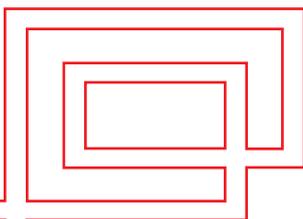


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

**BILAN ANNUEL 2017 : AFPEP,
SNPP, ODPC – PP**

**DOSSIER SPÉCIAL :
LA CLINIQUE À L'ÉPREUVE
DES CROYANCES**

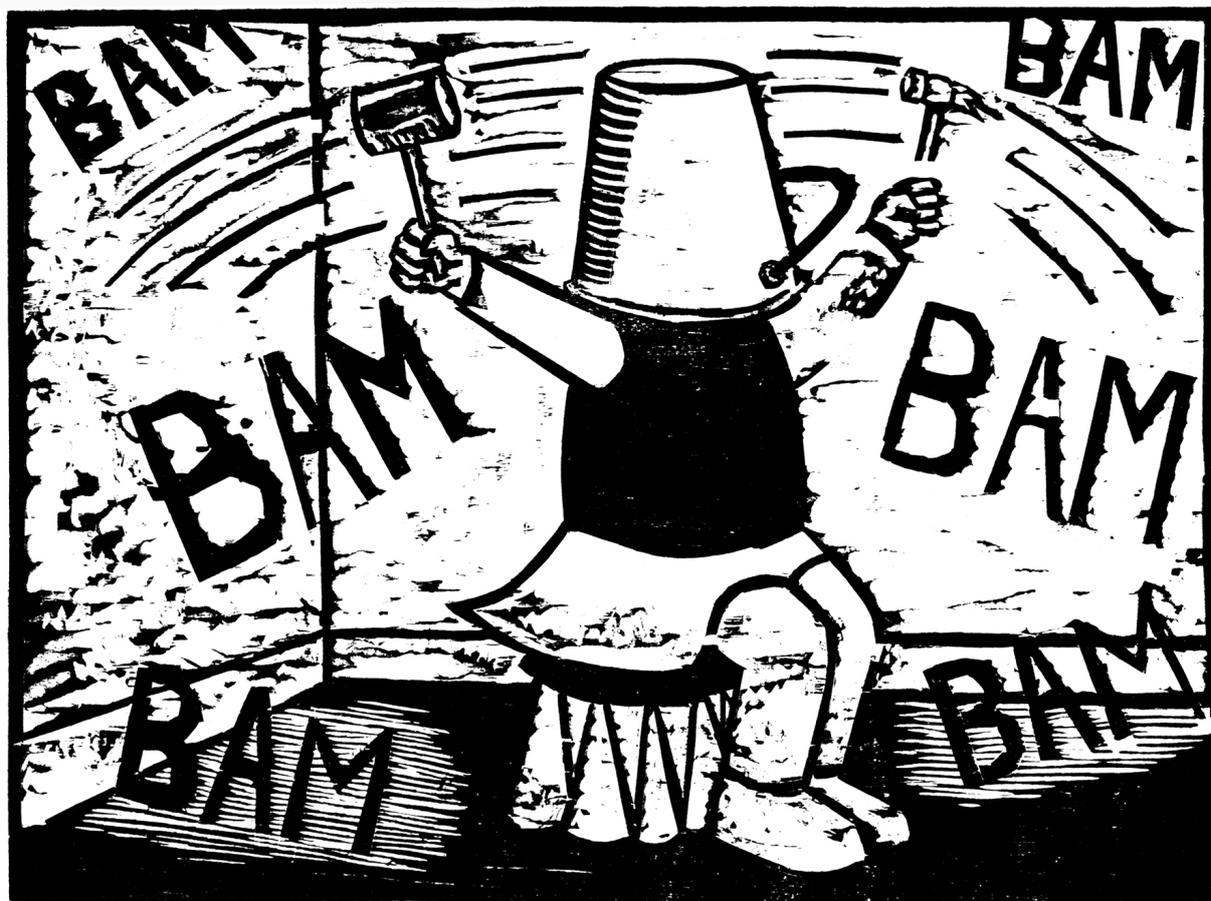
AFPEP – SNPP

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

Stop DSM

Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

TDAH



STOP

À L'ÉPIDÉMIE

Stop DSM et L'AFPEP-SNPP vous donnent rdv pour dire

«Stop à l'épidémie de TDAH»

LE 13 OCTOBRE 2018 À PARTIR DE 9H

Amphi Charcot. Hôpital La Pitié-Salpêtrière 47 Bd de l'hôpital 75013 Paris

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 :
Claude Gernez

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

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

Sommaire

Éditorial – Claude Gernez	p. 5
Assemblée Générale 2018	
– Rapport d'activité – Michel Jurus	p. 7
– Rapport financier – Béatrice Guinaudeau	p. 10
– Rapport moral – Claude Gernez	p. 11
– Renouvellement des Conseillers Nationaux	p. 11
– Motions	p. 12
– Bureau AFPEP – SNPP 2018	p. 12
Informations AFPEP – SNPP	
– Actualités syndicales – Claude Gernez	p. 13
– Communiqué – Françoise Duplex	p. 13
– Télé médecine – Claude Gernez	p. 15
Le mot du rédacteur – Thierry Delcourt	p. 16
Le point sur CNPP et FFP – Jean-Jacques Bonamour du Tartre	p. 17
La vie de l'ODPC – PP	
– Rapport moral	
– Assemblée générale ODPC – PP 2017 – Thierry Delcourt	p. 19
– ODPC – PP bilan d'activité	p. 20
47^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée	
– La psychiatrie à la croisée des temps cliniques	
– à l'épreuve de l'avancée en âge – Françoise Duplex	p. 21
Congrès Français de Psychiatrie	
– L'ajustement de la prescription de psychotropes	
– en gérontopsychiatrie	p. 22
– Session Forum des associations – Frédéric Aumjaud	p. 23
– Rencontre avec l'expert – Thierry Delcourt	p. 23
Actualités de la pédopsychiatrie	
– Informations Autismes – Françoise Duplex	p. 24
Histoire de la psychiatrie	
– Du délire à l'art brut :	
– l'humanisme de Hans Prinzhorn – Jérémie Sinzelle	p. 27
Mémoires de psychiatre – Marie-Lise Lacas	p. 31
Dossier spécial : La clinique à l'épreuve des croyances	
– Introduction Journée de printemps – Thierry Delcourt	p. 35
– Actualité des mots de la douleur – Patrice Charbit	p. 36
– Sur l'opposition entre croire et penser – Olivier Brunschwig	p. 39
– Le cru et le croire à l'épreuve du transfert – Thierry Delcourt	p. 42
– Peut-on croire à la vérité ? – Michel Jurus	p. 45
– Il faut être fou pour croire aux chiffres – Jacques Barbier	p. 47
– Fake trip – Patrice Charbit	p. 53
TRIBUNE LIBRE	
– La certification – Dr. Daniel Moreau	p. 56
NOTES DE LECTURE	
CAHIER CENTRAL	
Mot de la trésorière – Béatrice Guinaudeau	p. I
Journées Nationales – Béatrice Guinaudeau	p. II - III
Sessions DPC 2018	p. IV - VII
Actions régionales	p. VIII - IX
Le point sur l'international	p. X - XI

