsables d'un coma hypoglycémique. La chirurgie fonctionnelle allant jusqu'à la réalisation de lobectomies n'est guère utilisée à Montpellier. Les premières drogues actives sur les psychoses font leur apparition dans les années cinquante. Il s'agit d'abord des Phénothiazines, comme le Largactil ou le Serpasil, utilisées chez les schizophrènes pour calmer les hallucinations et l'agitation du malade au prix d'un enraidissement et d'une hypersalivation. Le lithium, actif dans l'agitation maniaque est introduit en 1949. Les premiers antidépresseurs efficaces, comme l'Imipramine apparaissent à la même époque. Mais la véritable révolution de cette période est la Psychothérapie institutionnelle. Elle est l'œuvre de psychiatres français comme Georges Daumézon à Fleury les Aufrans, François Tosquelles à Saint Alban, Henri Ey à Bonneval. Ces médecins dénoncent le caractère oppressif et coercitif de l'asile et évoquent la possibilité d'une Psychothérapie institutionnelle réalisée par l'équipe médicale et infirmière au sein de l'asile. Cette thérapie de groupe s'efforce de rendre aux malades leur dignité d'êtres humains. Le travail, toujours préconisé, devient une activité noble et rémunérée. Pierre Martin et son infirmier Thomas Saldana créent la Cité du travail où les malades, vêtus d'un bleu de travail, se rendent le matin pour pratiquer la menuiserie, la mécanique, le travail du raffia et la peinture. Des ateliers de fabrication d'espadrilles, de ferronnerie, puis de montage électrique apparaissent. Les infirmiers psychiatriques s'investissent dans cette tâche en devenant chef d'atelier. Le produit du travail est vendu à la kermesse qui se déroule à Font-d'Aurelle début juin. Dans les années soixante et dix, l'hôpital Font d'Aurelle s'ouvre au travail industriel (IBM, SEB). La vie des malades s'améliore et les pavillons s'ouvrent à l'extérieur. On supprime les « sauts de loup », on crée une cafétéria « Le club », on organise des séances de cinéma et des sorties à l'extérieur sous contrôle des infirmiers. L'hospitalisation de jour et de nuit fait

son apparition dans les années soixante. D'ailleurs la ségrégation hommes femmes s'atténue. Le docteur Nguyen Duc crée la première clinique ouverte pour les femmes (Clinique Cavalier). Les universitaires entrent à l'hôpital avec Robert Lafon qui devient chef de la quatrième division.

La sectorisation (1965-2006)

La transformation de l'hôpital psychiatrique n'empêche pas de nombreuses critiques sur l'univers asilaire. Elles émanent de milieux très divers et peuvent être rassemblées sous le terme d'antipsychiatrie. Cooper, Esterson, et Laing en Angleterre, Michel Foucault en France sont à l'origine d'un courant de pensée hostile à l'univers asilaire. Les malades de leur côté critiquent la brutalité des traitements qu'on leur administre et les parents d'enfants autistes se rebellent contre les soupçons dont ils s'estiment victimes. Ce courant de pensée n'est peut-être pas étranger à l'éclosion de conceptions nouvelles qui tendent à restreindre le temps que le malade mental doit passer à l'asile. Il faut dépister la maladie mentale précocement en allant consulter au contact de la population. Lorsque le malade est hospitalisé il doit être rapidement renvoyé chez lui où un réseau de soins sera organisé avec des consultations dans des centres médico-psychologiques effectuées par des psychiatres, des infirmiers des psychologues et des assistantes sociales. Il faut organiser la prise en charge du malade dans la journée, dans des hôpitaux de jour, des ateliers thérapeutiques et des centres d'accueil à temps partiel répartis dans le département. Les premiers textes législatifs organisant la Sectorisation paraissent en 1960. Ils seront appliqués dans le département de l'Hérault en 1965. Le département est divisé en huit secteurs. Chaque secteur est placé sous la responsabilité d'un chef de service de l'hôpital Font d'Aurelle ou de l'hôpital de Béziers. En l'absence immédiate d'un hôpital psychiatrique à Béziers les huit secteurs de l'Hérault sont confiés temporairement aux six chefs de service de Font d'Aurelle. Plus tard le nombre de secteurs sera porté à neuf à Montpellier avec l'organisation de deux secteurs infanto-juvéniles. Les structures extériorisées, hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques, ateliers thérapeutiques, centre d'accueil à temps partiel ne développeront vraiment qu'à partir de 1985, date à laquelle les crédits nécessaires sont accordés. Parallèlement à l'extériorisation du système de soin psychiatrique le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein se réduit considérablement passant de 1900 à 360 environ.

Paul Lacaze

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques
de Montpellier (concours 1967)
CES de Neuropsychiatrie (1970)
Thèse Doctorat en médecine (1972)

Les textes ci-dessous sont diffusés avec accord du comité de rédaction du BIPP. Toutefois leurs auteurs acceptent de prendre la responsabilité pleine et entière de leur propos.

Psychiatrie... delenda est

Caton l'ancien terminait tous ses discours devant le sénat romain, quelque en fut le sujet, par « Carthago delenda est » (il faut détruire Carthage). La seule existence de la cité phénicienne et de la concurrence qu'elle exerçait étaient insupportable aux yeux de Rome.

La troisième guerre punique s'acheva sur la destruction totale de la ville, la vente en esclavage des survivants et ses champs furent, paraît-il, recouverts de sel. Qu'il n'en reste rien, à jamais !

Nous pouvons nous interroger sur ce même caractère compulsif qui existe à vouloir détruire la psychiatrie. Les détracteurs de la psychiatrie disent qu'elle serait responsable des « 30 années de retard de la France dans la prise en charge des patients », affirment qu'il s'agit d'une discipline neuro-biologique même si aucune preuve scientifique ne va dans ce sens, qu'il faut en finir avec l'indépendance professionnelle des médecins, que le marché français doit s'uniformiser aux autres. Le marketing qui accompagne cette offensive ne s'encombre pas d'une éthique autre que commerciale.

La guerre a été déclarée et l'ensemble de la construction psychiatrique est assailli :

- Le diagnostic bien sûr avec le DSM dont tout le monde s'accorde pourtant à en dénoncer l'ineptie, y compris pour part ceux qui l'ont écrit...
- La pensée médicale post DSM : la séquence signe-syndrome-diagnostic différentiel-diagnostic
- traitement n'est plus adéquate.
- La psychopathologie est évidemment dénigrée, reléguée à n'être qu'une pure chimère puisque la vérité serait neurologique.
- Place démesurée du médicament au regard de son efficacité dans la thérapeutique psychiatrique
- Logique commerciale des soins avec risques de dérapages ou d'escroqueries.
- Dégradation des lieux de soins.
- Protocolisations prenant la place de la pensée et de l'expérience au lieu d'être un outil d'appoint.
- Raréfaction des soignants.

- Raréfaction du temps soignant occupé au « reporting informatique ».
- Mauvais traitements et propagation de la contention.
- Rétrécissement du domaine d'intervention de la psychiatrie par le biais du handicap et interdiction de penser l'autisme, les « dys », la pédopsychiatrie bientôt la psychose en général.
- Limitation progressive de l'indépendance professionnelle et grave mise en danger du secret professionnel.
- Interdit de la transmission quasi totale à l'université.
- Le cadre éthique tend à devenir celui d'une « logique de services » au sens commercial du terme, il ne s'agit plus d'une responsabilité médicale de prise en charge, de fonction phorique ou d'accompagnement même quand il n'y a pas de thérapeutique.

La liste n'est pas exhaustive. La volonté de détruire avec méticulosité la psychiatrie est une détermination politique à l'œuvre depuis plus de 35 ans et chaque gouvernement y a apporté successivement sa pierre. Le processus est tellement avancé qu'une secrétaire d'Etat s'autorise à des injures, que la place des psychiatres est partout disputée, que les charlatans de tout poil apparaissent à chaque occasion et que la religion bien sûr, ne demeure pas en reste.

Le résultat de cette démarche « radicale » est catastrophique pour l'appareil de soins, l'actualité en témoigne tous les jours, mais on vient nous dire que ce serait assurément parce que les réformes n'ont pas été assez profondes, pas assez acceptées et qu'il s'agit donc de les accélérer....

Le but est à atteindre coûte que coûte. Les psychiatres sont de tristes sires qui retarderaient le progrès. Ah quoi bon leur demander leur avis ? S'il y avait la volonté d'établir un marché neuro-scientiste rentable, sans concurrence, garanti par les assurances, on ne s'y prendrait pas autrement. A cette aune les psychiatres sont des trouble-fêtes... et si nous persistions à l'être ?

Patrice Charbit

Président d'honneur de l'AFPEP – SNPP

La médicalisation de l'échec scolaire

Colloque organisé par l'ACMPP* à Enghien Les Bains, le 15 novembre 2018.

Après la très brillante intervention de Stanislas Morel, Sociologue, auteur du livre qui a donné le titre de la journée, le Professeur Bernard Golse a dispensé un véritable cours sur le développement cognitivo-affectif de l'enfant, dans son époque. L'article ci-dessous retranscrit avec le plus de fidélité possible la majorité de l'intervention enregistrée ; et développe le canevas annonciateur communiqué par l'auteur.

Introduction

Les troubles du développement cognitif de l'enfant sont examinés dans leur époque. Avatar du développement psycho affectif, ce dernier reste un socle invariable au travers des âges et au fil des générations, qui se voit transformé, modifié par les courants de pensée de l'ère du XXI^{ème} siècle. La politique, et nous n'en ignorons pas les intérêts financiers, influence sa description clinique. L'analyse de ces nouvelles manières de penser l'apprentissage scolaire et ses échecs donne le mouvement dynamique à cette communication brillante, très réaliste et pédagogique.

« Le mythe étiologique actuel est biologique et génétique. »

Jolie assertion qui se conclut par « mais la science à elle seule ne suffit pas. Plaisir et Désir d'apprendre sont les leviers majeurs de l'apprentissage ». Une étiologie n'est jamais univoque et c'est sur le modèle poly-factoriel que nous devons nous appuyer pour penser les avatars du développement psychique de l'enfant. S'appuyant sur la théorie de S. Freud, Bernard Golse nous rappelle que nous sommes les héritiers épistémologiques du concept de série complémentaire. Celle-ci fait intervenir des points de fixation internes et externes et toute situation pathologique est le fruit de leur conjonction. (Freud précurseur en son époque, avait réalisé un coup de force épistémologique à une époque où la causalité médicale était encore conçue comme très linéaire cf. Claude Bernard). À ce premier point fondamental, il convient de considérer à quel point la précarité, facteur éminemment externe, est délétère, aux individus infans. Référence faite à l'article du Monde du 13 mars 2017 « La pauvreté nuit gravement au cerveau dès la naissance ». Véritable preuve que les déficits cognitifs trouvent naissance dans l'environnement et sont largement impactés. De

même, la surcharge des classes freine l'apprentissage.

Cette démonstration ne suffira pas à ceux qui, voix au chapitre, tel le comité scientifique auprès du Ministre de l'éducation nationale Jean-Michel Blanquer présidé par Stanislas Dehaene, cherchent à savoir « Comment le cerveau apprend à lire »⁽¹⁾. Ce comité a trouvé la réplique juste et cinglante : « Ce n'est pas le cerveau qui apprend à lire mais un sujet enfant. Le truisme est que le désir d'apprendre est possible si, et seulement si, l'enfant a accédé à l'intersubjectivité. À côté de la subjectivation qui se joue dans le champ du monde interne (registre intrapsychique), l'intersubjectivité se joue dans le champ de la réalité externe (extrapsychique).

Il s'agit pour le bébé de creuser un écart entre lui et l'autre, afin que se détache, ce ne doit pas être un déchirement. Le bébé et l'adulte tissent des liens-attachement, accordage affectif, empathie, imitation, dialogue tonique ou tonico-émotionnel, identification projective, interactions diverses. Tous ces liens doivent fonctionner suffisamment bien pour que le langage advienne.

Si les fils sont totalement ratés, on se situe dans le domaine de l'autisme, si ces fils sont partiellement ratés ou abîmés, s'ouvre le champ des troubles dits spécifiques du langage. Les dysphasies et l'autisme ont un lien psychopathologique.

Pour apprendre, il faut se sentir un sujet.

Rappels fondamentaux sur l'apprentissage: le Psychanalyste Donal Meltzer, psychiatre, psychanalyste américain, spécialiste des enfants autistes, dans son livre *Les Structures sexuelles de la vie psychique*, distingue la soif de savoir et le désir d'apprendre : la première est précoce, c'est l'avidité de l'enfant, massive, pré-oedipienne ; elle ne permet pas de travailler au sens scolaire du terme. Détruire ce que l'autre a pour l'avoir, se situe au niveau d'identification primaire, « l'être, du qui suis je ? ». Enfin l'apprentissage, l'adaptation scolaire requiert plus de calme, et que le désir ait émergé. Cette nouvelle étape se situe en post-oedipien, le désir de compétition est advenu, étape de l'identification aux adultes, ou champ des identifications dites secondaires, « qui suis-je ? » du verbe « suivre », et se situe dans un mouvement plus constructif, moins destructeur que la soif de savoir. Certains enfants en maternelle, sont encore dans l'avidité destructrice non encore sublimée, et donc inapte à pouvoir servir aux apprentissages.

* Associations regroupant 4 cmpp du Val d'Oise 95. Cmpp d'Eaubonne. Saint Ouen l'aumône - Cergy, Beaumont sur Oise/ Persan et Villiers Le Bel.

« Le désir d'apprendre naît de la propension qu'a l'enfant de s'identifier au plaisir et à la liberté que l'enseignant a lui-même avec sa propre pensée. »

Bernard Golse nous propose ces concepts à la tournure si peu « scientifique » au regard des études savantes dont se repaissent les politiques. Il poursuit : « On ne demande pas à l'enfant de s'identifier à ce que l'autre sait mais à ce mouvement de plaisir de penser. » (référence à *Bernard Gibello*, psychanalyste, premier en France à s'être intéressé aux aspects cognitifs de la pensée : *L'enfant à l'intelligence troublée*.)

Acquisition et Apprentissage : deux notions distinctes mais solidaires

Les premières acquisitions ne sont pas des apprentissages mais des choses qui émergent du dedans ; on n'apprend pas à un enfant à marcher, à dire « oui » ou à dire « je ». Le « je » et le « oui » se mettent en place à partir du dedans, à partir d'une individuation et d'un sentiment de sécurité. Il ne s'agit pas d'apprentissages mais d'acquisitions. Ces acquisitions témoignent du fait qu'un intérieur s'est mis en place en l'enfant. Chaque bébé a son rythme de développement, et une des sources des échecs scolaires se trouve dans le fait que les modes de vie, particulièrement urbains, s'accélèrent. Les familles contemporaines se caractérisent par un taux de fécondité bas, (l'âge moyen des mères est 31 ans, situé entre de 12 ans à 45/50 ans). Les couples demandent qu'on leur laisse le temps de s'installer, les enfants doivent devenir rapidement autonomes, car il importe que leurs parents reprennent vite leur travail – autrement nommé « syndrome Rachida Dati » (reprise du travail 5 jours après la sortie de la maternité). Dans ces cadences précipitées, le bébé des villes n'a pas le temps de passer par tous les liens.

La subjectivation et l'intersubjectivation sont perturbées si les liens se hâtent. En conséquence, les enfants d'aujourd'hui semblent arriver plus difficilement à la crise des deux ans et demi qui est pourtant nécessaire pour passer des acquisitions - qui viennent du dedans aux apprentissages - qui viennent du dehors.