SESSIONS DPC 2018

- ◆ Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence : Quelles pathologies, quelle prévention ?
- ◆ Au risque de vieillir
Approches cliniques en pratique libérale
- ◆ Bouleversements intergénérationnels en périnatalité
- ◆ Évolution des traitements de l'alcool-dépendance
- ◆ Les pratiques de prescription en psychiatrie

XLVII^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE

Du 4 au 7 octobre 2018
à Angers

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

*N'hésitez pas
à vous connecter*

sur le site : www.psychiatries.fr

Courriel : info@afpep-snpp.org

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

Éditorial

Garder l'esprit

Le temps des réformes organisées par les différents organismes qui veillent au bon fonctionnement de notre système de santé, se précipite; les échéances se trouvent fixées dans des délais courts, ne nous laissant pas le temps nécessaire à une réflexion minimale, et nous courons le risque de proposer des avis approximatifs ou hors délai. Reste à savoir si nos propositions éventuelles intéressent sérieusement nos interlocuteurs, nous avons aussi l'impression de devoir trouver les moyens de mettre en œuvre les choix décidés antérieurement.

Nous rappelons que l'ONDAM 2018 se situe autour de 2,5% (dépenses de ville et hospitalières) pour une augmentation des dépenses de santé estimée à 5% par an. Ces chiffres ne sont pas nouveaux, mais la volonté de réformes en cours les rend encore plus significatifs.

Nous avons aussi l'impression de devenir le recours des systèmes mis en place pour nous remplacer, à moindre coût, sans nous avoir consultés préalablement ; "l'expérimentation" du remboursement des actes effectués par les psychologues sur prescription des médecins généralistes en constitue un exemple. La création des Infirmiers de Pratiques Avancées nous concerne moins dans l'immédiat, mais la vigilance s'impose et il convient de définir, au minimum, les critères et les conditions qui rendraient ces pratiques inacceptables, comme la prescription et la prise de responsabilité des actes effectués. Les COmités de PIlotage des ARS ont pour fonction de mettre ces dispositifs en place dans chaque région. Il s'agit, lors de ces réunions, de répondre à la difficulté d'accès aux soins psychiatriques "à moyens constants" et d'accompagner le "virage ambulatoire" en évitant les journées d'hospitalisation. Une proposition, et donc un projet, consiste à déployer les moyens des zones les mieux dotées vers des créations de structures pluridisciplinaires de traitement ambulatoire dans les endroits sous-équipés. Nous ne pouvons qu'exprimer des interrogations sur la mise en pratique de ces réformes, même si le temps de réflexion entre les réunions est bien court pour réfléchir à d'autres positions.

Du côté de l'assurance maladie, les décisions se précipitent aussi, parfois en contradiction avec celles des ARS! Les travaux du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie continuent et préparent des propositions pour faciliter l'adresse des médecins généralistes vers les spécialistes, psychiatres y compris.

Ces exemples montrent que nous ne sommes pas toujours entendus, voire consultés, mais nous tenons à être présents; ainsi nous pouvons apprendre les évolutions en cours et tenter de les infléchir.

L'activité syndicale vit aussi une accélération centrée sur les consultations par télémedecine et leur remboursement par l'assurance maladie. Les négociations portent le remboursement des actes et l'avenant 6, qui porte sur ce sujet, sera soumis au vote par les présidents récemment réélus de la CSMF.

Une évolution positive du paysage syndical résulte du travail assidu et efficace de Jean-Jacques Bonamour du Tartre, actuel président du Conseil National Professionnel des Psychiatres. Il mérite largement nos remerciements pour avoir obtenu des prises de positions communes de la part de confrères de pratiques et d'intérêts si diversifiés. Ceci a été obtenu en organisant des rencontres fréquentes d'une journée complète.

L'OGDPC-PP continue d'assurer la présence de l'AFPEP dans le domaine de la formation, ceux qui l'organisent ne comptent pas non plus leur temps, de même en ce qui concerne la présence à la World Psychiatric Association.

La publication de "Psychiatries" et du BIPP demandent aussi une énergie et une disponibilité toujours renouvelée.

Affirmer notre présence, conduire l'évolution du SNPP et de l'AFPEP en relation avec les changements actuels, professionnels et sociétaux, tout ceci n'a de sens qu'en maintenant les valeurs et les "fondamentaux" qui ont servi de repères à nos prises de positions puis aux actions qui en découlent au fil des années. L'activité de psychiatre privé impose une solitude qui implique, en plus d'un effort de formation, une approche de la déontologie au quotidien et un travail sur l'éthique, à plus long terme, qui conduit la validité de nos pratiques. Nos décisions comportent des prises de risques, pour nos patients et nous-mêmes, les choix que nous effectuons impliquent une réflexion permanente, seuls, puis avec les pairs choisis pour cette remise au travail. Ma réélection m'amène, dans ce contexte, à proposer cette notion: il nous convient de GARDER L'ESPRIT. Celui de notre institution en premier, pour que nos divergences conduisent à maintenir une dynamique qui motive à nous rencontrer, y compris les plus jeunes.

Garder l'esprit, aussi, au sens philosophique d'esprit critique dans ce contexte de changements techniques et politiques

Garder l'esprit, enfin, comme on dit: "il faut raison garder" il me paraît essentiel de maintenir notre capacité de penser dans les moments où l'émotion risque d'annuler le raisonnement.

Claude Gernez
Président de l'AFPEP – SNPP

Assemblée Générale 2018

Rapport d'activité AFPEP – SNPP

Chers adhérents,

La saison 2017-2018 a été riche en événements et en activités. L'afpep-Snpp s'est retrouvée sur tous les fronts pour défendre notre métier de psychiatre dans ses valeurs d'indépendance professionnelle tant dans la relation thérapeutique que dans le respect de nos patients. Nous avons eu une action déterminante dans la défense de l'acte unique en psychiatrie qui a vu une revalorisation de la consultation psychiatrique. Notre syndicat qui est le premier chez les psychiatres libéraux et totalement indépendant du système assurantiel, n'a pas accepté les compromis valorisants à court terme mais toujours annonceurs d'un étranglement lent d'une pratique psychiatrique soignante, relationnelle et humaine. Encore une fois notre représentation et notre détermination se sont révélées efficaces. Il reste que la pédopsychiatrie demeure une discipline menacée du fait de la volonté des assurances de faire glisser cette pratique vers des soins encore plus économiques.

Dans les éléments marquants de ce début d'année, la suppression du Conseil National de Santé Mentale nous a semblé une bonne nouvelle. Ce Conseil avait tenu à l'écart la psychiatrie et seule la Santé Mentale devenait digne d'intérêt. Le soin était appelé à disparaître pour faire place à de la rééducation et des protocoles de bien-être. Pour autant notre réjouissance ne doit pas nous faire oublier que le soin reste menacé tant il reste coûteux et peu rentable aux yeux des décideurs économiques.

Enfin il convient de nous souvenir de Marie Lise Lacas disparue cette année. Cette psychiatre des premières heures de l'afpep-Snpp est restée très présente jusqu'à ces dernières années. Elle intervenait régulièrement sur différents sujets avec toujours des propos pleins de finesse et d'intelligence. L'afpep-Snpp tient à lui rendre hommage et le Séminaire de Printemps à Reims en avril 2018 a été une occasion de lui rendre cet hommage en lui dédiant notre journée.

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

Rapport d'activité de l'afpep 2017 :

1) Les Journées nationales. Les Journées nationales ont eu lieu à Lille, en octobre 2017 et avaient pour thème *le psychiatre et le chaos dans sa créativité et diversité clinique*. Nous avons bénéficié d'une belle organisation grâce à Catherine Goudemand et Agnès

Rocher. Au cours de ces journées, nous avons pu entendre de nombreux intervenants de qualité et, en particulier, la conférence de Jean Cooren : *Politique du chaos – Chaos du politique*, disparu récemment dont nous avons pu apprécier la grande vigilance clinique mais aussi l'amitié qu'il nous a témoigné en assistant à la totalité de nos journées.

Les Journées d'Angers, sous la présidence de Frédéric Aumjaud auront lieu du 4 au 6 octobre 2018 sur le thème de l'intergénérationnel et la psychiatrie dans ses approches cliniques et ses pratiques innovantes.

2) DPC /Formation : Nous avons organisé pour la saison 2017-2018, grâce au dynamisme de Françoise Labes, de nombreux programmes de DPC. Nous avons connu un frein dans notre activité car il a fallu attendre que notre ODPC – PP soit revalidée. Pour les programmes à venir qui ont été mis en place cette année, nous aurons : à Reims, le vendredi 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* ; un DPC *Psychosomatique* à Nice le 9 juin ; un DPC sur l'Éthique le 24 juin à Paris ; un DPC : *Avancer en Age et vieillir. Nouvelles approches cliniques en pratique libérale* sera proposé lors des Journées Nationales d'Angers ; enfin un dernier DPC sur *Alcool-dépendance* est prévu à Paris le 10 novembre 2018.

Enfin, très souvent ces formations se sont révélées très intéressantes pour les psychiatres libéraux. Nous nous sommes piqués au jeu malgré des contraintes technocratiques assez rébarbatives. Bien sûr l'avenir du DPC dans sa forme est menacé par les appétits des universitaires et du Conseil de l'Ordre. L'afpep reste très mobilisée pour continuer des formations au plus près de la clinique. Nous allons très prochainement demander un numéro de formateur, après le séminaire de Printemps à Reims, pour élargir notre offre de formations.

3) La recherche :

L'afpep s'est prononcée pour s'engager beaucoup plus dans la recherche devant la nécessité actuelle de baser des affirmations syndicales ou scientifiques sur des études qualitatives reconnues par tous. Nous avons formé un Groupe Recherche qui s'est réuni au cours d'un bureau d'été qui a amené deux options stratégiques.

La première adoptait d'emblée une recherche qualitative et la deuxième avec dans un premier temps un avant-projet avec un petit échantillonnage puis une deuxième phase qualitative.

Le choix des études concernées pouvait concerner : *La réponse des psychiatres dans les crises, Les psychiatres face à l'urgence et sur la souffrance des psychiatres libéraux*. Après un vote en CA, les deux lignes de recherche ont été adoptées.

Pour l'instant l'étude sur la souffrance des psychiatres libéraux a fait l'objet d'un questionnaire aux JN de Lille puis d'un premier bilan. La deuxième partie de cette étude se met en place avec le soutien d'une équipe de recherche hospitalière.

4) WPA.

Le grand moment de cette année a été le congrès mondial de la WPA qui s'est déroulé en octobre 2017 à Berlin. Jérémie Sinzelle dont on ne peut que saluer la force de son travail, a obtenu que l'afpep organise un Symposium avec la Section histoire de la Psychiatrie sur le thème du Dialogue Franco-allemand dans la Psychiatrie classique avec, entre autres, les communications de Jérémie Sinzelle et de Patrice Charbit. Notre bureau était aussi présent avec notre trésorière Beatrice Guinaudeau.

Le Pr Helene Herman à la Présidence de la WPA allait pour nous dans le bon sens car nous partageons avec elle des valeurs communes pour une psychiatrie clinique et humaine.

5) L'afpep a participé à divers congrès :

- Alfapsy à Rio de Janeiro avec une communication de Jacques Barbier : *Il faut être fou pour croire aux chiffres*.
- CFP Lyon 2017 en tenant un stand et en organisant une session dans le Forum des associations sur *La triade père-mère-bébé face au contexte de séparation précoce* sous la présidence de Françoise Duplex, notre secrétaire nationale à la pédopsychiatrie. Thierry Delcourt, notre vice-président à la communication, a fait une rencontre avec l'expert remarquable sur les soins psychiatriques aux artistes. Dans le cadre du prochain CFP à Nantes, une contribution prévue sur des sessions dédiées aux libéraux sur la prescription aux personnes âgées et information avant prescription d'antipsychotiques, Dans le cadre du Forum des Associations, nous souhaiterions organiser une session avec Frédéric Aumjaud.
- Pour la première fois nous avons tenu un stand au Congrès de l'Encéphale à Paris. Ces deux derniers congrès ont été souvent l'occasion de rencontrer de nombreux confrères hospitaliers qui sont tentés par le libéral face aux pressions insupportables exercées qui se sont sur leurs pratiques.

6) Les publications de l'afpep-Snpp :

Deux Bipp sont parus cette année avec en mai 2017 le numéro 72 : *Y-a-t-il encore une place pour la psychiatrie* et en novembre le numéro 73 : *Le psychiatre, son art, sa signature* avec un dossier radicalité et psychiatrie.

Notre revue de recherche et d'échange Psychiatrie a vu la parution de son numéro 167, *Psychiatrie et numérique*.

Des nombreux collègues ont témoigné de la qualité de nos publications et nous pouvons nous féliciter de la créativité de nos auteurs, de la solidarité de nos comités de rédactions et du dynamisme talentueux de notre rédacteur en Chef : Thierry Delcourt.

7) La Fédération Française de psychiatrie (FFP) :

- La FFP, grâce à l'impulsion de Jean-Jacques Bonamour du Tartre contribue à l'élaboration du quatrième plan autisme, au COPIL de psychiatrie, aux travaux HAS sur RBP sur autisme enfants et adultes, coopération avec les MG notamment
- De nombreux travaux sont en cours sur la radicalisation, avec publication d'un rapport intermédiaire accessible sur le site PSYDOC, sur les collaborations interprofessionnelles notamment avec les infirmiers (en cours de rédaction) et sur les relations avec les familles et l'annonce d'un premier épisode psychotique.
- Plusieurs auditions se sont déroulées au cours de l'année à l'IGAS et à la Cour des Comptes ainsi qu'une participation à une réunion provoquée par M^{me} Buzyn sur la situation de la psychiatrie en décembre 2017.
- La préparation des deuxièmes journées de perfectionnement pour les psychiatres d'adultes prévue initialement fin janvier, mais reportées à une date ultérieure non fixée pour le moment, sur le thème « *informer, annoncer, parler pour contribuer au rétablissement* ». Nous pouvons également signaler la difficulté à mobiliser les psychiatres d'adultes dans le cadre de cette fédération vieillissante... et noter qu'il faudra qu'un membre de l'afpep-Snpp se dévoue pour être candidat à la présidence de la FFP à l'horizon de mars 2019, pour une entrée en fonction en mars 2021 !