L'âge idéal d'entrée à l'école

Ap-prendre, c'est accepter de prendre en soi quelque chose qui vient de l'autre. Pour ce faire, l'enfant doit être capable de dire « oui », de passer du moi au « je » et de dessiner des ronds fermés (Geneviève Haag), vers deux ans, voire trois ans. Autrement dit, il doit avoir acquis une vision de lui bien close, sécurisée, ce dont témoignent les ronds fermés. L'idéal, pour que l'enfant entre à l'école, est que cette crise des « deux ans et demi » ait eu lieu et qu'elle soit intégrée, sinon l'école est une menace. Mis à part certains milieux socio-culturels défavorisés, une scolarisation précoce

risque ainsi d'accroître les inégalités sociales. (Claire Brisset, Boris Cyrulnik, Alain Bentolila, Roger Misès, Bernard Golse en 2002).

L'école peut être une menace, un espace dangereux.

Les enfants font souvent semblant d'écrire avant de lire, car écrire n'est pas dangereux. R. Spitz a montré, il y a longtemps déjà, que le « non » vient avant le « oui ». Ecrire serait du côté du non puisqu'il s'agit d'expulser quelque chose de soi dedans vers le dehors. En revanche, lire, c'est prendre la pensée de l'autre en soi. D'où l'idée de proposer de lire un passage recopié car l'apprenant reprend en lui quelque chose qui est en lui.

Cela est particulièrement vrai avec des enfants autistes, pour lesquels un texte provenant de l'autre, traduit la pensée de l'autre et peut être vécue comme une menace. Cette technique est utile pour apprendre à lire avec les enfants tout venants.

La pédopsychiatrie en immense danger

La création de CMP, hôpitaux de jour, également d'une région à l'autre, a favorisé la pédopsychiatrie hors les murs. Maintenant le secteur s'essouffle, on ne parle plus du sujet. Les secteurs ont perdu de leur place, quand on sait que le monde entier nous l'a envié ! Actuellement la demande faite, aux pédopsychiatres et spécialistes, est de réduire les symptômes dans un mouvement de culture de la rapidité et de culture de l'expertise, en négligeant l'unité de l'enfance et son environnement.

Sur fond d'ambiance néolibérale, l'INSERM a produit des expériences calamiteuses, en 2005 notamment celle sur le dépistage des délinquants à la crèche, d'où est né en réaction le mouvement « Pas de zéro de conduite ». En 2006, ce furent ensuite les « dys », soit la neurologisation pure des difficultés instrumentales, puis ce fut la comparaison entre les thérapies cognitivo - comportementales et les psychothérapies, comparaison tellement mauvaise sur le plan méthodologique que le ministère lui-même a demandé le retrait de cette étude du site officiel. Dans cette ambiance neurolo-gisante, B Golse rend ses lettres de noblesse à la psychopathologie « On se lasse de tout sauf de comprendre » (Virgile).

Com-prendre, c'est prendre ensemble. Prendre les deux branches de l'arbre ensemble, c'est le défi de la psychopathologie, et de ce point de vue, elle n'est en rien un concept démodé. Psychopathologie est un mot qui ne se prononce plus durant les études de médecine notamment. Il existe une psychopathologie de l'attachement, familiale ou systémique, une psychopathologie cognitive, plus récemment une psychopathologie développementale. Les Autistes ne souffrent pas seulement d'un trouble neuro-développemental, nécessité est de prendre en compte leur environnement.

Savoir comment se nouent ensemble les facteurs biologiques et externes, c'est tout l'enjeu de la psychopathologie.

Voir les tribunes dans Libération et Médiapart (05/11/18)).

Bernard Golse revient sur des clichés du moment qui sont une véritable langue de bois :

- « le bébé est une personne », non, « Le bébé est une personne en devenir ».
- « La personne avec autisme » sur le modèle de Georges Canguilhem qui disait : « Le bossu est une personne normale plus une bosse » afin de ne pas réduire le bossu à sa bosse, pour autant, dans le domaine des pathologies psychiques, le concept ne convient pas, dire « c'est un enfant normal autisme » ne convient pas car le fonctionnement autistique ne permet pas à l'enfant de se ressentir du dedans comme une personne à part entière. Même si, du dehors, nous devons - par anticipation - les considérer comme des personnes, comme des sujets.

« Les Dys » ou La neurologisation des difficultés instrumentales et de l'échec scolaire

On ne leur trouve aucune lésion spécifique. Les troubles dyspraxiques sont des symptômes avec une base de difficultés neuro-développementales ou de maturation neurologique.

Une Dys qui s'installe et se fixe, a un sens pour un enfant. C'est ainsi que se stabilise le symptôme, quand il a une « utilité », quand il prend un sens pour l'enfant et sa famille. Tout le monde ne peut pas être dyslexique, cela se joue dans l'entre deux.

Des progrès conséquents : L'évolution de la méthodologie est telle que les chercheurs peuvent sortir des méthodes quantitatives de mesure du résultat. Des publications sont désormais possibles dans de

grandes revues d'études, revues qui n'acceptaient jusqu'à maintenant que des travaux s'appuyant sur une méthodologie « pure et dure » quantitative et expérimentale. Le regard se défléchit vers le lien avec autrui. Sont observés à partir de plusieurs patients, les résultats sur le plan qualitatif. Cela renvoie à la « théorie ancrée » (Travail de Marie-Rose Moro).

Une vision neurologique nous dédouane trop de notre implication, de notre responsabilité dans les difficultés scolaires des enfants. Si les enseignants ne sont pas formés soigneusement à avoir un investissement du lien avec enfants qui soit une source de plaisir pour eux et pour l'enfant, toutes les neurosciences du monde n'y arriveront pas non plus ! Sous entendu... à lutter contre l'échec scolaire ! C'est la question du plaisir partagé, de l'empathie indispensable, et de la nécessité d'une formation pédagogique approfondie des enseignants, à la fois d'un point de vue neuropsychologique et d'un point de vue relationnel et affectif. On compte trois pédagogues importantes au XX^{ème} siècle : Emmi Pikler, Maria Montessori et Maria Torok. Selon ces trois expertes, tout enfant qui va bien a un mouvement pour apprendre par désir d'avaler, et le rôle du pédagogue est seulement d'aménager l'environnement, l'espace et les objets pour faciliter le désir d'apprendre sans contraintes de l'acquisition. (Niveau de la pulsion d'introjection).

L'IRM peut révéler que telle ou telle zone du cerveau empêche l'enfant de lire, ou se trouve être le lieu des dyspraxies, des dyscalculies, de la dysorthographe, il y aura toujours une place pour le dehors qui soutient l'enfant dans son « pourquoi j'apprends ? », soit dans son mouvement personnel endogène qui le pousse à la rencontre du monde extérieur. L'orateur cite en exemple la Finlande, un des rares pays au monde qui a choisi la pédagogie active Montessori comme méthode officielle d'enseignement.

Bernard Golse^(a), revu par **Françoise Duplex**
Psychiatre, Paris

(a) Pédiopsychiatre-Psychanalyste (Membre de l'Association Psychanalytique de France) / Ancien chef du service de Pédiopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5) / Inserm, U669, Paris, France / Université Paris-Sud et Université Paris Descartes, UMR-S0669, Paris, France / Membre titulaire du PCPP, EA 4056, Université Paris Descartes / Membre associé du CRPMS, EA 3522, Université Paris Diderot / Ancien Membre du Conseil Supérieur de l'Adoption (CSA) / Ancien Président du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) / Membre du Conseil Scientifique de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines alliées (SFPEADA) / Président de l'Association Pikler Loczy-France / Président de l'Association pour la Formation à la Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent (AFPPEA) / Président de l'Association CEREP/Phymentin / Président de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA) / Président de la CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes Autistes et membres associés)

En Conclusion

Dans nos sociétés occidentales, tout ce qui ne va pas dans le sens de la réussite scolaire pèse. Au nom de la culture ambiante

- **La culture de l'expertise** : D'aucun sait mieux que les parents ce qui est bon pour leur enfant, déniaient que ce sont les parents, les spécialistes de leur propre enfant.
- **La culture de la rapidité** disqualifie les rythmes propres de développement de chaque enfant. Des moyennes calculées, sont statistiquement vraies mais spécifiquement fausses pour chaque enfant qui a son style individuel de développement.

- **La culture du résultat** enfin, qui disqualifie les procédures d'apprentissage. On s'obsède sur le fait de savoir si l'enfant sait ou ne sait pas lire, compter etc. alors qu'il importe de connaître comment il arrive à savoir.

* * *

Bibliographie

Donal Meltzer Psychiatre psychanalyste Américain, du XX^{ème} *Les Structures sexuelles de la vie Psychique*, Paris, Payot, 1977

Morel Stanislas : « la médicalisation de l'échec scolaire. » 2014 Ed. la Dispute/SNÉDIT.Paris.

On dé-pense la psychiatrie

Comme de nombreux collègues, je réagis à la suite des propos tenus le 1^{er} avril dernier lors d'une interview par la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées. Ces propos ont été tempérés depuis, cependant ce discours prétendant invalider la légitimité des psychiatres à accueillir les enfants souffrant de troubles neuro-développementaux et à agir pour eux, ainsi que leurs familles, est surtout à considérer dans le contexte dans lequel il est produit.

Celui-ci est dominé par un simplisme des croyances qui influencent les fabricants de réglementations, inspirées à la va-vite par le scientisme ambiant ; conjointement à un laisser-aller au primat de l'économique à courte vue. Ce scientisme fait amplement prospérer la suggestion, c'est-à-dire l'inflation des egos, qui pourtant avait été bien débusquée au début du siècle précédent. Les formes en sont nombreuses, aux intitulés ronflants et prétendant à la « bienveillance », à la promotion de la personne « saine », etc. Mais après tout, peut-être la tentative (et aussi la tentation) d'intégrer à la pensée médicale psychiatrique cette avancée, consistant à faire une place à la subjectivation, était-elle une utopie ? Peut-être la médecine, même dans son orientation psychiatrique, n'est-elle pas la localisation ad hoc pour ce processus de la pensée ? À voir la progression de l'audience de la philosophie sur la scène médiatique au moment où la psychiatrie est rabattue vers une neurologie en quête de renouveau et une neuropsychologie en plein essor, je pense que l'on n'a pas affaire à une coïncidence hasardeuse. La souffrance psychique, refusée par la médecine, cherche accueil et reconnaissance auprès de qui accepte de l'entendre et de tenter de la comprendre.

Pourtant, il est probablement faux d'imaginer que les philosophes du 21^{ème} siècle deviendront des soignants, ce n'est pas leur fantasme dominant. De même pour les agents des religions de tout bord. La suppression de l'hystérie des références conceptuelles médicales actuelles, imposées aux médecins par des statisticiens financés par l'industrie pharmaceutique, n'a pas réduit la complexité des relations entre la pensée et le corps ; ce n'est pas le cas non plus pour la dimension psychosomatique des symptômes. Selon mon expérience de psychiatre généraliste en cabinet de ville, les personnes sensibilisées à cette dimension psychosomatique ont de plus en plus souvent tendance à s'éloigner de la médecine occidentale scientifique, quitte à être obligées d'y revenir en urgence lorsque les symptômes insistent ou deviennent insupportables.

De tout cela, il serait bon de débattre ouvertement, avec les décideurs orientant la pratique de la psychiatrie. Ils devraient d'ailleurs être plus prudents qu'ils ne le sont actuellement ; ils devraient prendre le temps d'observer les mouvements auxquels ils participent, imaginer leurs conséquences possibles, et repérer les significations que ceux-ci manifestent, car parmi ces significations, des invariants s'expriment. Je ne mentionnerai que deux exemples concernant la psychiatrie.

Le premier est celui de la ruine de la politique de secteur psychiatrique, en cours d'achèvement, qui a été organisée depuis des années avec constance malgré les nombreuses alertes lancées par tous les soignants en psychiatrie, dont les psychiatres ; maintenant que cette destruction est bien avancée, les pouvoirs publics font la promotion de nouvelles

professions¹ et de prétendument nouveaux modes de travail pluridisciplinaire qui, à terme, auront inévitablement des caractéristiques proches de celles utilisées en travail de secteur. L'invariant, dans ce cas, est la nécessité d'une pluralité des personnes disponibles pour prendre soin d'un humain en folie, c'est-à-dire le besoin d'une inventivité qui, le plus souvent, ne se manifeste que dans la rencontre de discours différents, voire hétérogènes ; l'expérience de soignant en psychiatrie nous apprend cela depuis très longtemps. Mais les nouvelles réglementations nous laisseront-elles le temps nécessaire pour faire sa place à la rencontre interhumaine et au temps d'élaboration pour chacun, y compris dans sa dimension d'après coup ? Les décisions administratives récentes nous font craindre le contraire.

Le deuxième, d'un autre niveau et qui a une grande influence sur les conceptions que se font certains de la psychiatrie, et par conséquent sur la pensée des malades qui nous consultent, est la place faite à la génétique dans la recherche d'explications pour les maladies mentales. Les avancées spectaculaires de cette discipline scientifique depuis les dernières décennies ont donné lieu à une conception déterministe rigide de certaines maladies mentales, sans preuve scientifiquement confirmée. Les discours de ses promoteurs ont souvent été, au début, triomphalistes, et ceux qui émettaient un questionnement, souvent traités de *has been* voire d'incompétents. Après l'échec de cette conception scientiste réductionniste, ont été inventées en complément celles qui ont le plus cours maintenant, l'épigénétique et son pendant, la plasticité neuronale : elles ont le grand avantage d'exprimer ce même invariant de l'inventivité, de l'adaptabilité humaines, aux conséquences encore imprévisibles à ce jour.

D'autres constantes nécessiteront toujours qu'on leur fasse une place en psychiatrie de terrain : l'accueil de l'angoisse, aux antipodes d'une tentative d'éradication ou d'une réponse à la demande d'en être débarrassé ; le besoin de narratif, au-delà du registre strictement communicationnel de la parole trop souvent pris comme unique référence ; la recherche et l'élaboration de la demande au-delà de la demande manifeste, en opposition à la démarche de simple suppression des symptômes.

Le contexte actuel, où le sensationnalisme est trop souvent le but recherché à court terme et le moyen utilisé pour empêcher de penser par soi-même, attaque et use la psychiatrie. Car ce ne sont pas seulement les

psychiatres (avec les autres soignants en psychiatrie) qui sont visés par ces décisions et ces propos. Au-delà de leurs personnes et de leurs fonctions, c'est la pensée à propos de la psychiatrie qui est attaquée. Or, nous le savons d'expérience, la pensée *sur* la psychiatrie fait partie de la pensée *de la* psychiatrie : atteindre, réduire cette part de la réflexion quant à notre pratique, élaborée dans une perspective d'invention issue de la pratique, stérilise la pensée elle-même. Nous avons besoin de ce temps de distanciation par rapport à notre objet de travail, pour continuer à agir efficacement et éthiquement.

La psychiatrie de terrain requiert du temps, de la durée : du temps de parole, d'écoute, d'élaboration, une répétition des rencontres, l'avancée du soin par l'ajustement progressif des représentations mentales de chacun. Un psychiatre soignant n'est pas un professionnel performant car il a bien garni sa boîte à outils, fussent-ils des applis performantes...

Une des premières déclarations, après sa récente nomination par la ministre de la Santé, du délégué ministériel à la Santé mentale et à la Psychiatrie, a été d'affirmer (probablement pour rassurer les soignants en psychiatrie !) qu'à la dimension biologique de la psychiatrie il fallait évidemment ajouter la dimension sociale... Il n'a pas été question spontanément dans son propos de la dimension psychologique, qui se voit donc, selon cette conception, éjectée du domaine de la psychiatrie. D'aucuns s'inquiètent d'ailleurs de la nomination à ce poste d'un « *médecin qui ne se dit même pas psychiatre mais « expert biomédical en psychiatrie, psychologie, neurosciences et comportement* »², attaché à l'association Fondamental, elle-même liée à l'Institut Moutagne.