8) Le Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP) :

- Des journées du CNPP ont été organisées, dont la première a eu lieu le 26 janvier sur le référentiel métier et la prochaine prévue le 20 avril sur la re-certification et une reprise du référentiel métier. En ce qui concerne la procédure de re-certification, il existe un consensus sur la nécessité de pouvoir s'appuyer sur un système de FMC fonctionnel avec 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.

- Le projet officiel est celui de tendre vers une société unique de psychiatrie, mais il paraît clair que les divergences restent sensibles sur la conception du métier et sur les rapports avec la FSM, notamment, certains membres du CNPP voulant s'émanciper de cette tutelle, alors que d'autres tiennent à y rester.
- A noter que les CNP sont de plus en plus désignés comme les interlocuteurs de référence pour les pouvoirs publics, en tant qu'ils comprennent les syndicats et les sociétés savantes, avec des universitaires, ce qui donne à penser qu'il faut s'y investir.

Rapport d'activité du Snpp 2017 :

1. Convention : Les actualités syndicales ont été riches en évènement au cours de cette année :

- Le 1^{er} janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) a remplacé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le grand mérite de changement de terminologie est d'annoncer la couleur. En effet le contrat d'accès aux soins avait surtout comme conséquence de fermer la porte des psychiatres secteur 2 aux assurés et de dégager les assurances privées de tout remboursement. Le Contrat d'Accès aux soins s'avérait surtout un contrat de fermeture aux soins. L'OPTAM reste dans le même esprit mais affiche plus clairement la volonté d'imposer aux psychiatres une politique tarifaire toujours plus étriquée. Derrière cette option existe la volonté d'atteindre l'indépendance dans le soin en imposant des critères économiques de pratique que l'on retrouve dans les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). De nombreux collègues ont vu des délégués de l'Assurance Maladie débarquer dans leur cabinet pour annoncer leurs mauvais résultats et la baisse des primes. Le SNPP ne peut qu'encourager les psychiatres à refuser toutes primes.
- Le premier juillet 2017, la consultation de psychiatrie est passée pour les secteur 1 de 43,70€ à 46,70€. Encore une fois le SNPP a porté à lui tout seul le combat pour cette revalorisation sur l'acte de consultation. Pour autant, la nouvelle convention a été l'occasion de multiplier des cotations où il est souvent difficile de se retrouver. Ainsi pour la pédopsychiatrie, la disparition du MPJ n'a pas été très claire sur son remplacement qui est revenu à une consultation classique. La pédopsychiatrie se retrouve encore avec des majorations ponctuelles comme la MPF

et la MAF sont passées de 10 à 20 euros le 1^{er} novembre 2017. La MPF est une Consultation en présence de la famille, d'un tiers social ou médico-social, pratiquée par le pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave. La MAF est une Consultation annuelle de synthèse familiale par le pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD. D'autres modifications tarifaires apparaissent régulièrement et nous vous informons régulièrement par les News et notre site.

- Le Tiers Payant Généralisé qui devait être mis en place le premier novembre 2017 a été différé par le ministère de la Santé pour devenir potentiellement généralisable. Il reste qu'il est devenu applicable pour les patients en ALD30, pour les femmes enceintes et les CMU-C. Pour autant nous constatons que les sociétés de télétransmission que nous payons mais qui sont au service des assurances, imposent en premier lieu des tiers payants pour certaines mutuelles. Bien sur cette approche vertueuse est battue en brèche par le refus de la MCS pour les patients ayant l'AME. Nous sommes aussi inquiets pour l'accès aux soins pour les mineurs isolés et les demandeurs d'asile.

2. **Le médico-social** : Nous avons soutenu grâce à l'action de Françoise Duplex, notre Déléguée Nationale au Médico-social, des confrères (en particulier en Rhône-Alpes) dont la pratique médicale risque d'être perturbée par une approche *écosystémique de l'enfant* imposée par l'ARS locale (voir le Bipp n°73-p13). L'ARS envisage de prendre des mesures pour transformer les CMPP, en plate-forme diagnostic-autisme de plusieurs niveaux selon la sévérité, et plate-forme diagnostic «Dys». C'est donc une orientation neurologique, génétique et non psychodynamique qui se profile. Le soin aux enfants serait abandonné pour de l'expertise diagnostique. Le Snpp se doit d'être présent pour soutenir nos collègues du médico-social qui sont soumis de plus en plus à des pressions administratives de plus en plus coercitives au cœur de leur pratique atteignant la qualité des soins.

3. Communication :

- Une mobilisation s'est faite pour améliorer nos outils de communication et nous avons envisagé pour le site, la News de créer une rubrique « annonces »
- Nous envisageons de mettre en place une plate-forme de communication pour les jeunes psychiatres qui ont souvent une image très floue de la psychiatrie privée. Nous avons décidé d'organiser des réunions en régions pour les

jeunes installés et à solliciter des délégués pour les régions déshéritées pour s'approcher des psychiatres installés récemment. Nous ferons un bulletin d'adhésion plus attractif et des tarifs progressifs pour les jeunes installés ainsi que les remplaçants. Nous pourrions aussi mobiliser les jeunes psychiatres avec des prix de thèse remis au cours de nos journées.

- Le groupe Communication s'est réuni pour rencontrer le concepteur du site pour le rendre attractif et plus réactif. Nous avons aussi rencontré une attachée de presse et une journaliste pour envisager un travail commun pour communiquer à l'occasion des Journées de Printemps pour une première étape. Hélas cette rencontre n'a pas été fructueuse avec l'attachée de presse qui semblait être dans une communication aux titres accrocheurs mais à faible contenu. La journaliste a montré une plus grande écoute et un meilleur sens de l'investigation. Pour l'instant nous restons dans une réflexion sur les pistes à suivre pour améliorer la force de nos messages.

4. CASP :

Sous la présidence de Patrice Charbit, une réflexion est menée au sein du CASP pour faire évoluer le CNPP vers une société unifiée de psychiatrie. Cette société serait sans doute le regroupement des différentes instances syndicales et scientifiques de la psychiatrie.

Une journée mondiale sur l'épidémie du diagnostic de TDAH s'organise avec Stop-DSM et l'AFPEP en octobre 2019. Une journée européenne s'organise aussi à Paris en octobre.

5. CSMF :

Notre arrivée à la Csmf a dynamisé la réflexion sur le soin psychiatrique. Claude Gernez et Karim Boutayeb ont défendu nos positions sur l'acte unique en psychiatrie et nous avons évité de trop nous appesantir sur les consultations complexes dans un premier temps. Les réélections de Jean-Paul Ortiz et de Patrick Gasser sont pour nous nous de bon augure car elles assurent une continuité dans l'attention portée aux disciplines médicales intellectuelles et peu techniques. Cette réélection annonçait la signature de la convention par la CSMF. Par ailleurs, la branche spécialiste, entre autres projets, s'est engagée dans une expérimentation de la télémédecine à laquelle nous sommes invités à participer en psychiatrie, et sur leur rémunération, pour des patients qui ne peuvent accéder au cabinet de consultation du fait de pathologies invalidantes et/ou de distances trop difficiles à parcourir.