Une telle tendance me semble aller à rebours de la progression d'une défiance à l'encontre des traitements médicamenteux produits par l'industrie pharmaceutique, que nous pouvons constater quotidiennement dans nos rencontres avec les malades et leurs familles. Un écart se creuse entre les directions choisies administrativement et ce que pensent les malades quant à leurs soins. Or, puisque (et bien heureusement !) le temps de l'autoritarisme paternaliste est révolu, nous accordons une grande importance à ce que pensent les patients, et à leurs choix. Nous allons donc peut-être manquer de leviers pour soulager la douleur et agir sur les organisations de vie des malades, et l'attribution du pouvoir de prescription d'actes et de possibilités de prise en charge par l'assurance-maladie, à d'autres professionnels que les psychiatres, ne va rien changer

(1) Notamment « *l'infirmier en pratique avancée* » pour qui je repère bien une extension du champ de compétence et d'exercice, mais sans comprendre de quelle « *avancée* », ni vers quoi, il s'agit.

(2) Communiqué du Printemps de la Psychiatrie, 11/04/2019, cernea.asso.fr.

sur le fond : il faudra toujours du temps pour penser au cas par cas. De plus, il n'est pas certain que ces professionnels souhaitent supporter les responsabilités (éthiques, légales, assurancielles) liées à ces pouvoirs. Le calcul d'une certaine rentabilisation maximale des structures et personnels de soins, en cherchant à réduire le plus possible le temps de contact entre les humains, entraîne de plus un déplacement vers d'autres structures et systèmes, non médicaux, qui n'est pas sans risque (charlatanisme, sectarisme, etc.).

Il faut redonner à l'hystérie la reconnaissance qu'elle mérite, dans la psychiatrie moderne !

La psychiatrie n'a pas besoin de nouveaux règlements ni de recommandations toujours plus compliquées, contraignantes, et chronophages, qui poussent au gaspillage de nos forces. Elle a besoin de temps pour penser, c'est le seul calcul qui vaille.

Olivier Brunschwig
Psychiatre, Paris

Les machins et les machines qui soignent... ou nous rendent malade

S'il faut redouter les machines, les robots, l'intelligence artificielle et les constructions virtuelles, il me semble que c'est d'abord contre les concepteurs et donneurs d'ordre qu'on doit lutter en refusant d'utiliser des systèmes qui tendent à détruire la qualité de la relation humaine.

Mais il est difficile d'identifier et de combattre ces systèmes kafkaïens car leur perversion est de se rendre incontournables sous couvert de progrès. Si on y parvient, c'est grâce à l'intelligence et à la résistance collective face à l'emprise du lien entre numérique et administration.

Les grands machins, entre collusion et subversion

La légitimité des systèmes-machins administratifs s'adosse à un argument imparable, l'intérêt général et le bien-être des individus. Nous sommes menés, tels des ânes bâtés, à ne pas réfléchir et à être manipulés par ces dispositifs et ces constructions aliénantes. Notre servitude est plus ou moins forcée selon notre capacité d'adaptation, c'est-à-dire selon le niveau d'acceptation à nous soumettre et à collaborer.

Les grands machins, l'histoire terrible des peuples a montré leur efficacité redoutable, de l'URSS à l'Albanie, de la Chine à la Corée du Nord et tous ces pays totalitaires qui chargent l'administration, la police et les services secrets du contrôle systématique de la population afin que toute ébauche de contestation soit repérée et aussitôt réprimée.

La sombre histoire de l'enfermement asilaire ajoutée aux désastres des guerres et des conflits sociaux ont obligé la psychiatrie à collaborer avec un appareil répressif qui fut longtemps appliqué sans discernement ni recours juridique, ni soin pour les internés. Il a bien fallu que ces internés trouvent le moyen de supporter leur condition, mais aussi de surmonter leur folie, ou

tout au moins d'en apaiser les effets douloureux. Ils ont dû inventer des dispositifs, des objets, des processus-machines pour résister et se soigner.

Poursuivis, captifs, fascinés

Mais autant il est facile d'identifier ces grands machins totalitaires, autant il est délicat de les repérer dans un système néolibéral où ils sont conçus pour le bien des personnes dans un intérêt politique et économique qui devrait, soi-disant, profiter à tous. Nous en sommes d'autant plus captifs qu'ils sont conçus pour être ludiques, attractifs, addictifs et narcissisants.

La fascination du virtuel ajoutée à l'obligation d'utiliser le numérique fait de nous des êtres connectés jusqu'à clore notre rapport concret au monde. Nous avons l'impression d'être augmentés par l'exo-cognition de l'intelligence artificielle mais en réalité, nous sommes diminués par cette dépendance qui entrave la capacité de penser, la possibilité d'expérimenter et d'exercer notre jugement critique. A terme, il n'y a plus ni choix ni libre-arbitre tout en ayant l'illusion d'une liberté. Ce jeu de dupe nous concerne tous à des degrés divers et dans les actes les plus basiques de la vie.

Bonnes pratiques et hautes recommandations

La santé, le soin, les soignants et les soignés n'échappent pas à ce jeu de dupe car ils doivent se conformer à des normes. Alors, que devient le choix thérapeutique dans nos pratiques psychiatriques qui se fondent sur un art de la rencontre comme opérateur du soin, quand les *recommandations* deviennent des obligations, quand *la bonne pratique* devient la seule pratique opposable, avec à la clé un risque juridique pour le soignant, quand *l'échelle d'évaluation* fait office de preuve diagnostic et dicte la thérapeutique, plus encore si l'arbre décisionnel n'a qu'une branche : un malade, un soin, un forfait ? *One world, one language*, celui de la norme et de la novlangue contre la singularité !

Que deviennent les soignants s'ils n'ont d'autre choix que de passer par la technologie numérique et ses logiciels dans la relation avec un patient, alors que ce machin se met entièrement au service d'un parcours de soin obligé ? D'autant plus que toute initiative qui voudrait utiliser le potentiel créatif du numérique est bloquée par la neutralisation du choix et par la traçabilité administrative de la traçabilité du soin... et du soignant.

Que devenons-nous lorsque la numérisation et le partage des données, qui bafouent le secret médical, deviennent prétexte à un contrôle individuel et collectif dans le but de standardiser les soins et d'en réduire les coûts, mais aussi leur dimension subversive ?

Pour l'illustrer, une métaphore de saison. Que diriez-vous si, choisissant une glace dans un distributeur automatique, vous vous trouviez face à un choix important de parfums mais à chaque fois que vous cliquez sur l'un d'eux, s'affiche qu'il n'est pas disponible, en y ajoutant un message répétitif « choisissez vanille » ? Même si vous n'aimez pas la vanille, ou plutôt le parfum insipide de ce signifiant orphelin, vous finirez par plier.

Quelques jours plus tard, vous renouvelez l'expérience. Quand vous introduisez votre carte bancaire, l'appareil indique « vous avez choisi vanille, merci de confirmer ». Mais plus question de cliquer sur les autres parfums qui apparaissent en grisé. Vous vous pliez et confirmez. Alors, la machine indique « 14 juin et 18 juin, vous avez choisi vanille : veuillez remplir le questionnaire ». Apparaît une liste de questions concernant votre état de santé et vos indicateurs pour ce choix. Ça se conclut par un questionnaire de satisfaction basé sur « vous avez aimé vanille ». Agacé, vous cochez NON mais la touche n'est pas valide. Vous décidez de ne pas répondre. La machine indique qu'elle ne peut pas délivrer la glace si le formulaire n'est pas complété. Vous partez, épuisé, révolté et sans votre glace. De même pour le patient qui ne sera pas soigné. Qu'importe s'il se suicide car il n'est pas entré dans la banque de données. Mais le soignant qui tient à son patient, que fait-il ?

Ça me rappelle une marchande de glace qui fut une excellente cothérapeute face à une enfant psychotique en situation d'expérience de vie dans un groupe thérapeutique que j'animais il y a bien longtemps. Je me rappelle notre patience et celle de la marchande face à l'impossibilité de choisir de l'enfant. Nous décrivions les parfums, leur histoire poétique tel un conte, et l'enfant de lancer un jubilaire fraise-pistache, puis déguster sa glace en nous regardant, sourire complice. Ce temps passé à ce soin, il faut en argumenter l'efficacité et l'économie évidente, pour elle, pour la société.

Comme ce soin décalé, des patients en souffrance inventent de drôles de machins et machines folles qui les soignent ou tentent de le faire, qui subvertissent les modèles de servitude et de contention, qui réhabilitent le désir contre une non-vie sans perspective apaisante.

Machines précaires contre la contrainte de la folie et de la contention asilaire

Ce qui caractérise ces machines et ces machins insolites, c'est d'être pensés, créés et produits à partir d'une folle conviction, mais après tout pas si folle, qui tente d'étayer et d'orchestrer une construction autonome et précaire. Pour apprécier ces machines, voyons les cocasseries des inventeurs débordants d'un imaginaire loufoque et inouï. Qu'il s'agisse d'inventions au concours Lépine ou de machines à tout faire, y compris à remonter le temps, faciliter la vie avec des systèmes complexes, des machines pour voler dont le fameux ornithoptère à ailes battantes, bref, des machines tout aussi délirantes que désirantes, qui agissent sur la vie, l'espace et le temps et qui témoignent de la créativité humaine. Dans ce domaine, les artistes ne sont pas en reste, par ex. la machine créée par Wim Delvoye, Cloaca, qui reproduit à échelle monumentale, la fabrique de merde d'un corps machinique.

Au passage, on doit distinguer différentes machines : 1) la création de mouvement, du chaos jusqu'à son organisation ; 2) la dynamique d'un processus psychique douloureux que l'inventeur tente de contrôler, 3) l'agir de transformation corporelle, mouvement de translation psychophysiologique ou sexuelle. Et distinguer ces machines d'objets créés : 1) construction d'un produit témoin ou miroir, 2) projection imaginaire pour un « objet dans la poche » (J. Oury), 3) fétiche type piège à cauchemar, ou doudou.

Les soignants et les artistes savent que *folle* ne signifie pas aberrante alors que pour les normopathes et les administrateurs, c'est ridicule et inutile - à la *trappe* comme criait le Père Ubu d'Alfred Jarry. C'est dire l'importance - l'art l'a prouvé face à toutes les formes d'oppression - de cet incongru-insolite-hétéroclite qui dynamite la bienpensance et peut faire tomber les murs et les frontières entre les êtres. Soit dit en passant, ces machines valent bien les fumeuses prospectives transhumanistes et leur délire d'éternité augmentée, valent aussi les projections mégalomaniaques pseudoscientifiques.

Quelques exemples :

Joseph Grebing : sa production pourrait sembler un modèle basique d'occupation du temps pour faire barrage à l'angoisse mais c'est plus compliqué et surtout, ce n'est pas aussi vain et répétitif que de presser à longueur de journée du plastique à bulles. Il y opère sa construction. Chaque fin de page d'une liste de chiffres, on trouve une rature qui signe l'échec autant que l'insistance à se relever sans renoncer. Grebing poursuit à l'infini sa tâche comme Sisyphé. Il se fait exister. Il se soigne, contrôle son angoisse. Il occupe aussi le temps infini de l'enfermement de la psychiatrie asilaire sans jamais bénéficier d'un traitement apaisant sa souffrance.

Avant de poursuivre, posons la question : Les constructions logiques sont-elles toutes psychotiques, comme l'affirmait Lacan ? Peut-être, mais alors, il nous faut différencier les machines paranoïaques qui neutralisent la vie, qui contraignent et asservissent, et les machines précaires que je présente, qui sont une ouverture au monde dans le but inconscient ou délibéré d'exprimer, d'exister, de conjurer, de construire, de réparer.

Heinrich Anton Müller : On le connaît par Jean Tinguely, qui s'en est inspiré. Tinguely a dédié une machine à Müller. À la différence des machines de Tinguely, il ne reste rien de celles de Müller, ni de cet homme interné à vie. Le travail d'archives d'Hans Prinzhorn a recensé les noms et l'histoire de ces patients asilaires créateurs. Il a collecté leurs œuvres qui étaient vouées à la destruction car considérées comme déchets au même titre que leurs inventeurs plongés dans l'oubli. Il faut dire que ces machines précaires en quête d'un mouvement perpétuel, c'était l'obsession vitale et délirante de Müller, étaient lubrifiées par ses secrétions et excréta. Tout cela était répugnant pour les gardiens d'asile qui les détruisaient. Sans compter que Müller les démontaient pour en réaliser d'autres sans jamais s'arrêter, usant de matériaux et de matières ramassées.

Heinrich Anton Müller est-il parvenu à être le maître du temps comme il le voulait ? Non, mais il a trouvé un compromis entre passer le temps infini de l'enfermement et son besoin de maîtriser la matière du temps et de son corps-et-âme. Ses machines sont des dispositifs de contre-influence, des appareils à contre-influencer qu'il tentait de dresser face à l'angoisse projective. Il s'est représenté à travers ses machines-vanités, précaires autant qu'il l'était lui-même.

Drôles de machines du scientisme neuropsychique

Face à ces machines précaires qui apportaient un soulagement aux internés livrés à leurs troubles psychiques, la psychiatrie a exploré sur un mode expérimental des machines plus ou moins barbares pour traiter les aliénés. On ne peut reprocher l'usage de techniques empiriques sachant l'absence de données scientifiques, mais le manque de respect à l'égard du malade qu'il fallait à tout prix calmer et faire taire en usant au besoin de maltraitance. Il ne s'agit pas de comparer ces mauvais traitements à ceux de la machine de Milgram pour aliénistes sadiques, mais de pointer l'absence de rencontre, de respect et d'attention pour ce que les malades exprimaient. Des humeurs biliaires à la possession démoniaque, il fallait ramener coûte que coûte l'aliéné dans le droit chemin. Plus tard, il s'est agi de ramener le malade à la raison grâce au traitement moral teinté d'une dose d'humanité, comparé à ce que le malade subissait avant.

Les avancées scientifiques et pseudoscientifiques ont imposé d'autres machines dont les résultats contestables et les effets délétères n'ont pas stoppé

l'audace faustienne de leurs concepteurs. Avec l'électrochoc, la stimulation magnétique transcrânienne et autres techniques de neuromodulation, assiste-t-on à un progrès thérapeutique ou à un voile de modernité technologique sur des pratiques discutables ? Certaines techniques d'immersion virtuelle comportementale ont de quoi effrayer.

Petite anecdote à propos d'un récalcitrant joyeux : à la fin de mes études, un ami m'a raconté ses remplacements chez un vieux médecin fier de lui expliquer ses pratiques folles mais sans danger, avec des machines-placebo, pour ne pas faire de mal à défaut de soigner et pour ne pas paraître has been face au progrès. Il utilisait entre autres un aspirateur dans une pièce noire, qu'il actionnait pour faire croire au patient qu'il lui faisait une radioscopie. Sa pratique était discutable mais il avait la réputation d'être un bon clinicien capable d'identifier des pathologies complexes à l'examen.

Peut-on comparer ces machines qui prétendent neutraliser ou soigner la folie, à celle qui s'emballe et détruit l'individu dans le film de Chaplin, *Les temps modernes* ou qui torture, telle la machine de la colonie pénitentiaire de Kafka, qui tue grâce à ses mille aiguilles inscrivant la faute présumée dans la chair du condamné. Dans le livre, la machine se disloque et tue l'inventeur-bourreau. Qu'en est-il des machines actuelles, sachant la politique concernant les malades mentaux ? On peut s'inquiéter pour *ceux qui ne valent rien*, et dont il faudrait se débarrasser.

Robert Gie : Nous savons que dire avec des mots est une part importante du soin avec nos patients, mais la part belle faite au langage nous fait oublier qu'exprimer en amont des mots, avec ou sans, est un recours utile dans les psychothérapies. L'audace créative du soin va révéler les langes matricielles du langage, entre mots, choses et formes. Pour Robert Gie et d'autres internés du XIX^{ème} jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, il s'agissait de se soigner dans la solitude de l'enfermement asilaire, de mettre en scène, en représentation, en dessin, en système-mouvement, en cosmogonie, leur univers halluciné, délirant, leur être pris dans l'angoisse psychotique insoutenable.

Robert Gie n'a pas eu d'autre choix car personne ne voulait ni ne pouvait entendre ses perceptions cénesthésiques hallucinatoires et ses représentations délirantes incongrues. Par son acte créatif, il a dû contenir son corps ouvert à un processus d'influence qui entraînait sa souffrance cénesthésique. C'est une sorte de protosublimation, ou pour reprendre l'idée de S. Le Poulichet, la tentative de créer un bord primordial afin que le processus primaire de séparation ne conduise plus à la catastrophe. Le diagramme et les fils en réseau de Gie unissent les espaces sensoriels du corps entre eux, et avec d'autres corps influents, et même avec le ciel et la terre. Il transcrit

le réseau tel qu'il le vit, l'éprouve et l'interprète face à ses perceptions intolérables qu'il décrit sous forme de courants pernicieux, de vibrations permanentes et de fluides toxiques qui le mettent en contact permanent avec la terre, les cerveaux et les corps.

August Natterer : À la différence de R. Gie qui transcrit son être traversé par un univers d'influence dévastatrice, Natterer construit un espace apaisant. La fonction de sa cosmogonie est de le protéger de l'envahissement de ses douleurs et du délire cénesthésique. Il se transforme, être en souffrance soumis à ses hallucinations, en un berger merveilleux. La mise en scène de domination sereine de Natterer lui permettait d'espérer un apaisement par le merveilleux de sa posture tel un dieu. En proie à l'efflorescence hallucinatoire de sa psychose, il lutte contre l'envahissement dont il est l'objet, et ce, grâce à ses représentations allégoriques. Quant à ses sensations insoutenables, je le cite : « on lui passe un balai dans la poitrine, sa peau est transformée en fourrure, ses os et sa gorge sont pétrifiés, un tronc d'arbre dans le ventre, son sang est de l'eau, des animaux lui sortent du nez. Il voit le diable sous la forme d'une colonne de feu. C'est lui l'Antéchrist, le vrai, il ne peut pas mourir, il n'a plus de cœur, son âme lui a été arrachée... » Mais : « C'est moi le berger, le bon berger, Dieu ! Les loups ce sont les allemands, mes ennemis. » Ce berger supporté par la femme et adossé au serpent regarde le monde avec un brin d'ironie. Il est planté à la cambrure du sexe féminin, enveloppé d'un serpent qui soutient son chapeau. Il occupe le terrain, laissant se dégager de sa représentation, une tranquillité communicative.

Folles théories de cliniciens : On peut rapprocher ces concepteurs fous de machines, des folles théories cliniques. Là encore, folle ne veut pas dire aberrante et peut produire un soin efficient :

Wilhelm Reich, l'énergie de ces bions et de son orgone, et la création de sa *machine accumulatrice d'orgone* censée soigner par radiations, y compris le cancer. Le dérapage délirant mégalomane de Reich ne l'a pas empêché de passer à la postérité grâce aux mouvements libertaires de libération libidinale, puis à de nombreux illuminés et gourous ou charlatans en quête de toute-puissance.

Victor Tausk, suicidé à 40 ans, a fondé le concept précieux d'identification projective et une théorie autour du délire d'influence. À partir de situations cliniques, Tausk a conceptualisé son appareil à influencer. Il étudia sa fonction et sa genèse dans la schizophrénie. Je cite : « L'appareil à influencer schizophrénique est une machine de nature mystique. Les malades ne peuvent en indiquer la structure que par allusion.

Il se compose de boîtes, manivelles, leviers, roues, boutons, fils... Les malades cultivés s'efforcent, à l'aide des connaissances techniques dont ils disposent, de deviner la composition de l'appareil. Au fur et à mesure que la diffusion des sciences techniques progresse, il s'avère que toutes les forces naturelles domestiquées par la technique sont mises à contribution pour expliquer le fonctionnement de cet appareil, mais toutes les interventions humaines ne suffisent pas à expliquer les actions remarquables de cette machine par laquelle les malades se sentent persécutés¹. »

Particularité de la psychiatrie, ces cliniciens conceptualisent ce qu'ils pressentent au contact des patients, ce qui n'est pas éloigné des inventions des fous qu'ils côtoient. Se soigner en les soignant, est-ce notre cas à tous dès lors qu'on refuse d'appliquer bêtement les théories, les prescriptions des maîtres ou des instances administratives.

Donc, posons la question : quelle différence entre la création d'une machine, d'un objet, d'un système, d'une cosmogonie par le patient en souffrance et la tentative de théorisation personnelle de ceux qui se confrontent à l'énigme du soin et aux enjeux transférentiels avec les patients ?

Allons plus loin : les pensée-systèmes, les machins et machines de très étranges soignants peuvent nous éclairer sur des articulations nouvelles entre le rationalisme morbide, l'automatisme mental et le délire d'influence ou d'interprétation. Cela nous permet aussi de se faire une idée du déroulé clinique entre l'identification projective et les flux de l'appareil à influencer.

Ces soignants-soignés ont pris le risque de se pencher au bord de leur être en abîme. Leur chute clinique, tôt ou tard inévitable et tragique, montre qu'ils n'avaient pas vraiment le choix et que leurs drôles de machines à soigner, pour être opérantes, n'en étaient pas moins vouées à s'égarer du côté de la folie. Mais il est utile de s'y attarder, ne serait-ce que pour approcher les notions de suppléance et de greffe dans la psychose, ne serait-ce aussi que pour la poésie de leurs folles théories soignantes.

François Klein est à mon avis le plus éclairant, le plus loufoque et le plus vrai dans ce qu'il transmet de la relation transférentielle avec un patient psychotique. Interne en psychiatrie, élève du professeur Henri Claude, sa trajectoire de soignant s'interrompt au moment de sa thèse qu'il publie malgré tout à compte d'auteur sous le titre sérieux : *Maladie mentale expérimentale et traitement des maladies mentales*. François Klein meurt au décours de la deuxième guerre mondiale et passe

(1) V. Tausk, *Œuvres psychanalytiques*, Paris, Payot, p. 179.

aux oubliettes jusqu'à ce que David F. Allen publie *Une folie psychiatrique*, incluant le texte de F. Klein et relie les mécanismes de sa folie au concept de rationalisme morbide. Le parcours et les propos de François Klein, psychiatre et psychotique, déroulent une logique implacable de transfert scopique sidérant et d'un soin fulgurant par ses injonctions pénétrantes. Il agit à partir d'un raisonnement tautologique et d'extrapolations de sa logique paradoxale, qui correspond à une forme très structurée de rationalisme morbide. Klein est convaincu de l'efficacité fulgurante et de la vérité de son effet thérapeutique par son « regard et sa voix mentaux-corticaux ».

Raymond Roussel ou l'autogénèse poétique : Quittons les soignants pour rejoindre un instant les poètes et artistes dont le processus et l'acte de création s'inscrivent dans la zone incertaine et dangereuse entre souffrance et création, entre génie et folie. Raymond Roussel a lui-même révélé qu'il était patient du Pr Pierre Janet en incluant le cas clinique de Martial dans son livre *Comment j'ai écrit certains de mes livres*. Janet avait très tôt rencontré R. Roussel lors d'un accès d'excitation poétique d'allure maniaque, et d'impact mégalomane. Il en évoque le cas clinique dans le livre *De l'angoisse à l'extase*. Janet pointe le caractère passionnel de la construction poétique abstraite de R. Roussel. L'élaboration de correspondances sophistiquées relève d'une logique tautologique et d'équivalence polysémique pour en extraire la poésie. Roussel avait la conviction que le public ne pouvait que l'aduler. Ce ne fut pas le cas, mais des artistes en recherche, tel Marcel Duchamp qui élaborait son *Grand verre* à partir du livre de Roussel *Impressions d'Afrique*, ont mesuré l'importance de cette abstraction poétique et de son interprétation du lien entre forme et figure.

Antonin Artaud, son parcours poétique et chaotique, l'enfermement asilaire à Ville-Evrard, puis l'allègement à Rodez grâce à l'attention du Dr Gaston Ferdière. Les défis poétiques d'Artaud, qu'ils concernent le théâtre, le rapport au corps et à l'âme ou la spiritualité, sont empreints d'angoisse et d'une révolte incommensurable. Je cite : « Il y a une angoisse acide et trouble, aussi puissante qu'un couteau, et dont l'écartèlement a le poids de la terre, une angoisse en éclairs, en ponctuation de gouffres, serrés et pressés comme des punaises, comme une sorte de vermine dure et dont tous les mouvements sont figés, une angoisse où l'esprit s'étrangle et se coupe lui-même, se tue. Elle ne consume rien qui ne lui appartienne, elle naît de sa propre asphyxie. Elle est une congélation de la moelle, une absence de feu mental, un manque de circulation de la vie². »

« Ce que vous avez pris pour mes œuvres n'étaient que les déchets de moi-même, ces raclures de l'âme que l'homme normal n'accueille pas. Que mon mal depuis lors ait reculé ou avancé, la question pour moi n'est pas là, elle est dans la douleur et la sidération persistante de mon esprit.³ » « Voilà longtemps que je ne commande plus à mon esprit, et que mon inconscient tout entier me commande avec des impulsions qui viennent du fond de mes rages nerveuses et du tourbillonnement de mon sang. »

Le corps libéré de l'organe, le signifiant libre de signifier : Le défi existentiel d'Artaud est devenu machine poétique et rythmique qui tente de neutraliser le corps souffrant et la jouissance charnelle. Le corps-machine est un corps pur, dégagé des contingences vitales, donc du chaos lié au surgissement des raclures de l'âme. Je le cite : « L'homme est malade parce qu'il est mal construit. Il faut se décider à le mettre à nu pour lui gratter cet animalcule qui le démange mortellement, dieu, et avec dieu ses organes car liez-moi si vous le voulez mais il n'y a rien de plus inutile qu'un organe. Lorsque vous lui aurez fait un corps sans organes vous l'aurez délivré de tous ses automatismes et rendu à sa véritable liberté. Alors vous lui réapprendrez à danser. »

Dérive match-inique du soin

Comme le titrait Goya, « le sommeil de la raison engendre des monstres », donc quelques hypothèses de plus en plus actuelles et réalistes. Tout d'abord celle d'*espace global de travail conscient* : si une multitude de circuits élabore des représentations mentales inconscientes où interviennent les flux de mémoire et de perception, il existe un opérateur structurant dans notre réseau neuronal interconnecté qui priorise et rend éligible un des contenus pour permettre son accès à la conscience, nécessité pour la circonstance (situation, épreuve, pensée). Les autres représentations butent car c'est la seule porte vers l'espace de travail conscient. Le dysfonctionnement de ce modèle peut éclairer les symptômes schizophréniques (dissociation, déréalisation, dépersonnalisation, discordance, fading). Pourrait-elle aider à modéliser des actions thérapeutiques ? C'est une prospective de la nouvelle neuropsychiatrie qui rencontre le succès auprès des jeunes psys. Si le psychiatre incite le patient à se focaliser sur des motions non-élues, qui pourtant sont importantes dans le psychisme et le recours créatif de l'individu pour se (le) soigner, alors serait-il possible de structurer son attention et d'adapter le cours de sa pensée à la réalité de l'environnement ? Bien sûr,

(2) Antonin Artaud, *L'Ombilic des Limbes*, in *Quarto op. cité*, p. 117.

(3) Antonin Artaud, *Le pèse-nerfs*, in *Quarto op. cité*, p. 163.

ce n'est qu'une vue partielle de la problématique de la psychose, mais c'est une piste qui peut justifier certaines approches cognitives.

À l'opposé, les intrus numériques : et là, si ce n'était pathétique, on pourrait le rapprocher d'une comédie de boulevard où les portes claquent, les quiproquos et les chausse-trappes se multiplient. Si un intrus numérique type immersion massive dans les jeux virtuels, permet à des algorithmes et à un imaginaire préfabriqué de s'imposer, de prendre le contrôle d'accès de l'espace de travail conscient, les représentations éligibles ne seront plus celles de l'être mais celles que la machine va imposer. Il s'agit d'une occupation neuropsychique systémique, donc d'une désappropriation subjective. Si les représentations psychiques de l'être ne sont pas effacées, elles sont neutralisées, sidérées, avec le risque d'agir comme l'appareil à influencer, d'où le risque de décompensation d'allure psychotique.

On peut aller jusqu'au formatage humanoïde du schéma thérapeutique sans choix ni libre-arbitre. Et ce formatage de l'espace de travail conscient n'est plus de la science-fiction. Pour l'appréhender, il faut comprendre le glissement de l'intelligence artificielle vers la conscience artificielle. C'est déjà là avec la remédiation cognitive, les programmes de soins algorithmiques, la rééducation en immersion virtuelle par les techniciens des approches cognitivo-comportementales. Que devient le soignant si le soin programmé est la seule voie ?

Thierry Delcourt
Psychiatre, Reims

Bibliographie

Artaud A. *Le Pèse-nerfs*, in *Œuvres complètes*. Paris : Gallimard, « Quarto », 2004.

Camus A., *Le mythe de Sisyphe*, Gallimard, Folio, dernière édition 2016

Clair J., *La barbarie ordinaire Music à Dachau*, Gallimard, 2001

Dehaene S., *Le code de la conscience*, Paris : Odile Jacob, 2014

Delcourt Th., *Créer pour vivre, Vivre pour créer*, 2013, L'Âge d'Homme - La folie de l'artiste, Max Milo, 2018

Ey H., *La psychiatrie devant le surréalisme*, Cahiers Henri Ey N° 13-14, Fondation Henri Ey.

Fedida P., *Les bienfaits de la dépression*, Odile Jacob, 2001

Hulak F., (sous la dir.), *Pensée psychotique et création de systèmes*, Eres, 2003

Janet P., *De l'angoisse à l'extase. Études sur les croyances et les sentiments*. Paris, Alcan. Vol. 1 : Un délire religieux. La croyance, 1926. Vol. II : Les sentiments fondamentaux, 1928

Kafka F., *La colonie pénitentiaire*, poche, éd originale, 1919

Klein F., Allen D.F., *Une folie psychiatrique*, Les empêcheurs de penser en rond, 1998

Le Poulichet S., *L'art du danger*, Anthropos, 1996.

Lytard J.F., *Discours, Figure*, Klincksieck, 2002

Maldiney H., *Art et existence*, Klincksieck 1985 - Regard Parole Espace, L'Age d'Homme, 1973.

Müller H.A., (1869-1930), Deutsche Bibliothek, 1994

Oury J., *Création et schizophrénie*, Galilée, 1989.

Pankow G., *L'homme et sa psychose*, Paris : Flammarion, 1969

Porret-Forel J., *Aloïse*, coll. de l'art brut, 1989 - La voleuse de mappemonde, Zoé, 2004.

Prinzhorn F., *Expressions de la folie*, Gallimard, 1984

Roussel R., *Comment j'ai écrit certains de mes livres*, Gallimard, coll. L'imaginaire, 2000.

Tausk, V., *L'appareil à influencer*, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2010

« Penser le choix du libéral »... ou l'illusion de Liberté ?

Ce texte fait suite à mon intervention à la Journée de Printemps 2018 de l'AFPEP à Reims, après avoir quitté le système public hospitalier, m'être installée en libéral ; ce mouvement aura résulté d'un ensemble de réflexions dont je voudrais ici faire état - enrichi de ce qu'a produit cette décision et cette mise en œuvre.

Marquer un temps d'arrêt, un de ces moments « carrefour ». Un moment où s'est arrêtée la course effrénée des consultations hospitalières enchaînées.