Michel Jurus
Secrétaire général

Adopté à 93 voix pour – 1 abstention
94 votants

Rapport financier

Le nombre des adhérents est stable pour cette année avec de nouveaux inscrits.

Les dépenses sont contenues et conformes aux prévisions.

Les projections pour l'année 2018 sont équilibrées et le succès des actions DPC toujours confirmé.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

94 votants : adopté à l'unanimité.

Rapport moral

Les deux rapports précédents témoignent de la qualité du travail effectué durant cette année par Béatrice Guinaudeau et Michel Jurus, chacun dans leur domaine, au nom de tous, je tiens à les en remercier vivement. Leurs actions permettent de maintenir la dynamique de notre institution.

J'aborderai ensuite, commençant par les aspects négatifs de cette mandature, les conflits déclenchés entre certains d'entre nous autour de la manière de conduire le travail de recherche qualitative décidé les années précédentes comme utile à nous faire reconnaître par les instances du ministère et d'autres interlocuteurs. Les difficultés apparentes ont porté sur la méthodologie propre à ce type particulier de recherche, il a finalement été décidé de conduire deux thèmes de travail, dont l'un poursuivrait l'étude du questionnaire recueilli aux journées de Lille. De cette expérience, plusieurs conclusions à tirer sous forme de projets : la « ligne rouge » de nos débats se constitue avec le refus des accusations personnelles « ad hominem » surtout non explicitées ; la reprise des activités communes montre que les problèmes sont en voie d'être dépassés.

Une autre proposition consiste à proposer au vote de l'AG de ce jour un résumé des débats en CA sans attendre la validation du compte-rendu lors de l'AG suivante. Ce dispositif devrait permettre de rendre notre association plus dynamique en informant chaque adhérent des « chantiers » en cours. L'installation

des jeunes psychiatres reste un sujet difficile, une voie possible serait la possibilité de stage dans les cabinets de ville, que nous discutons avec les différents interlocuteurs (y compris Monsieur Laforcade pour son rapport) mais la situation évolue peu, d'autant que les services hospitaliers se disputent déjà leur présence, notre action se porte donc plus vers le remplacement qu'il nous faudrait favoriser.

La télémédecine mérite aussi notre attention, elle est déjà mise en place, et nous pouvons y trouver un recours dans des situations particulières, par exemple de patients éloignés ou dans l'impossibilité de se déplacer ; il s'agit donc de prises en charge régulières et non d'une pratique exclusive et systématique. Nos réticences se portent sur les « plateformes » dont l'appartenance indique le but affiché de pratiques contraaires à nos engagements professionnels. Je propose donc d'entamer une étude sur ce sujet, tant en ce qui concerne les services possibles pour nos pratiques et les aléas éventuels, que sur les différentes références proposées.

Enfin, je souhaite féliciter et remercier tous ceux qui contribuent, par leurs efforts renouvelés, au bon fonctionnement de l'AFPEP-SNPP.

Claude Gernez

**Adopté à 87 voix pour – 7 abstentions
94 votants**

Renouvellement des Conseillers Nationaux

Se présentent :

- Olivier Brunschwig
- Claude Gernez
- Karine Hénon
- Jérémie Sinzelle
- Sophie Stein
- Elie Winter

Sont élus

- Olivier Brunschwig
- Claude Gernez
- Karine Hénon
- Jérémie Sinzelle
- Sophie Stein
- Elie Winter

98 votants : élus à l'unanimité.

Motions

La télémédecine : Le SNPP s'engage dans une réflexion sur les possibilités de télémédecine en psychiatrie, et sur leur rémunération, pour des patients qui ne peuvent accéder au cabinet de consultation du fait de pathologies invalidantes et/ou distances géographiques.

**Motions votées à 95 voix pour – 3 abstentions.
98 votants**

Les consultations complexes : Le Snpp souhaite s'inscrire sur les possibilités de consultations complexes dans des domaines de la psychiatrie qui demandent souvent des consultations avec différents interlocuteurs autres que le patient. Nous pensons tout d'abord à la pédopsychiatrie, la géronto-psychiatrie et la périnatalité psychiatrique.

**Motions votées à l'unanimité.
98 votants**

Communiquer aux adhérents des compte-rendu de CA : L'Afpep-Snpp veut s'engager dans une communication encore plus grande avec ses adhérents en les informant le plus rapidement possible sur les points forts de chaque CA de l'Afpep et du Snpp.

**Motions votées à 90 voix pour – 8 abstentions.
98 votants**

Formation des pairs (DPC et non DPC) : L'Afpep va continuer à défendre des formations de qualité grâce à son organisme ODPC – PP. Notre association s'inquiète des tentations universitaires et ordinales de s'emparer des formations.

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.

**Motions votées à 91 voix pour – 7 abstentions.
98 votants**

Bureau AFPEP – SNPP 2018

Présidents d'honneur

Hervé Bokobza
Jean-Jacques Laboutière
Michel Marchand
Olivier Schmitt
Patrice Charbit

Président

Claude Gernez

Vice-Présidents

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Olivier Brunschwig
Thierry Delcourt
Jérémy Sinzelle

Secrétaire Général

Michel Jurus

Secrétaire Général Adjoint

Élie Winter

Trésorière

Béatrice Guinaudeau

Secrétaire Nationale déléguée auprès de la FFP

Capucine Rivière

Secrétaires Nationaux à la Pédopsychiatrie et au médico-social

Françoise Duplex
Françoise Coret

Informations AFPEP–SNPP

Actualités syndicales

La réélection de Jean-Paul Ortiz comme président de la CSMF et celle de Patrick Gasser président de l'UMESPE ont relancé les négociations avec la CNAM en particulier au sujet des consultations et avis d'expert par télé-médecine. Le SML a signé la nouvelle convention pour ce même dossier, il y a quelques semaines. A la suite des rencontres et échanges il apparaît à ce jour que le texte, l'Avenant 6, soit assez élaboré pour être proposé aux différentes centrales, qui paraissent favorables à la réglementation sous la forme ainsi négociée. La FMF semble plus réticente pour des motivations qui lui sont propres.

En ce qui concerne la CSMF, signer cet avenant prendrait une valeur particulière, ce geste en effet signifierait de ratifier la convention en elle-même et donc reprendre la

vie conventionnelle. Ce qui implique aussi de reprendre place dans les Commissions Paritaires Locales, avec de nouvelles élections dans chaque département pour la présidence de la section professionnelle.

Mais la plus importante porte sur les avenants suivants ce dernier (le n°6) sur lesquels la CSMF pourrait intervenir de manière plus efficace en situation de signataire.

Le vote interne déterminant ce choix se déroulera, pour l'UMESPE, le mercredi 23 mai prochain, le pronostic actuel incite plutôt à se prononcer pour une intégration dans la convention.

Claude Gernez

Communiqué

Réactions au discours de M^{me} BUZYN Ministre de la Santé au Congrès de l'Encéphale le 26 janvier 2018. Paris.

Nous avons entendu un discours tourné vers l'intérêt de la psychiatrie, des patients et des médecins somaticiens particulièrement. Un discours enrichi de références culturelles littéraires philosophiques, psychanalytiques et de psychiatres aliénistes avant-gardistes, où la réalité se mêle à la poésie, tandis que celle de terrain est beaucoup moins idéale.

D'une façon générale, on entend le souhait de rompre, de se démarquer, de désolidariser totalement d'un ton entendu sous d'autres gouvernements où les malades n'étaient pas considérés comme des personnes qui souffrent mais comme des individus « dangereux » (sic), propos construits dans la peur, incitant à la méfiance, appelant le sécuritaire. Il s'agit désormais de parler de patients, de malades mentaux.

Le vœu est « d'améliorer la prévention, de favoriser des diagnostics plus précoces, l'inclusion sociale et une citoyenneté active, faire évoluer les mentalités afin que la psychiatrie ne soit plus marginalisée, et faire en sorte que la santé mentale ne traîne plus au rancart de nos tabous et ne soit plus la part d'ombre

de notre société » (sic). Dé-stigmatiser la maladie mentale. À ce ton sérieux et presque tragique, succède un phrasé plus ludique, un ton plus badin, où Molière est convoqué : « Cacher cet hôpital que je ne saurais voir » tel Tartuffe* s'adressant à Dorine : « Couvrez ce sein que je ne saurais voir, par de pareils objets les âmes sont blessées, et cela fait venir de coupables pensées. »

L'hôpital psychiatrique, incarnant une hétérotopie, un lieu autre, (sic) serait finalement comparable à un sein, objet de désir. Ce joli programme, poétique idéaliste fait figure d'oxymore. L'inadaptation du propos à la réalité de la psychiatrie publique va surprendre quelques confrères qui n'ont pas tardé à s'exprimer sur ce qui leur apparaît comme une offense, dans la presse. Voir le communiqué du collectif des 39. **

M^{me} la Ministre se référera également à Henri Marc Baruk, Breton, élevé dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique de Saint Gemmes sur Loire (49) ayant grandi parmi les patients chroniques, où son père était médecin chef. Dans L'ouvrage : « Des hommes comme nous » : on peut lire : « Il n'y a pas de fous, il n'a que des personnes malades » Le titre résume son vécu, sa pensée.

M^{me} la Ministre cite aussi Lucien Bonnafé : « On juge une société sur la manière dont elle traite ses malades mentaux ». Bonnafé est à l'origine de la psychiatrie de secteur.

Ainsi M^{me} Buzyn, elle-même professionnelle de santé, ancienne chef de service de médecine, ayant travaillé en étroite collaboration avec des psychiatres, souhaite un rapprochement entre les médecines somatique et psychique, entre soma et psyché, et s'appuie sur la Citation d'Aristote : « L'âme est l'entéléchie du corps » notamment pour la thérapeutique des malades toxico-dépendants ou alcool-dépendants.

Ainsi la formation des médecins généralistes va être renforcée par un stage en psychiatrie obligatoire, le médecin généraliste deviendra le premier recours en bilan initial. Ces derniers bénéficieront de temps supplémentaires lors de consultations de cas complexes qui seront mieux rémunérées, à l'instar des consultations d'enfants et seuls les cas les plus lourds seront adressés au psychiatre. Ces mesures, appréciables pour nos confrères généralistes, ne peuvent que nous inquiéter. C'est ainsi placer les psychiatres en position d'expert que l'on sollicitera lorsque sera venu le temps de rédiger des certificats à destination de reclassement professionnel ou autres. Nous ne serons plus sollicités pour un travail de psychothérapie, qui sera réservé à des psychologues, dont la formation diffère et ne peut remplacer notre expérience de médecin spécialiste, capable d'appréhender le patient dans une globalité clinique avec prescriptions médicamenteuses. Que de temps perdu pour certains patients. Par exemple, les patient(e)s hystériques qui enchaînent les diagnostics de maladies organiques les uns après les autres avant que ne soient enfin repérées les manifestations psychiques de la névrose. Une intervention spécialisée plus précoce permet d'éviter l'enlisement dépressif inéluctable.

La formation en psychiatrie concernera également les infirmiers, assistants sociaux, psychomotriciens, orthophonistes, aux compétences spécifiques. Un seul corps de métiers avec des formations continues et des spécialisations multiples.

L'accent sera mis sur les meilleures formations des médecins somaticiens. Hélas les psychiatres libéraux sont les oubliés de ces préoccupations. Le souhait est de faire fonctionner la médecine somatique et la médecine de l'âme sur le même mode, certes psyché et soma tel que nous l'écrit Aristote sont indissociables, toutefois, nous psychiatres, savons que l'approche est différente, et ne peut se superposer dans un fonctionnement identique, particulièrement à l'heure actuelle, où la technicité est très avancée.

Poursuivant sur le sujet de la technicité, M^{me} Buzyn rappelle que la psychiatrie est la seconde spécialité avec le plus grand nombre de praticiens, constatant que la recherche n'aboutit pas – à l'inverse des autres

spécialités, à découvrir des bio-marqueurs qui feraient avancer les thérapeutiques, les pronostics. Nous échouons à localiser des gènes, les marqueurs, qui, on voudrait le croire, s'ils étaient identifiés pourraient modifier le sort des alcooliques ? Des toxicomanes ? Des autistes ? Des dépressifs chroniques ? Des anorexiques ? Et autres malades ? Me Buzyn souhaite booster la recherche, mais en quête de quel Agalma ? Posons-nous la question du pourquoi la recherche n'aboutit pas à des conclusions précises et claires ? Tels ce qui nous distinguent des autres spécialités, en psychiatrie les troubles dont souffrent les patients s'originent dans une complexe alchimie entre déterminisme biomoléculaire, neurologique, génétique et processus psycho-dynamiques identifiable, repérable dans les distorsions du langage (cf. les travaux de J. Lacan) et grâce à l'accès à l'inconscient en suivant la voie royale qu'est le rêve, découverte freudienne du début du XX^{ème}.

Freud est une référence pour Me Buzyn à propos des patients psycho-traumatisés pour lesquels une meilleure prise en charge est promise sous les lumières de Sigmund Freud et Françoise Dolto et concerne :

-Les femmes victimes de violence, les enfants maltraités, les migrants, Les victimes du terrorisme, les handicapés. Voici ce qu'on entendit : Selon Freud : « Chez les Migrants les effets du traumatisme apparaissent longtemps après la migration elle-même. ». Puis Françoise Dolto : « On traumatise plus par le silence, le non dit, que par le dit. »

La pédopsychiatrie, en pratiques libérale et publique devient une priorité nationale, promesse faite de mieux rémunérer les actes en pédopsychiatrie libérale, ce qui n'est pas rien lorsqu'on connaît la réalité de la désertification de cette spécialité en ville. Augmentation du nombre de postes de chef de service (41 postes supplémentaires dans les CHU) et assistants hospitaliers (10 postes). Prudemment M^{me} la Ministre ne s'est pas engagée sur le terrain de l'Autisme qui a été un cheval de bataille malsain des politiques précédentes.