Un moment de vie comme carrefour des pos-sibles : à la fois un moment de pensée et un moment où se mêlent imaginaire et réalité. Un moment d'arrêt, où se sont questionnés ce que je voulais encore ou différemment, et ce que je ne voulais plus. Et plus loin, encore : où était mon désir d'aller, celui qui m'a fait avancer dans cette voie de la psychiatrie et qui aujourd'hui s'était comme épuisé à continuer à réchauffer des endroits mécanisés et froids ?

Pensée amoindrie par les obligations, l'administration, la culture de ce qu'il faut dire et surtout de ce qu'il faut taire. La culture ? Ou obtenir un poste ?

D'abord sentir : douleurs, maux (mots ?) épreuve dans le corps des rigidités alentours, de la surdité et de l'indifférence d'autrui. Notion d'équipe ? Individualité. Solitude.

Retrouvailles avec un sentiment d'exister : préserver d'urgence l'idée du choix : imaginer autre chose. L'esprit alourdi, embrumé. « Penser » : exercer son esprit, mettre en œuvre sa conscience.

Condillac : « *Le mot pensée comprend dans son acception toutes les facultés de l'entendement et toutes celles de la volonté. Car penser, c'est sentir, donner son attention, comparer, juger, réfléchir, imaginer, raisonner, désirer, avoir des passions, espérer, craindre.* » Toutes ces choses qui se sont finalement gelées le temps passant.

Jankelevitch : « *(Descartes) produisit une grande sensation en appelant de toutes les vérités reçues à l'examen de la réflexion, on admira ses axiomes : je pense donc j'existe, donc j'ai un créateur. Par la pensée nous prenons la conscience de l'être mais inversement il faut déjà exister pour penser.* » Il paraît que Descartes, contemporain de Spinoza, écrivit sur la dualité du corps et de l'esprit sous la pression de l'église... où ai-je lu cela ? Rendez-vous compte... l'impact jusqu'à aujourd'hui d'une telle pensée instituée comme axiome... la dualité des neurosciences et du psychique instaurée comme pensée unique ?

Ensuite, le libéral : qu'est-ce que le libéral et son articulation avec la liberté ? Le libéral – je me saisis et reprends là quelques définitions du CNTRL « est ce qui ne rencontre pas ou qui n'impose pas de contrainte, de limites, en particulier concernant les Arts libéraux. Une carrière libérale est une carrière qui demande, dans son exercice, une totale indépendance, en particulier vis à vis d'un intérêt, d'un contrat ou d'une autorité. Une profession libérale est celle qui s'exerce (celui qui exerce son métier) dans une totale indépendance, refusant toute ingérence de l'Etat et n'acceptant éventuellement qu'un contrôle limité d'une organisation professionnelle propre. Le mot libéral évoque également une personne ou son attitude qui donne avec largesse ou qui manifeste de la générosité. »

Dans l'ensemble de ces définitions, du libéral et de la profession libérale, se retrouvent, il me semble, les impératifs fondamentaux mêmes de l'exercice de la médecine en général, sans même parler du salariat ou de l'installation en libéral, en particulier.

Dans une deuxième acception, « le libéral est ce qui n'impose pas ou qui n'accepte pas que soient imposées par autrui certaines contraintes. » Et sur le plan moral : « qui respecte la liberté d'autrui essentiellement sa liberté de choix (ses idées, ses croyances, ses actes). »

Le libéralisme, lui, évoque le fait pour une personne d'exercer son métier à titre libéral, l'attitude ou le comportement libéral, et dans un sens vieilli : l'indépendance d'esprit en particulier à l'égard des dogmes religieux. Ou de tout dogmatisme d'ailleurs.

Je m'interrogeais sur la route qui m'avait emmenée si loin de l'art d'exercer la médecine, puis la psychothérapie. Sans parler de la psychanalyse, que j'avais laissée choir sans même m'en apercevoir.

Je reprenais : « sur le plan moral, le libéralisme est défini par une attitude de respect à l'égard de l'indépendance d'autrui, de tolérance à l'égard de ses idées, de ses croyances, de ses actes. Sur le plan politique ou socio-économique il s'agit de l'attitude ou de la doctrine favorable à l'extension des libertés et en particulier à celle de la liberté politique et de la liberté de pensée, en particulier de l'ensemble des doctrines politiques fondées sur la garantie des droits individuels contre l'autorité arbitraire d'un gouvernement ou contre la pression de groupes particuliers. »

Le mot arbitraire revêt ici toute son importance au vu des différentes politiques de santé publiques et de leur financement des dernières années.

Ces politiques imposent les formes de soin et leurs pratiques aux médecins en échange du financement des services dans lesquels ils travaillent. Ils instaurent d'une dette à jamais remboursable ou à rembourser consécutives aux seules dépenses des médecins. Il ne s'agit pas de payer des personnes pour ce qu'ils tentent avec chaque patient de libération du joug, du poids de leurs contraintes, de leurs répétitions du même, de leurs asservissements. Il s'agit seulement de prononcer le mot : neurologique, biologique. Handicap. Evacuation de tout jeu de liberté. Asservissement.

On y a substitué une dépense généralisée instaurée sous forme de loi. Désormais les exercices se feraient de manière automatiques, protocolisés, sous forme de parcours pré-établis et d'autoroutes dont personne ne pourrait sortir, sauf à en subir des rétorsions.

A mon secours Peter Sloterdijk avec une forme d'éveil du vivant - en soi - où la distinction éthique est devenue active à l'instant même où la répétition avait perdu son innocence : « *Ce que l'on appelle Liberté dans les philosophies ultérieures, se manifeste au commencement dans l'acte par lequel les dissidents s'insurgent contre la domination de la mécanique interne et externe. En mettant à distance tout le domaine des passions incarnées, des habitudes acquises, des opinions reprises et sédiments, ils créent de l'espace pour une métamorphose globale. (...) Le pire qui puisse arriver à l'homme c'est d'être possédé non par les démons mais par les automatismes. Ce ne sont pas de mauvais esprits qui le mettent à l'épreuve, ce sont des routines, des inerties qui le plaquent au sol et le déforment. Ce qui perturbe la raison, ce ne*

sont pas les erreurs fortuites et les fautes de perception occasionnelles : c'est l'éternel retour des clichés qui rendent impossibles la perception vraie et la perception libre.(...) L'existence dans la distinction éthique commence par la destruction de la phraséologie, elle débouche inévitablement sur l'abolition des caractères. Laisser transparaître la caricature qu'ils auraient pu devenir est un élément de charme des hommes libres. »

Plus court de Charles Péguy « Il y a quelque chose de pire que d'avoir une mauvaise pensée. C'est d'avoir une pensée toute faite. [...] Il y a quelque chose de pire que d'avoir une âme même perverse. C'est d'avoir une âme habituée » (Notes conjointes sur Descartes et la philosophie cartésienne).

L'ensemble s'éclaire de l'intrication de ces trois mots : choix, penser, libéral, les uns avec les autres, l'un n'allant pas sans l'autre. Dans le champ de la psychanalyse où nous serions déterminés par des forces intérieures/internes qui nous dépassent, il me semble que penser serait déjà prendre conscience, que ce choix-là nous pouvons le faire : celui d'être présent vivant et de rendre conscient ce qui est obscur. Ainsi la liberté n'est plus une illusion.

Dans un domaine où, en principe, il nous incombe de penser ce que l'on s'efforce d'entendre en tant que professionnel de la vie psychique, de l'archaïque en particulier, puis de l'infantile qui se rejoue dans le transfert, nous est demandé, relayé par les différentes chefferies administrativo-médicales qui sont autant de diffractions auxquelles on essaie d'adresser un message, de surtout agir, réagir, faire du chiffre et de rendre tout ça calme, efficient et lisse. Quitte à s'anesthésier psychiquement, et à s'enfermer dans des rôles.

En face, nous voyons les symptômes des enfants, des familles, des adultes, en souffrance. Ils viennent et les présentent à un environnement on ne peut moins contenant. Dans un chaos du maternel non symbolisé et se refusant de le devenir, on se perd et on perd pied. Avec le refus, dans la suite, des pouvoirs publics, de reconnaître une valeur au psychique, à la singularité, insuffisamment rentable, il se trouve qu'aujourd'hui la carence du symbolique sévit à l'endroit même où il se devrait qu'on le soigne. Peut-être certains endroits de la psychiatrie, de la psychologie, et de la psychanalyse entre autres ont pu être à l'origine également de ces difficultés, en raison d'un certain dogmatisme aveugle à la clinique. Ces rigidités ont permis de donner trop de prise à l'administratif qui s'est employé à re-définir le contenu de ces soins.

Très curieusement, et par un effet de paradoxe, je m'attendais à trouver, grâce au système dit « hospitalier », les meilleures conditions d'accueil de la souffrance psychique ; or c'est dans l'exercice en libéral, que je crois pouvoir encore penser, à un choix, vers la liberté, et espérer créer des conditions d'accueil des patients suffisamment sécurisantes, originales, sur mesure, favorables à un travail psychique pour un patient et pour un soignant. Ainsi, le choix du libéral fut une manière pour moi de me rendre libre, de vivre et de penser, pour essayer d'en offrir les clés, ensuite, aux personnes venant consulter.

Et transmettre... Est-ce une illusion ?

Adeline Metten
Psychiatre, Reims

L'intelligence artificielle

Seule une allégorie couvrant une période de deux siècles peut nous faire saisir les mutations prodigieuses que l'intelligence artificielle va nous faire subir en quelques générations, risquant de nous faire passer de l'Anthropocène au Robotocène, sommet de l'évolution et de la sélection plus ou moins naturelle où, pour la première fois, l'espèce dominante aura créé elle-même et en un temps record l'espèce « vivante » qui lui succèdera à ce poste et supprimé une chaîne alimentaire devenue obsolète. Rappelons-nous : le 8 septembre 1940, Marcel Ravidat et son chien robot découvrent l'entrée de la grotte de Lascaux, ornée de peintures rupestres datant de 17000 ans. Projetons-nous maintenant dans un avenir pas vraiment meilleur : le 8 septembre 2140, au début de la saison des pluies, un animal humain cloné et génétiquement modifié (dopé en protéine ATM de réparation de l'ADN, donc radio-insensible) et son chien-robot connecté découvrent l'entrée de la grotte de Bure dans l'Est du Grand Paris, ornée de « têtes de mort » et de graffiti en vieux français « vache irradiée = lait radieux » datant de cent ans à peine. Cette dystopie annoncée, presque pas caricaturée, se manifeste déjà pour nous, pauvres psychiatres, avec le portail Chorus dont on dit qu'il a fait renoncer quelques experts, classés définitivement comme des fossiles vivants, après avoir tenté en vain de communiquer avec l'assistante virtuelle ClaudIA pour saisir leurs mémoires de frais de justice.

Définitions

Un algorithme (du nom du mathématicien perse du 9^e siècle Al-Khwārizmī) est un processus cognitif artificiel qui en informatique permet de repérer vos goûts de connexion, de traduire une langue ou de conduire une voiture autonome.

L'intelligence artificielle (I.A.) simule l'intelligence humaine (I.H.) en utilisant des algorithmes, elle est faible quand elle reproduit les tâches dévolues ou déléguées à notre inconscient, elle sera forte quand elle prendra conscience d'elle-même.

L'apprentissage profond (*deep learning*) traite les métadonnées (*big data*) avec des réseaux neuronaux (*neural network*) qui analysent les images et les données, les classent et les comparent, font ressortir des traits caractéristiques ou des formes récurrentes (*patterns*), apprennent à reconnaître des visages ou des objets, il est supervisé (données associées à une information recherchée) ou non (données brutes, boîte noire).

Le réseau neuronal simule (par biomimétisme) le cortex cérébral (6 couches + colonnes) avec des couches de neurones artificiels (*layers*) reliées entre elles par des

synapses artificielles, des couches plus nombreuses que dans le cortex et une fonction de rétro-propagation (*backprop*) de l'erreur pour l'apprentissage (*machine learning*), pour former à terme un processeur spécialisé pour l'I.A. comme le Graphics Processing Unit (Nvidia), l'Intelligent Processing Unit (Graphcore) ou le Tensor Processing Unit (Google).

La singularité technologique est le temps de plus en plus proche où l'IA devrait dépasser l'I.H. et être à l'origine d'un Big Bang de l'I.A. à travers la galaxie (principe robotique cosmologique).

Intérêt général

Les codes sources s'invitent dans le code pénal : police prédictive, logiciel AnaCrim de la gendarmerie pour rouvrir des *cold cases* comme l'affaire Grégory, aide à la décision de justice, prédiction du risque terroriste à travers les signaux faibles (Sinequa, Palantir).

Le commandement militaire utilise des systèmes d'aide à la décision, des drones de plus en plus sophistiqués tel le Neuron (Dassault) et envisage des armes autonomes, économes en vies de soldats.

La NSA utilise les algorithmes d'apprentissage automatique (Skynet) contre les terroristes en analysant par exemple 80 caractéristiques de 55 millions de mobiles pakistanais pour désigner des cibles (0,008% de faux positifs) qui seront éliminées (près de 4000 au Pakistan et 3000 en Afghanistan depuis 2004) par des attaques de drones Predator téléguidés sur les mobiles ciblés.

Les robots domestiques aident le-la ménagère (écriture inclusive) dans des tâches répétitives fastidieuses et optimisent la consommation électrique.

L'I.A. a amélioré la conception, le réalisme et la réactivité des jeux vidéo (mais elle a accru les addictions à ces mêmes jeux).

IBM Watson for Oncology, Genomics and Clinical Trial Matching pratique l'aide à la prescription, notamment dans le traitement personnalisé du cancer en fonction du séquençage ADN des tumeurs, Watson Healthcare apporte une aide à la prescription au médecin généraliste.

La voiture autonome, qui ne boit pas d'alcool et ne s'endort pas au volant, réduira le nombre de morts sur les routes en respectant les limitations de vitesse, les radars deviendront inutiles, les bouchons disparaîtront (comme chez les fourmis), mais les voitures rouleront et pollueront la nuit (car le « conducteur » dormira dans sa voiture).

L'inconscient est un robot naturel

Le pilote automatique : nous délégons de nombreuses tâches, par paresse ou économie, à l'inconscient (respiration, marche, conduite automobile, orientation dans l'espace, recherche d'un souvenir) qui agit comme une I.A. supervisée.

Les obsessionnels (au surmoi inexorable) ont cependant beaucoup de mal à déléguer et s'épuisent dans un contrôle tatillon de leur inconscient, qui les empêche de se consacrer à des tâches supérieures à plus grande valeur ajoutée.

Le maniaque au contraire utilise massivement son inconscient, car sa conscience est débordée par l'hypermnésie, la tachypsychie et la fuite des idées, caractéristiques qui lui permettent d'assimiler et de traiter quantité de données comme une intelligence artificielle.

Les réflexes sont vitaux en cas de situation d'urgence et entièrement gérés par l'inconscient, qui agit alors comme une I.A. non supervisée avec sa propre boîte noire.

La gestion du chaos doit être confiée à l'inconscient qui est seul capable de trouver de l'ordre dans le chaos à vitesse réelle et sait gérer naturellement le *big data*.

Pendant le sommeil nocturne, l'inconscient travaille comme une I.A., traitant automatiquement et sans effort les données perçues la veille (à l'état de veille) et livrant une conception synthétique au réveil, d'où l'intérêt d'apprendre ses leçons le soir avant de s'endormir.

Le sommeil paradoxal joue un rôle particulier en mettant en scène, dans une animation vidéo, les données perçues à l'état de veille et livre grâce à un message d'alerte une conception en 3D, comme Kékulé découvrant la structure cyclique du benzène suite au rêve d'un serpent se mordant la queue.

L'autiste savant, dont l'instinct aquatique refuse d'investir la parole parce qu'elle est aérienne (théorie anthropique), libère beaucoup d'espace cortical pour des tâches automatiques et inconscientes (calcul mental, mémoire instrumentale).

Qu'est-ce que la conscience ?

La conscience réflexive est un miroir du passé (mémoire épisodique), du présent (miroir au sens propre), du futur (anticipation, éventuellement péjorative) et de l'au-delà (angoisse existentielle).

La conscience est un faisceau dirigé (attention) qui balaye le champ de l'inconscient, elle est monotâche alors que l'inconscient est multitâche.

Les neurones mono-aminergiques, si importants qualitativement puisqu'ils libèrent la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine, ne représentent quantitativement que moins de 1% des cent milliards de neurones du cerveau humain, ces neurones dits neuro-modulateurs ralentissent le message de tous les autres jusqu'à des temps supérieurs à 300-400 millisecondes et permettent de prendre conscience des processus en cours (d'après le neurobiologie Jean-Paul Tassin).

Les autres neurones, c'est-à-dire la masse des neurones GABAergiques et glutamatergiques, traitent l'information sur un mode rapide, de type analogique, pendant des temps de l'ordre de 50 à 100 millisecondes qui échappent à la conscience, ce qui nous montre à quel point l'essentiel du travail cérébral (99 %) est inconscient.

Pour prendre conscience, il faut passer de ce traitement analogique rapide et automatique à un traitement cognitif lent et volontaire, c'est ce ralentissement effectué par le système sérotoninergique, qui diminue le rapport signal sur bruit et protège le cerveau des événements extérieurs, et par le système dopaminergique qui donne un sens au signal et crée une hiérarchie entre les zones corticales et sous-corticales, qui va permettre la concentration (par rapport au milieu extérieur) et la focalisation de l'attention (à l'intérieur du système nerveux central).

Frise historique (1) : au début, tout allait bien

Big Bang : principe anthropique cosmologique (Carter).

Ère tertiaire : principe anthropique local (Méric).

Anthropocène : passage de l'évolution biologique à l'évolution culturelle.

- 850 : Homère décrit les portes automatiques d'Héphaïstos dans l'Illiade.

1738 : Vaucanson construit un canard automate.

1811 : Le métier à tisser est à l'origine de la révolte des Luddites de Nottingham, en plein blocus napoléonien.

1831 : Le métier Jacquard à cartes perforées est à l'origine de la révolte des Canuts de Lyon.

1921 : Capek invente le mot robot, du tchèque robota (travail forcé), naissance du principe robotique local.

1944 : Flowers décrypte la machine allemande Enigma avec le 1^{er} ordinateur à lampes Colossus et permet à Eisenhower le débarquement de Normandie.

1950 : Turing propose un test pour déterminer si un ordinateur est conscient.

1956 : McCarthy invente le terme d'intelligence artificielle, qui sera décliné en I.A. faible et en I.A. forte (ou consciente).

1974 : Werbos décrit l'algorithme de la rétropropagation dans sa thèse à Harvard.

Frise historique (2) : puis, tout s'accélère

1986 : Hinton utilise la rétropropagation du gradient de l'erreur pour entraîner un réseau de neurones multicouches ou *Multi Layer Perceptron* (MLP), où les neurones d'une couche sont reliés à la totalité des neurones des couches adjacentes. Le Français LeCun a l'idée d'utiliser la rétropropagation pour entraîner un réseau de neurones convolutifs ou *Convolutional Neural Network* (CNN) inspiré du cortex visuel, où le nombre de connexions entre un neurone et ceux des couches adjacentes est limité et remplacé par des tuiles (champ récepteur) qui se chevauchent et des filtres de *pooling* (image intermédiaire), ce qui diminue drastiquement le nombre de paramètres à apprendre, donc la mémoire et le calcul.

1996 : LeCun crée un réseau neuronal (LeNet-5) capable de lire les chiffres manuscrits (donc les chèques) qui est déployé au Crédit Mutuel de Bretagne.

1997 : Le réseau de neurones récurrents à mémoire court-terme et long-terme ou *Long Short-Term Memory* (LSTM) répond au problème de disparition du gradient (incapacité à mémoriser des événements passés).

1997 : Deep Blue (IBM) bat le champion du monde Garry Kasparov aux échecs.

2011 : Watson (IBM) bat les meilleurs joueurs américains, dont le champion du monde Ken Jennings, au jeu télévisé *Jeopardy !*

2014 : Le réseau de neurones récurrents à portes ou *Gated Recurrent Unit* (GRU) requiert moins de paramètres à apprendre qu'une unité LSTM.

2016 : AlphaGo (*Google DeepMind*) bat le maître coréen du jeu de go Lee Sedol, puis le champion du monde Ke Jie en 2017, puis ne jouera plus que contre lui-même.

2014-2018 : Les processeurs neuromorphiques True North (IBM) et Loihi (Intel), avec leurs 130 à 268 millions de synapses en silicium, fusionnent calcul et mémoire, ce qui rend les opérations un million de fois plus rapides et mille fois moins énergivores.

2017 : Intel passe le *deep learning du cloud computing* à l'*edge computing* avec sa clé USB contenant le *Neural Compute Stick* équipé du processeur Movidius.

2018 : Une I.A. apprend à conduire une voiture autonome par le *renforcement learning* (Wayve) sans *big data* ni profusion de capteurs, mais avec l'aide d'un humain.

2019 : AlphaStar (*Google DeepMind*) bat 5 à 0 l'un des meilleurs joueurs professionnels au monde de StarCraft II Grzegorz Komincz, de l'équipe *Team Liquid*.

Le sens de l'évolution

Au début était la lumière, puis l'œil, puis la rétine, puis le nerf optique, puis le cortex occipital qui analyse l'image à l'aide de plusieurs couches de neurones

reliés entre eux, mais pas en totalité pour permettre au cerveau de calculer une représentation interne en temps réel.

Le cortex occipital est devenu par auto-biomimétisme le modèle de tous les autres cortex du néopallium.

Le neurone artificiel (perceptron de Rosenblatt) simule par biomimétisme un neurone humain avec des dendrites d'entrée, un soma qui calcule la somme des poids des signaux et un axone de sortie qui propage le signal si la somme dépasse un certain seuil, variable sous l'effet de la rétropropagation de l'erreur (d'où la possibilité d'apprentissage ou *machine learning*).

Le réseau neuronal convolutif (CNN) reproduit le cortex humain (6 couches) par biomimétisme : les cellules pyramidales y jouent le rôle des tuiles de LeCun et les cellules étoilées le rôle des filtres (images intermédiaires).

Le réseau neuronal multicouche (*Multi Layer Network*) multiplie le nombre de couches (de 2 à 100) car il n'a pas de problème de place (pas de boîte crânienne limitant l'espace) et augmente ainsi la capacité de traitement des données : plus il y a de couches, plus c'est *deep*.

Le résultat peut être surprenant, efficace, dépourvu de biais si les données ne sont pas orientées, mais non scientifique car le réseau neuronal publie ses résultats, mais pas sa méthodologie (boîte noire), ce qui mènera sans doute l'espèce humaine à sa perte (cheval de Troie) car elle préférera courir le risque d'anéantissement plutôt que de renoncer à ses profits.

Les biais racistes et sexistes qui viennent de notre inconscient collectif sont le talon d'Achille de l'I.A. et fragilisent ses résultats : gavée de visages d'hommes blancs, elle a du mal à reconnaître des visages de femmes noires, avertit avant de photographier un asiatique (Nikon) car il a les yeux fermés (en réalité bridés), reconnaît une mariée occidentale mais pas indienne (femme déguisée), voit un docteur dans un homme en blanc, mais une infirmière (ou une mariée) dans une femme en blanc, prédit des crimes (PredPol) essentiellement dans les quartiers noirs des villes américaines.

Les spécialités médicales menacées

Le radiologue est menacé par LOGIQ E10 (GE Healthcare) qui voit des lésions hépatiques invisibles à l'échographie, par Viz.ai qui identifie automatiquement une thrombose cérébrale au scanner et notifie un *Call-to-Action* au neuro-angiologue en moins de 6', par Kheiron et Thérapixel qui proposent des algorithmes de détection des cancers du poumon et du sein aux performances « surhumaines », par Inception V3 (Google) qui détecte la maladie d'Alzheimer sur les images fonctionnelles par TEP-FDG 6 ans avant le radiologue.

L'ophtalmologue est menacé par DeepMind qui analyse automatiquement les images du FO et la tomographie en cohérence optique.

Le cardiologue est menacé par Ultromics qui détecte les signes de maladie coronarienne à l'échocardiographie avec une précision inégalée et par CardioLogs qui interprète les ECG à sa place.

Le chirurgien est menacé par les 4 bras du robot chirurgical Da Vinci S ou par l'aiguille à suturer du bras articulé de STAR.

Le dermatologue est menacé par Inception V4 (Google) qui reconnaît plus de mélanomes et a moins de faux positifs que les dermatologues.

Même le psychiatre est menacé : par Julia, la psy virtuelle, capable de diagnostiquer les troubles dépressifs ; par Woebot, un *chatbot* accessible sur Facebook Messenger et formé aux TCC.

Conclusion

Nous, psychiatres, pouvons-nous poser en lanceurs d'alerte avant que la robopsychologue d'*I, Robot (film d'Alex Proyas, 2004)* ne soit devenue une réalité nécessaire pour analyser les méandres de la boîte noire de l'I.A., avec ses six pauvres couches de neurones

humains contre la centaine du réseau neuronal convolutif qui lui ferait face avec commisération s'il avait des émotions. Le seul point positif, c'est que les ingénieurs en informatique, qui ont plagié la nature sans vergogne, nous apprennent en retour à quoi servent ces couches que nous avons observées depuis longtemps dans notre cerveau et pourquoi les cellules pyramidales ne sont pas reliées à toutes les cellules étoilées (c'est pour avoir une représentation en temps réel).

Mais les premiers d'entre nous qui vont acquérir le Huawei P20 Pro, premier *smartphone* doté d'une I.A. qui non seulement téléphone et prend des photos, mais les retouche, gère la lumière, stabilise l'image, reconnaît les scènes, prédit les mouvements et apprend au fil du temps (*machine learning*), vont se demander s'ils n'abritent pas une vie intelligente dans leur poche. Ils vont même hésiter plus tard à s'en séparer de peur de tuer cet enfant adoptif qu'ils ont vu naître et grandir dans cette poche marsupiale. Bien sûr, c'est fou, mais c'est humain.

Jean-Bruno Méric
Psychiatre

Courrier à un directeur d'EPHAD

Cher Monsieur le Directeur,

Je me permets de solliciter votre attention à propos de quelques remarques issues de ma fréquentation depuis plus d'un an maintenant de l'atelier *Dessins & couleurs* – animé dans votre établissement par Madame S. les mardis après-midi – après y avoir observé ou entendu quelques changements et opinions ces derniers mois.

J'apprécie beaucoup la qualité de cette activité qui doit tant à la présence et à l'intérêt des participants qu'à la compétence généreuse, à l'ardeur communicative avec laquelle Madame S. anime, c'est le mot qui dit « ce qui donne âme à », cet atelier ; j'apprécie beaucoup l'attention dont elle entoure chacune et chacun (moins d'hommes participent aujourd'hui – depuis que le groupe a été divisé entre « résidents-Alzheimer » et « résidents-non-Alzheimer » ?), la chaleur de sa présence, son enthousiasme *malgré tout* ; sa méthode est riche et délicate : elle sait adapter les techniques, les matériaux, les idées en fonction des singularités des personnes ou des moments affectifs dans lesquels tel ou telle se trouvent suivant les circonstances ou les événements de la vie individuelle ou collective... En atteste le succès de l'atelier, par le nombre de l'assistance et la constance de sa participation !

Or, voici peu, des changements ont eu lieu dans les modalités de ce dernier. Ainsi, outre la scission plus haut évoquée, le temps des séances a-t-il été réduit, leur régularité rompue et le lieu changé : pratiquement, chaque séance ne devrait plus durer qu'à peine une heure (si l'on décompte le temps d'installation et de rangement) et n'avoir plus lieu toutes les semaines – deux régressions bien fâcheuses, au regard des personnes présentes (ainsi du temps qu'il faut consacrer à telle nouvelle arrivante, que l'on doit aller chercher pour réveiller en elle le goût de voir, d'essayer, de se risquer à tracer un trait, à colorier), des circonstances logistiques (quand le personnel manque pour amener les pensionnaires non autonomes, ou passer le petit peu de temps requis pour convaincre l'habituee qui somnole ou déprime, et que les participants arrivent au fur et à mesure de la séance, ou bien lorsque revient à l'artiste-intervenante de distribuer le goûter voire de se procurer tables ou chaises, ou de la vaisselle...), et de la psychologie de la personne âgée (la régularité et l'ampleur compensent l'égaré et la lenteur).

Je compare avec la précédente version de l'atelier : deux heures de présence effective et hebdomadaire avec les participants constituaient jusque l'an passé un rythme et

une durée satisfaisants (que cette dernière fût allongée n'eût toutefois pas nuit... tant certaines dessinatrices ou coloristes ne demandaient qu'à s'installer dans une période créative) ; « moins fréquent » et « moins long » sont « trop peu » assurément et altèrent notablement la qualité de ce qui est proposé.

Je crois bon d'évoquer en outre combien il est souhaitable que l'artiste-intervenante s'y retrouve – pour faire un bon travail et avoir envie de le poursuivre ; est-ce le cas ? Il faudrait le lui demander ; si elle est comme les participants, pour beaucoup, le compte n'y est plus, si je me fie aux commentaires entendus – doucement déçus ou frustrés lorsque la fin de la séance est annoncée (bien que souvent ce soit après l'heure officielle prévue, et peu après que l'activité soit réellement engagée) ; ou pis encore lorsqu'elle n'a pas lieu. N'était une certaine résignation ambiante, on entendrait clairement les manifestations d'une réprobation.

Certes je ne connais pas les paramètres qui ont conduit aux accourcissements et arythmie des séances ; mais je me permets de soumettre à votre attention la perception que j'en ai « de l'intérieur ».

Le temps de l'organisation souvent oublié, avec des arguments de nécessité comptable, le temps psychique, et la quiétude, l'ampleur et la régularité dont chacun a besoin pour comprendre, se retrouver, faire confiance, découvrir, oser, imaginer, se souvenir, etc. Et le rendez-vous de cet atelier me semble un trésor pour les participants – et pour l'établissement – en ce qu'il contribue à doter de sens ce temps passé dans la résidence (ce que manifestent exemplairement les expositions des œuvres au cours de l'année...), et à favoriser la santé morale et physique de chacun (je le considère comme un temps et un acte soignants) ; ce, pas de n'importe quelle façon, en renouant bien

souvent avec le plaisir de créer et de donner forme, c'est-à-dire avec un des ingrédients du goût de vivre – encore.

Le geste de tracer, colorer, figurer, orner, résonne avec les époques de l'enfance où la vie puise ses sources infiniment : cet atelier a des vertus thérapeutiques notables ; il permet de se retrouver – soi et ensemble –, de se rassembler en faisant quelque chose avec soin, de prendre soin de soi en donnant forme et chair (le trait et la couleur), de se réparer même, en réussissant quelque chose de beau, de fini, d'agréable, mais aussi en recevant des compliments, des encouragements, en suscitant l'admiration par ce que l'on a fait soi-même...

Au lien se tissant entre les personnes, il faut ajouter celui qui court d'une séance à l'autre (l'importance de la régularité), avec chacun son ouvrage ou sa série à poursuivre, jusqu'à l'exposition rituelle, manière d'accomplissement individuel et collectif... Ce lien temporel contribue à une continuité et à trouver et retrouver un sens dans la succession des jours.