Des actions de prévention seront dirigées à l'endroit des patients suicidaires dont là aussi elle souligne combien leur responsabilité est trop mise en avant aux dépens des causes déclenchantes sociales, revenant sur l'étymologie sui (soi) caeder (tuer), « Acte indicible qui se décide dans la solitude la plus crue, la plus nue ». Citation d'Antonin Artaud « On subit le suicide, on est un suicidé de la société ». Toutefois, n'omettons pas que ce poète souffrait de troubles pour lesquels la seule société ne peut être tenue responsable de ses troubles psychiques. Un dispositif d'écoute d'aide et de re-contact dès la sortie de l'hôpital des patients suicidaires sera mis en place avec mise à disposition d'un numéro de téléphone « vigilance ». Oui, c'est une bonne idée.

Le désir de M^{me} la Ministre est de voir se réduire la coercition, le recours aux soins sans consentement, l'isolement et la contention, avec Michel Foucault comme référence théorique.

A propos des questions de budgets et de territoires de santé, M^{me} la Ministre a insisté sur la nécessité de réparer l'iniquité de répartitions de moyens financiers d'un territoire à un autre, d'un hôpital à un autre, où les inégalités sont flagrantes. Elle dit vouloir s'attacher à corriger ces injustices de répartitions de moyens.

En conclusion: Le discours de Mme La Ministre, s'est voulu intellectuel, savant, probablement car il s'adressait à une population, les psychiatres, réputée riche sur le plan culturel et de la pensée. M^{me} Buzyn souhaite transformer la politique de santé psychiatrique par divers moyens : lutte contre la stigmatisation de la folie, respect des malades mentaux, formations professionnelles renforcées des médecins généralistes et corps infirmier, mais cela concerne peu les psychiatres libéraux. Amélioration de la prévention des maladies et du diagnostic, meilleur accompagnement de la souffrance morale, et développement de la recherche pour que notre pays soit à la pointe, en matière de thérapeutiques et de meilleur pronostic. Une meilleure dotation budgétaire moins inéquitable est annoncée. L'accent sur la pédopsychiatrie ainsi qu'une revalorisation de l'acte de consultation sont également promis. Nous l'attendons avec impatience !

Dans l'ensemble, les psychiatres libéraux et médico-sociaux sont peu concernés par tous ces encouragements. Les médecins généralistes devenant les acteurs premiers de la prise en charge de la souffrance morale, au mépris de la reconnaissance de l'immense spécialisation des psychiatres, dont le travail est sans cesse réinterrogé au cours de leur carrière grâce à des formations continues, qu'ils ont toujours mises en œuvre sans avoir attendu que ce soit devenu obligatoire. Spécialisation qui passe par un long et coûteux travail sur soi-même et par des séances de supervision, que ne remplaceront jamais quelques stages au cours de l'internat. Notre spécialisation touche des domaines bien plus larges que le pur champ psychiatrique mais rejoint l'anthropologie, la philosophie, la littérature, la psychanalyse, les sciences neurocognitives, et s'ouvre sur un champ culturel très complet.

Laissons l'avenir nous parler.

Françoise Duplex

* *Molière Tartuffe ou l'imposteur (1669) Acte III Scène.*

** *le Collectif des 39 le 02/02/2018 article dans Médiapart du Docteur Paul Machto.*

Télémédecine

Devenue une réalité, la télémédecine se trouve être un enjeu essentiel pour la signature de la convention, effective en ce qui concerne le SML, potentielle pour la CSMF.

Le SNPP se propose de s'informer des modalités d'utilisation auprès de plusieurs organismes qui ont su réunir les critères de capacités techniques, de sécurité du secret médical, d'accord de remboursement avec la CNAM.

Notre spécialité semblait intéressée par cette pratique puisque "les psychiatres ne touchent pas leurs malades" et certains se sont montrés désireux de réaliser cette activité. Cependant, après concertation entre nous pendant le dernier Conseil d'Administration du SNPP, nous posons des préalables à cette utilisation. Ce ne devrait pas être une pratique exclusive, mais un mode ponctuel dans des conditions particulières; nous avons tous connu la difficulté du suivi d'un patient résidant à l'étranger pour une durée plus ou moins longue, ou parti

s'installer dans une région différente. Les difficultés de déplacement constituent aussi une possibilité de recours à cette nouvelle offre de soin. Ces exemples ponctuels montrent que nous souhaitons préserver la qualité de la relation avec nos patients et respecter, là encore, notre vision du métier de psychiatre et des exigences qui en découlent.

L'avenant 6 définit les règles de remboursement des actes, il convient de remarquer en positif l'égalité entre consultation présente et virtuelle, y compris le CNPSY, l'inscription dans le parcours de soin; même si les C2 et C3 ne sont pas possibles dans cette activité. Les dépassements restent possibles dans les mêmes conditions que dans l'activité en présence physique du patient, y compris les prescriptions Hors Nomenclature.

Il nous faut maintenant étudier les modalités de cette pratique dans ses réalisations effectives puis en rendre compte notamment dans nos revues.

Claude Gernez

Le mot du rédacteur

Comme tous les ans à même époque, vous pouvez lire dans ce BIPP le bilan des assemblées générales de l'AFPEP-SNPP et de l'ODPCPP. Vous pouvez constater que l'année 2017 a été particulièrement chargée tant sur le plan syndical que scientifique, et que notre organisme de développement professionnel continu, l'ODPCPP, a repris une intense activité après quelques soucis administratifs liés à de nouvelles normes de l'ANDPC qui a remplacé l'OGDPC. Si les réalisations et les actions ne manquent pas, les projets non plus, et cette année 2018, partie sur les chapeaux de roues, le prouve s'il en était besoin.

Il est bon de rappeler que nos luttes syndicales, notre engagement scientifique et nos actions de formation restent solidement ancrés dans une éthique du soin psychiatrique toujours axée sur les fondamentaux que nous défendons depuis des décennies, et qui restent actuels. Cela ne veut pas dire que nous n'évoluons pas au fil des progrès de la science et des thérapeutiques, et aussi de la demande de nos patients, des familles et de leurs associations.

Le BIPP est le témoin de cet intense et exigeant travail qu'effectuent les membres du conseil d'administration de l'AFPEP-SNPP et le bureau de l'ODPCPP. Si ces forces vives le restent contre vents et marées, elles n'en sont pas moins harassées par cette charge de travail qui pèse sur un certain nombre de collègues. Tout cela pour dire que nous espérons voir venir avec nous des adhérents, ou des futurs adhérents, afin de partager ces tâches. Certes, on peut avoir peur de cet engagement, mais les membres du bureau vous confirmeront que non seulement, plus on est nombreux, plus la tâche est légère, mais qu'aussi l'ambiance en est d'autant plus détendue dans l'émulation du collectif.

Si les membres de l'AFPEP-SNPP reçoivent ce BIPP grâce au financement de leur adhésion, vous êtes nombreux, sympathisants, à le recevoir gratuitement. C'est un choix que nous avons fait de partager le plus largement possible notre travail. Si nous avons besoin de forces vives pour nous aider, nous avons aussi besoin de subsides pour pérenniser nos actions. Il est donc nécessaire qu'à un moment ou un autre, psychiatres libéraux et psychiatres du médico-social, vous puissiez décider d'adhérer à l'AFPEP-SNPP. Nous avons fait en sorte que la cotisation soit très progressive et de plus, elle est totalement déductible de vos revenus professionnels.