La matière et le geste du dessin et de la couleur sont aussi puissants et actifs dans cet atelier que l'esprit de conversation, de solidarité et de retrouvailles qui en fait un moment exceptionnel de respiration et de vie ; en attestent les rires et les larmes, les blagues et les souvenirs, les admirations et les entraides, les improvisations et les répétitions qui s'y rencontrent avec bonheur, oui avec bonheur !

Vous remerciant de l'attention que vous aurez bien voulu accorder à ces quelques mots, et de vous souvenir que j'y donnerai volontiers suite sous la forme d'une conversation.

Je vous prie, cher Monsieur le Directeur, de croire aux assurances de ma considération distinguée.

Thibault Moreau
Psychanalyste, Reims

Lettre aux afpepiens

C'est avec quelques difficultés mais non sans intérêt que j'ai essayé de suivre vos débats concernant à la fois la thématique autistique et les affres des perspectives de la pratique psychiatrique. Par précaution oratoire et surtout par respect pour vos engagements et capacités de réactions, je vous prie de bien vouloir accueillir avec la plus grande bienveillance mes propos qui vont suivre.

Tout d'abord, remontons à l'exposé de Jérémie sur l'histoire des démences proposée lors des journées nationales à Angers. Malgré l'éclectisme, les recherches fouillées et l'essai de rapprochements actualisés de Jérémie, je suis resté sur ma faim en ce qui concerne la dichotomie de lecture entre démences, renvoyant

à une perspective clinique purement psychiatrique avec l'émergence de la clinique schizophrénique et la notion de démence qui pourrait être due à un trouble neuro développemental (TND). Aussi, lors de la réception d'un des courriels, quand il a été question de l'abréviation TND, je l'ai lu naturellement compte tenu de ma déformation de gérontopsychiatre en Troubles Neuro Dégénératifs. Pour information, en gériatrie, la nosographie démence n'existe plus pour « les modernes ». Maintenant, il est question de Maladies Neuro-Dégénératives dont les étiologies sont variées. Ainsi la boucle est bouclée des âges de la vie par une récupération organiciste et neuro-psychologique quasi-exclusive.

Qu'est-ce qui ne se développe pas, qu'est-ce qui dégénère ? Questions où le qui disparaît. Aussi à quel moment le déraisonnement fait que l'on est fou ou bien « dys » quelque chose (autiste ou dément pour faire court) ?

Rien n'est clair et malgré la dissociation de la neurologie et de la psychiatrie, quand sont venues se glisser les lectures psychodynamiques, l'incompréhension s'est poursuivie. A vouloir la lecture tranchée du blanc ou noir, neurologie ou psychiatrie, en fait, est apparu un marécage grisâtre dont se sont servis les praticiens. L'exemple des dépressions suivies par les neurologues n'est pas à démontrer ! Et pour les psychiatres, en institution, certains courants de pensées furent inventifs, mais parfois à la limite de l'ésotérisme tandis qu'en pratique libérale, une perspective intéressée d'une pratique psychodynamique parfois trouble a fait florès.

Ce que je veux dire, c'est que ce retour de balancier si bien décrit régulièrement par Patrice Charbit n'est pas étonnant. Le courant algorithmique blanc /noir, si cher à une lecture économique de la santé ne peut que s'inscrire dans le souhait de séparer le grain de l'ivraie (où est le grain, où est l'ivraie ?). Nous devons rester les fous du roi, permettre que les glissements du blanc vers le noir et/ou du noir vers le blanc se fassent de manière artistique, car tel est notre métier d'artisan. Ce qui implique inexorablement de nous reconnaître comme faisant partie des médecins mais effectuant une praxie particulière. (Exemple d'une pratique gérontopsychiatrique et de celle psychogériatrique).

La médecine, même « si celle-ci travaille sans relâche à détruire sa raison d'être », même si la médecine occidentale se fourvoie dans le tout connaître et le tout savoir, celle-ci est notre légitimité, quand bien même nous n'allons pas rechercher la vérité. Dans ce contexte, avons-nous été trop méprisants pour cacher nos propres troubles ?

C'est bien parce que nous redéfinirons le champ de notre clinique avec et grâce à nos collègues plus jeunes qui feront appel à notre historicité, qu'une nouvelle

lecture de notre praxie pourra naître. Nous pourrions être légitimes et pas les bras armés d'une « flichiatrice » et/ou d'une clinique aux garde-à-vous des algorithmes de la CPAM. En effet, pour ce qui nous concerne en pratique libérale, les faux-semblants font légion. Il faut que je reconnaisse que les lectures aiguës du SNPP concernant la carte « dite vitale », les pseudos contrats imposés par les organismes payeurs, sont des duperies de plus. Tenir cette place d'objet manquant qui peut être larguée à tout moment par les princes qui redoutent en fait cette disparition, telle est notre force.

À nous de construire une nouvelle définition de notre pratique, en y mettant nos limites plus que ce que nous sommes, sans exclusion, mais avec fermeté car de toute manière, le balancier repassera par une clinique humaniste et non algorithmique dans son entier. Le gris souris (-t-il) n'est pas celui de l'occupant et notre discours doit revenir à une séméiologie actualisée, théorisée (lire deux fois la phrase). Une praxie intériorisée d'artisan, exposée aux critiques car mystérieuse dans les faits. Ce ne sont pas uniquement ces différentes approches basées sur « la résolutions de problèmes, troubles, symptômes » qui ont les oreilles des princes actuellement qui seront suffisantes tant que l'homme sera mortel. Ainsi, nous avons notre mot à dire, fut-il uniquement présence... réfléchie, maline et astucieuse, donc loin des conflits de personnes.

Le jaune est une couleur primaire quoique parfois réfléchissante mais trouvons l'arc-en-ciel « lamé dan lamé ». Merci à vous qui avez le cerveau dans le cambouis, merci à Jérémie pour ses contributions d'actualisation de notre clinique et à l'espoir qu'il me fait envisager d'une compréhension intergénérationnelle. (cf. mon article que je vous avoir adressé, « Grandir et vieillir ? Ou la forme métonymique subsumée de La fin annoncée du pré-vieux »).

Frédéric Aumjaud

Angers

Lettre du Dr Jean-Paul Descombey au comité de rédaction du BIPP et à Michel Jurus

Avec un certain retard, je prends connaissance de votre article paru dans le bulletin d'information, BIPP N° 75 de Novembre 2018. Évidemment, immédiatement, son titre a attiré mon attention et m'a plu : « Des psychiatres pyromanes au chevet de la psychiatrie malade ». C'est l'expression que, moi-même, je viens d'employer dans la rédaction d'un texte qui, j'espère va devenir un livre.

En effet bien que retraité depuis des années, je ne puis être indifférent à ce que devient notre psychiatrie : une discipline sinistrée.

Aussi, quand « Le Monde », en janvier dernier, s'est réveillé, semblant découvrir que la psychiatrie et ceux qui y travaillent souffrent, et lance, tel un scoop de dernière heure, sur cinq colonnes à la une, « le cri

d'alarme des soignants », je commence par écrire « à chaud », une lettre d'engueulade au Directeur du *Monde*, lui rappelant que, depuis des années, syndicats, associations scientifiques, personnalités n'ont cessé d'avertir « le journal de référence », d'un processus de démolition dont on voit le résultat aujourd'hui ; dont l'envoi de mon livre, **en 2007, « la psychiatrie sinistrée »**, envoi qui ne m'a même pas valu le moindre accusé de réception ; mais c'est vrai, nous étions tous des « cassandre catastrophistes » (sic), et « il y avait tant de matières (supposées plus importantes) à traiter » (sic Jean Yves Naud).

Et puis, après lecture des pleines pages intérieures, dont surtout les propositions de Mme la Professeure Buzyn, notre Ministre, pour pallier cette situation, à défaut d'un énième plan, dont celui de l'inénarrable baron de bonneteau que fut M. Douste-Blazy... je me livrai, malgré le vide de ces propositions, à une critique détaillée, point par point. C'était chose facile, sauf qu'il fallait aussi ces propositions, à une critique détaillée, point par point.

C'était chose facile, sauf qu'il fallait aussi rappeler l'histoire, les étapes de ce drame, ce qu'escamotait allègrement la Ministre ? Le fin mot étant : « Donner des moyens supplémentaires n'est pas l'alpha et l'oméga de la solution... » (re-sic), alors que M^{me} B. laissait entendre elle-même que la psychiatrie avait été littéralement pillée.

Et puis, pour m'assurer de la justesse et de l'opportunité, de la sévérité de ma critique, je m'imposai la lecture de l'interview de la Ministre, et le même examen critique de la conférence de M^{me} Buzyn sur ses projets, faite devant le groupe réuni autour de la revue « L'Encéphale ». On notera le choix très orienté de l'auditoire choisi par la Ministre qui disait avoir consulté « les représentants des professions impliquées » (La Fédération de Psychiatrie, les Syndicats ???). Choix idéologique l'amenant à n'entrevoir la psychiatre qu'au travers du prisme de ses collègues universitaires : secteur psy, psychothérapie institutionnelle, apports de la psychanalyse, transversalité dans le travail des équipes, et autres facteurs, jadis, du progrès en psychiatrie, sont alors bien loin...

Je proposais par lettre à la Ministre de lui communiquer mes « remarques » et lui adressai un exemplaire de ma *Psychiatrie sinistrée* (2007). Je reçus de son secrétariat des remerciements pour mon livre, mais aucune réponse à ma proposition.

C'est alors que parut dans *Le Monde* un article du Professeur Llorca présentant la psychiatrie non comme victime d'une politique annihilant ses progrès récents et fragiles, mais comme une crise interne, purement technique-idéologique, le secteur psy allant selon lui d'une idée généreuse, (trop ?) ambitieuse (on appréciera

la condescendance paternaliste) à un « capharnaüm organisationnel » (re-sic) : ou les saboteurs du passé se faisant aujourd'hui juges. L'autre responsable, accusé étant la psychanalyse, dont l'auteur semble avoir une connaissance approximative.

Et c'est tout cela qui est reproduit, et détaillé dans ce livre qu'il faut bien qualifier, à savoir, pour être modéré, de dégoûtant. L'intitulé *Psychiatrie : l'état d'urgence*, est une curieuse formule semblant appeler à l'usage d'une sorte de loi d'exception. Contenu du livre pénible, escamotant l'historique (et le politique, l'idéologique réactionnaires) de ce processus de démolition.

Mais, entre autres (autres, dont la démagogie évidente vis-à-vis des familles et des malades, stigmatisés, sans doute par la psychiatrie progressiste, humaniste) ce dont témoigne cette absolue contre-vérité : « les maladies psychiatriques, sont des maladies comme les autres » (re-sic). Et ce sont encore le Secteur Psychiatrique, et la Psychanalyse, poutres maîtresses des progrès en psychiatrie que nos auteurs méconnaissent, mais incriminent, comme leurs maîtres les ont combattus.

J'ai failli être aveugle au caractère foncièrement, politiquement rétrograde de cette entreprise, malgré la préface élogieuse et révélatrice du décliniste bien connu qu'est M Baverez. Ceci, alors qu'en bas de la première de couverture, à côté du sigle de l'éditeur, il y avait bien clair, le nom du sponsor : l'Institut Montaigne ; là-dessus, pas besoin d'un dessin, une formule suffit à éclairer la civilisation, la loi du marché...

Suite logique : on reçoit les prospectus de présentation de la machine de guerre de l'entreprise : c'est FondAmental, fondation s'appêtant à mettre la main sur la recherche et ses financements privés (Rothschild et consorts) et publics, la Fondation de France couvrant le tout. Pour le contenu : génétique, immunologie, imagerie médicale, neurosciences... Tout sauf le psychisme ! Parallèlement, et en complément de « divine surprise », on reçoit les prospectus d'une autre fondation pour la recherche, mais cette fois pour l'addictologie (pas l'alcoolologie, ce serait vulgaire et dépassé...), fondation fondée et dirigée par le professeur Gorwood (qui cherche depuis des décennies LE gène de l'alcoolisme. Son orientation est démontrée par les personnalités composant son Directoire : Sept membres sur douze des représentants des grandes firmes alcoolières).

Et sur l'alcoolisme, on voit le Président désavouer publiquement, verre en main, sa Ministre de la Santé, qui a eu le courage (le tort !) de dire publiquement : « du point de vue de la santé publique, le vin est un alcool comme les autres ». On apprend aussi que la conseillère du Président pour l'agriculture n'est autre que le lobbyiste en chef qui a fait voter plusieurs amendements vidant la loi Evin de toute substance... et que le Président y est lui-même engagé : « Moi

président, il n'y aura pas d'amendement durcissant la loi Evin. » (re-sic). D'où l'intérêt de remplacer les politiciens par des « représentants de la vie civile » : les lobbyistes qu'ils sont en fait, n'ont pas besoin d'exercer des pressions extérieures sur les parlementaires ; ils sont sur place, à l'intérieur de l'appareil d'état.

Notre responsabilité de psychiatres, devant tout cela, est énorme. Plus que jamais les psychiatres de tous exercices, et toutes les sortes de soignants, doivent serrer les rangs pour défendre une psychiatrie dont

nous n'aurions pas à avoir honte. Nos divisions, par le passé ont trop nui à l'efficacité de cette défense, qui est vitale.

C'est tout cela qui constitue la matière du livre que notre collègue Jean-Charles Pascal propose à l'édition par l'éditeur de *L'Information Psychiatrique*. Je serai heureux, j'espère, d'en adresser un exemplaire au bulletin. Bien amicalement.

Jean-Paul Descombey

NOTES DE LECTURE

Les enfants d'Asperger, le dossier des origines de l'autisme

Par Edith Sheffer – Ed. Flammarion 2019, Collection au fil de l'histoire
Traduction littéraire Tilman Chazal, historique Jean-Marc Dreyfus,
scientifique Yann Craus & Jérémie Sinzelle

Il est toujours difficile de prendre du recul vis-à-vis d'un texte que l'on connaît bien. Le temps produit alors toujours des effets inattendus, à rebond. L'histoire de la parution en français de cet ouvrage magistral d'Edith Sheffer remonte au Congrès Mondial de Psychiatrie de Berlin, où le 11 octobre 2017, nous assistions à la présentation de l'auteure devant un public de plusieurs centaines de psychiatres. Cette session, organisée par Lara Rzesnitzek, collègue psychiatre berlinoise, révéla à la profession la véritable identité de Hans Asperger, dont peu de psychiatres connaissaient le prénom. En fait, nous avons remarqué des différences troublantes dans l'abord clinique entre Kanner et Asperger notamment dans leur abord des autismes à évolution déficitaire, ceci expliquait notre impatience. Nous fûmes enthousiastes de constater que les ambiguïtés que nous avions relevées depuis longtemps étaient toutes abordées par Edith Sheffer, et qu'elle était en mesure d'y répondre, sources à l'appui.

Comme beaucoup, nous avons lu les notes de Lorna Wing ajoutées à la traduction en anglais de Uta Frith, rassurantes quant à la personnalité d'Asperger, qui avait publié son travail sur les « *psychopathes autistiques* » en Autriche allemande et nazie, en 1944. Comme beaucoup, nous avons appris par cœur la préface de Jacques Constant, de la traduction en français de la thèse d'Asperger, publiée en 1998 par *Les Empêcheurs de penser en rond*. Mais ce que nous révèle Edith Sheffer nous a été caché jusqu'à aujourd'hui. Après son intervention, nous avons promis à Edith Sheffer

de faire connaître son livre en France. C'est désormais chose faite. Le choix de l'éditeur de confier la préface à Josef Schovanec se révèle d'autant plus judicieux que celui-ci a trouvé une voix très poétique pour invoquer, tel un tribun-procureur, les exigences de notre société et le soulagement profond qu'enfin la vérité soit dite sur ce prétendu sauveur des enfants.

Edith Sheffer possède une connaissance très profonde et intime de l'autisme. Historienne universitaire à Berkeley en Californie, son fils cadet est suivi pour troubles du spectre autistique. Alliant le combat des familles et la rigueur historique, Edith Sheffer a produit un texte extrêmement documenté qui satisfait les historiens et les connaisseurs pointilleux, mais c'est surtout au grand public qu'elle s'adresse. Tant de personnes ont espéré obtenir le diagnostic de syndrome d'Asperger, comme une promesse de guérison, comme pour se protéger grâce à la sagesse du mystérieux grand Hans, que les révélations des profondes convictions national-traditionalistes de Hans Asperger sont renversantes. Au fur et à mesure du texte, Edith Sheffer nous démontre à quel point il évolua au cœur de la doctrine nazie et jusqu'où, froidement, méthodique, idéologique, et tardivement pris de remords d'une curieuse façon, il appliqua les directives nazies visant à séparer d'un côté les enfants que l'on pouvait mettre au service du Reich, et de l'autre ceux que l'on envoyait à la mort, au sein d'un même service de pédiatrie. Sans pratiquer lui-même le geste fatal, et tout en ayant moins de sang sur ses mains que d'autres de ses collègues, il n'en reste pas moins que Hans Asperger s'est mis au

service de l'appareil de mort nazi, et qu'il n'avait rien d'un figurant et encore moins d'un simple exécutant. Au contraire, il en était un responsable agissant, peut-être moins enthousiaste que d'autres, qui ont contrairement à lui adhéré au parti national-socialiste. L'erreur qu'il n'a pas commise. C'est ainsi que sa contribution au service du Troisième Reich, dans son jeune âge (de 32 à 39 ans), a été éclipsée par celle, plus bruyante, de ses quelques collègues, qui ont parfois été condamnés à mort pour leurs actes à la fin de la guerre. Son zèle à procéder en silence, et avec conviction à l'élimination des déficients, est une nouvelle illustration sordide d'une minorité agissante dans l'ombre qui a permis l'application de l'horreur nazie en toute discrétion.

Edith Sheffer passe en revue les agissements de ceux qui ont été à la fois les complices d'Hitler et les collègues d'Asperger à Vienne, à chaque chapitre, par une technique d'écriture en essuie-glace qui nous permet de dissiper ce qu'il reste de doutes à mesure que l'on avance. Elle nous éclaire, et éclaircit notre vision de ces temps troublés que l'on a trop souvent appelé vaguement « *la guerre* » peut-être pour oublier à quel point l'idéologie nazie, obsédée par la médecine et la psychiatrie en particulier, avait pour but méthodique et intellectualisé l'assassinat des uns pour magnifier les autres, et un raffinement sordide à vouloir cacher

et rendre insoupçonnable les meurtres de masse, mais uniquement sur le papier. Témoins directs, les enfants rescapés n'ont pas été entendus. Ce sont des historiens contemporains, Herwig Czech mais aussi Edith Sheffer qui, presque 75 ans plus tard, sont en mesure de résoudre le puzzle en désordre de la pédopsychiatrie nazie. La démonstration est magistrale et les parallèles subtils avec notre époque contemporaine marquent l'entrée dans une nouvelle ère de la pédopsychiatrie où l'analyse des concepts cliniques permettra à tout moment le recul nécessaire vis-à-vis des personnages totémiques et des diagnostics miraculeux, l'ère de la psychiatrie démystifiée. Tout comme Vichy a trouvé son démystificateur, la psychiatrie a trouvé son Robert Paxton, elle s'appelle Edith Sheffer.

Jérémié Sinzelle et Yann Craus

Informations complémentaires :

- *Nous accueillerons Jacques Hochmann à la bibliothèque Henri Ey de Sainte-Anne ce jeudi 23 mai à 16h pour questionner l'apport de ce livre dans l'histoire de l'autisme.*
- *Présentation du livre Les enfants d'Asperger à la bibliothèque Henri Ey, à la rentrée 2019.*

La médiation par le théâtre : Freud et Dionysos sur la scène thérapeutique

Lionel Raufast, Frédéric Vinot et Jean-Michel Vives – Ed. Arkhê

Cet ouvrage original est issu d'une pratique de médiation par le théâtre orientée par la psychanalyse. Son hypothèse centrale est que toute situation d'improvisation théâtrale est susceptible de rejouer les enjeux propres à la naissance de la tragédie, et les auteurs se proposent de montrer en quoi ils sont au cœur des effets subjectivants repérés à l'occasion de ce type d'atelier. Ces enjeux font ici l'objet d'une triple présentation : clinique, anthropologique et métapsychologique. Ses trois versants sont répartis en trois parties.

La première partie, clinique, narre la naissance et l'évolution d'un atelier de théâtre auprès d'adolescents délinquants.

La deuxième, propose une lecture de la naissance du tragique en Grèce ancienne en y réinterrogeant la figure dionysiaque.

La troisième propose de répondre métapsycho-logiquement aux 4 questions suivantes : que devient l'effraction du cadre lorsqu'elle est mise en scène ? Qu'est-ce qui caractérise le transfert dans les pratiques de médiation thérapeutique par l'art ? Comment le théâtre permet-il de s'expérimenter autre que soi et comment cette expérience peut-elle être le point de départ d'un travail clinique ? Enfin, qu'est-ce qu'une troupe au théâtre et pourquoi se révèle-t-elle si fragile ?

De par la multiplicité des références (historiques, anthropologiques, cliniques ou psychanalytiques) l'ouvrage s'adresse tout autant aux étudiants (les auteurs sont universitaires), qu'aux soignants ou artistes qui animent ces ateliers, et au-delà, aux personnes intéressées par les liens entre art, psychanalyse et processus psychothérapeutiques. Par ses références à la psychanalyse (Freud, Lacan, Didier-Weill), il se distingue des ouvrages d'art-thérapie que l'on peut trouver sur ce thème.

Jacques Barbier

Un entretien filmé vient de paraître au cnasm :

Thierry Delcourt - Créer au risque de la folie

Durée : 27 mn. – Réalisation : Alain Bouvarel, Michael Spreng – Production CNASM Lorquin, 2019

« Le psychiatre Thierry Delcourt, avec une grande érudition, fait dans cet entretien le lien entre l'approche classique des critiques d'art et les abords psychopathologiques. Il donne comme exemple sa rencontre avec Gérard Garouste, artiste contemporain reconnu, souffrant d'une pathologie psychiatrique. Cette rencontre lui a permis alors de mieux comprendre ses moments de créativité. Cette analyse, il la reprend ensuite pour de nombreux artistes connus, tels que Van

Gogh, Bacon, Niki de Saint-Phalle, Dali... Il termine cet entretien sur la place actuelle de la notion d'art brut. » (Alain Bouvarel).

Le film sera présenté lors du prochain **festival du film de Lorquin**, les 5 et 6 juin 2019

Contact :

cnasm@orange.fr - Site : www.cnasm-lorquin.fr

Le trauma colonial

Une enquête sur les effets psychiques et politiques contemporains de l'oppression politique en Algérie - Editions La découverte - Prix Œdipe des libraires, 2018

Tout récemment distingué par le prix dit «Oedipe» le dernier ouvrage de Karima Lazali, « Le trauma colonial » nous est arrivé en septembre avant que ne se fassent sentir les prémises du mouvement actuel en Algérie. Force est de constater qu'il permet de mieux en saisir la complexité et les soubassements et de mettre en perspective les évolutions de la société algérienne. Ce livre s'intègre dans les élaborations actuelles, dites études postcoloniales, explorant l'influence de la colonisation sur les pays occidentaux et leurs ex colonies. A ce titre, il renvoie au travail de Frantz Fanon et on doit toujours rappeler l'intérêt de la lecture des « Ecrits psychiatriques » de celui qui fut psychiatre en Algérie (voir à ce propos les récits d'Alice Cherki).

Paru simultanément sur les deux rives de la Méditerranée qui sépare et unit ces deux pays également séparés et unis par les réalités et les représentations de la colonisation, ce travail est fondé sur une étude très précise, approfondie et sans aucune concession de l'histoire coloniale et postcoloniale. Il recense également ce que la littérature algérienne francophone dévoile et ce que peut dire la psychanalyse des effets de subjectivation et de désobjectivation en contexte postcolonial.

Livre d'histoire donc, pour une grande part, incluant une histoire de la littérature, post indépendance, ce texte dense et complexe n'est pas à proprement parler un livre de psychanalyse, mais assurément un livre de psychanalyste ; Psychanalyste dont la clinique s'exerce aussi bien à Paris qu'à Alger auprès de patients descendants ou pas de colonisés. Le travail de

Karima Lazali permet toujours de saisir à quel point il est difficile d'opérer une séparation entre les injonctions de l'intime du social et du politique. Ce constat était déjà interrogé dans «La parole oubliée », son ouvrage précédent (présenté dans un BIPP antérieur), et c'est de ces effets de l'interdiction de pensée et de parole et des traitements infligés à la langue et à parole par les régimes successifs aussi bien colonial que postcolonial, que part l'auteur pour mener cette réflexion.

La partie historique, très documentée, est loin de s'en tenir à la description de « l'effraction coloniale ». Néanmoins cette reconstitution de la destruction par la colonisation des fondements du vivre ensemble s'autorisant de l'invention d'un territoire supposé sans histoire et sans culture, de l'effacement systématique des héritages, des transmissions des langues et des cultures, est essentielle. Elle permet de comprendre les modalités de prise de pouvoir sur les esprits et les corps, ce qu'elle nomme le dispositif LRP (Langue religion et politique) mis en place après l'indépendance ; dispositif qui a peut-être, espérons-le, trouvé sa limite aujourd'hui.

Un des leviers de la colonisation pour effectuer cet effacement fut de briser les filiations, et les nominations des corps et des terres. Les pères et leurs récits furent anéantis par l'imposition de patronymes, souvent péjoratifs, coupant toute relation aux liens de famille et de clan. Elle parle d'un « ratissage du symbolique qui ne fabrique pas des refoulements dans le rapport à l'histoire mais des forclusions, c'est-à-dire des effacements irrémédiables.

Dans un autre registre elle évoque l'absence d'alphabétisation des « indigènes » créant après l'indépendance « une profonde cassure entre le peuple et la nouvelle classe dirigeante substituée de facto au colon ».

Car ce livre est aussi, et peut-être surtout, une exploration des paradoxes algériens actuels face à ce qu'elle appelle les censures du tissage LRP. Il y a eu échec, ou non tentative, de refaire, après l'évènement catastrophique de l'effacement, advenir un récit collectif qui ne soit pas le culte des héros comme si l'histoire commençait en 1962. Il n'y eut pas d'élaboration ni de reconstitution de l'histoire qui auraient permis des identifications multiples, croisées et une reconnaissance des déchirures qui restent non suturées puisqu'effacées par la geste révolutionnaire.

C'est à cet endroit que s'inscrit la littérature algérienne contemporaine, déclaration de refus de tout projet à visée falsificatrice tel qu'il a d'abord été orchestré par le pouvoir colonial, puis par l'Etat algérien.

Repartant de Freud et son *Totem et Tabou*, l'auteur nous conduit du meurtre colonial par la destitution des noms des pères et de toute forme d'altérité à l'impossible fraternité, du parricide au fraticide. Il est des mémoires interdites ou occultées (pour maintenir le mythe de l'Origine absolue que constitue l'accession à l'indépendance) qui déclenchent des luttes à mort infinies. Et excluent les souvenances symbolisantes.

Elle affirme que « la colonisation comme fait et origine historiques est un bouchon pour le sujet et pour le politique. Elle sature à blanc la mémoire, compresse l'histoire et le temps. Il est plus simple de s'accrocher à la destruction causée par l'Autre qu'à celle causée par soi ». Ce qui pourtant permettrait l'émergence de nouvelles positions subjectives. Mais elle rappelle, et ce n'est pas le moindre mérite de ce livre que de nous le rappeler, à quel point la position victimaire maintient l'ordre établi, « le sujet préfère les joyeux conforts de la plainte à la violence de la responsabilité de ses choix ».

Dépossédé, disait Fanon, le sujet colonisé devient possédé. Comme lui, Karima Lazali en appelle à une « décolonisation » des savoirs et des pratiques.

« Plus d'un demi-siècle après la « fin des colonies », les descendants des ex-colons et des ex-colonisés restent toujours pris dans cette difficulté de se séparer de l'esprit du colonial et de rendre à l'histoire son indépendance de pensée afin de mettre fin à sa confiscation par le politique. Le temps est vraiment venu de permettre à l'histoire de vivre sereinement une mémoire plurielle dans laquelle chaque sujet d'ici et de là puisse se reconnaître (...) pour enfin délivrer le chant déchiré de l'homme ».

Françoise Labes

Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

48^{èmes}

**JOURNÉES NATIONALES
DE L'AFPEP**

**AUTORITÉ
PERTE ET RECONNAISSANCE**

du 26/09 au 29/09/2019

Centre des Congrès LE BELLEVUE
Place Bellevue
BIARRITZ

Sous la direction de **Marion Haza**

MÉDIATIONS NUMÉRIQUES : JEUX VIDÉO ET JEUX DE TRANSFERT

Cet ouvrage offre un regard clinique sur un mode de prise en charge nouveau. Il propose un outil de travail précis pour les cliniciens ou étudiants en psychologie ou psychiatrie, à partir d'exemples de soins d'enfants ou d'adolescents avec le jeu vidéo.

Préface de *Sylvain Missonnier*
352 pages, 25 €



Sous la direction de **Houchang Guilyardi**

VOUS AVEZ DIT JOUISSANCE ?

Qu'est-ce que la « jouissance » ? Un concept majeur de la psychanalyse, un mot qui inquiète et dérange, ou une notion particulièrement opérante dans la vie psychique d'un sujet ? Des psychanalystes issus de diverses associations apportent leur contribution pour fournir au lecteur un outil de travail et de recherche qui permet d'appréhender au plus près l'état de la question aujourd'hui. Entre clinique et théorie, ils tentent d'avancer au mieux

dans le vaste champ d'un « concept étoile » que l'on ne peut attraper que par bribes.

264 pages, 23 €



Sous la direction de **Emmanuel et François Hirsch**

TRAITÉ DE BIOÉTHIQUE IV

Les nouveaux territoires de la bioéthique

Intelligence artificielle, génomique, procréatique, neurosciences, « médecine personnalisée », nanotechnologies, robotique, big data, transhumanisme..., de nouveaux territoires s'ouvrent actuellement à la bioéthique. Les mutations et les ruptures précipitées que produisent les sciences et les techniques bouleversent nos repères, nos conceptions et nos représentations.

Comment exercer aujourd'hui nos responsabilités éthiques et politiques ?

624 pages, 25 €



Sous la direction de **Serge Tisseron**
et **Frédéric Tordo**

ROBOTS, DE NOUVEAUX PARTENAIRES DE SOINS PSYCHIQUES

Cet ouvrage fait le point des recherches actuelles sur les robots au service des malades, et nous aide à nous poser dès aujourd'hui la question : quels robots voulons-nous pour demain ?

208 pages, 12 €

Valérie Gasne

CLINIQUE DU SEUIL

Les contours d'une clinique du seuil s'intéressent aux cas de patient(e)s confrontés à des situations limites (échappement thérapeutique, douleurs extrêmes, fin de vie...). Ces cas complexes se situent à l'interface de la notion

d'incurabilité en médecine et du surgissement de manifestations pulsionnelles, qui échappent à toute tentative de contrôle ou de maîtrise, malgré les soins ou les traitements entrepris, laissant les professionnels hospitaliers très démunis.

176 pages, 15 €



Sous la direction de **Emmanuel Hirsch** :

Traité de bioéthique I
Fondements, principes, repères
768 pages, 25 €

Traité de bioéthique II
Soigner la personne, évolutions,
innovations thérapeutiques
706 pages, 25 €

Traité de bioéthique III
Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes
680 pages, 25 €