Lors de cette année 2017, nous avons organisé à Lille des Journées Nationales sur le chaos qui n'ont pas démenti la réputation de qualité de ce rendez-

vous annuel de l'AFPEP-SNPP. Cette année 2018 a débuté avec une Journée de Printemps à Reims sur le thème « croire n'est pas penser ? ». Là encore, ce temps fort a été une réussite, notamment par la qualité des débats auxquels une large place a été faite. C'est dans ce même esprit que nous organisons du 4 au 6 octobre 2018, nos Journées Nationales à Angers sur le sujet vieillissant et l'intergénération. Il est temps de vous y inscrire, ainsi qu'aux sessions de DPC qui s'y tiendront le vendredi 5. Sachant que vos actions DPC vous sont financées, cela réduit d'autant le montant de votre inscription à l'ensemble des Journées Nationales.

Nous allons prochainement solliciter votre avis sur le déplacement dans l'année de la tenue des Journées Nationales, de l'automne au printemps. En effet, nous avons constaté que de nombreux congrès se tiennent à l'automne et qu'il serait peut-être opportun de changer nos dates. Du même coup, la Journée de Printemps deviendrait une Journée d'Automne.

Depuis quelques années, nous avons fait le choix de participer très activement au Congrès Français de Psychiatrie (CFP) qui se tient cette année à Nantes du 28 novembre au 1er décembre. Ce congrès éclectique, nous permet d'être visibles et présents pour répondre à de nombreuses sollicitations des congressistes qui se pressent à notre stand, dévorent nos revues et nous posent de nombreuses questions sur le fonctionnement de la psychiatrie privée. Cela leur permet de démontrer quelques idées reçues, et par la même occasion, leur peur de s'installer en libéral. Cette année, non seulement nous aurons un stand jouxtant celui de la FFP, avec qui nous entretenons des relations étroites, mais nous interviendrons à plusieurs reprises : dans le forum des associations, dans les temps cliniques et dans les rencontres avec l'expert.

De la même façon, cette année 2018, nous avons bénéficié d'un stand lors du Congrès de l'Encéphale, ce qui nous a permis, là aussi, de répondre à de nombreuses sollicitations des psychiatres et futurs psychiatres. Certes, ces congrès ne fonctionnent pas sur le même mode que nos Journées Nationales, mais il est indispensable que nous y portions notre voix dans un éclectisme où, jusque-là, la psychiatrie privée comme nous l'entendons, était peu présente.

Vous remarquerez que ce BIPP est devenu une revue à part entière avec, cette fois-ci, un dossier spécial sur la clinique qui relate en partie les interventions et les échanges lors de la Journée de Printemps de Reims. Grâce à ces deux BIPP par an, et ces deux numéros de la revue Psychiatries par an, nous vous proposons

donc quatre temps forts, des articles, des informations syndicales, scientifiques, des tribunes ouvertes à tous, le tout en essayant de toujours préserver une qualité, et en ouvrant nos colonnes à tous nos adhérents.

Tout cela ne sera possible à long terme que grâce à votre participation à nos côtés par votre adhésion, mais aussi votre engagement avec nous en devenant

délégué régional ou conseiller national selon vos disponibilités, vos inclinations. S'engager ne veut pas dire se charger d'un travail harassant, mais simplement participer à un travail intéressant et diversifié, en fonction des disponibilités de chacune et de chacun.

Thierry Delcourt

Le point sur CNPP et FFP

Qui représente encore la psychiatrie ?

L'histoire allant parfois à contrecourant, le calendrier a voulu que j'assume cette année les fonctions de président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et de président du Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP), mettant en évidence un cumul de mandats politiquement incorrect de nos jours.

Dans la même période s'est installée une nouvelle direction au Ministère des Solidarités et de la Santé, inaugurant bien heureusement, à première vue, du moins, un style nettement plus acceptable que celui qui nous fut imposé les années précédentes : de là à se réjouir, il faudrait être bien naïf pour ne pas voir également dans ces changements de ton, l'œuvre des communicants si chers à notre époque... et dont la mission reste de faire avaler des pilules souvent mises au point bien avant que les épisodes de « concertation » soient à l'ordre du jour.

Où sont les psychiatres d'adultes ?

En parallèle, on ne peut que s'inquiéter du désintérêt ou de la passivité qui se développent dans nos rangs, notamment chez les psychiatres d'adultes de la FFP, dont l'absence aux diverses réunions est devenue réellement préoccupante, alors que cette dernière reste une instance reconnue par les pouvoirs publics : alors que les psychiatres infanto-juvéniles sont très actifs, sans doute « grâce » à la question de l'autisme, toujours mobilisatrice, et à l'état globalement très préoccupant de la pédopsychiatrie, les psychiatres d'adultes semblent gagnés par une fatigue de préretraités, à moins qu'il ne s'agisse que d'un défaitisme entretenu par la suroccupation, les attaques incessantes contre la psychiatrie, ou encore par la maigreur des « résultats » obtenus à presque tous les niveaux...

Qui connaît le Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP) ?

Tout n'allant pas nécessairement si mal, on pourrait se consoler un peu à voir le CNPP prendre (enfin) son essor, après avoir fait du surplace façon pistard

durant quelques années, dans un climat violemment conflictuel : le ton est plutôt à l'apaisement, même si l'on peut craindre par moments que cela confine à une certaine sidération hypnotique, et l'on se prendrait presque au jeu (façon peace and love) de rêver d'une société unifiée de psychiatrie où chacun des mouvements pourrait se reconnaître dans un climat de pluralisme assumé...

En tout cas, le CNPP est désormais clairement désigné comme l'interlocuteur de référence pour les questions de la psychiatrie, le ministère voudrait ne voir qu'une seule tête, aussi composite soit-elle, de même que la HAS, entre autres⁽¹⁾.

Un peu de pédagogie en nuisant pas forcément, rappelons que chaque spécialité médicale reconnue au sein de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) est censée être représentée par un Conseil National Professionnel, dont les attributions semblent devoir se préciser prochainement par décret, et concerner particulièrement les questions de priorités et de modalités de formation continue des médecins spécialistes : ainsi en serait-il notamment pour les thématiques de DPC, pour le suivi des activités de formation des praticiens, ou encore pour le processus de « re-certification », actuellement en chantier avec un « livrable » prévu à l'automne prochain.

La problématique du « guichet unique » et du droit à la divergence.

C'est aujourd'hui ce qui met en tension aussi bien les relations entre professionnels que celles avec les pouvoirs publics : comment réagir aux sollicitations nombreuses et de plus en plus pressantes émanant des différentes instances, en ayant le souci de « ne pas paraître divisés », alors que sur le fond, nous avons bien des raisons de l'être ?

Le risque est évidemment de s'en tenir à un discours œcuménique de surface genre « je ne suis ni pour ni contre, bien au contraire », et de laisser se développer progressivement une position faible qui desservirait la profession.

L'autre risque serait sans doute de réactiver des conflits radicaux entre les diverses composantes représentatives de la profession, ce qui encouragerait bien sûr nos partenaires officiels à prendre toutes décisions pour nous, qui ne sommes jamais d'accord entre nous...

La FFP comme le CNPP, des éléments stratégiques

Il n'est sans doute pas à notre portée de comprendre et de combattre efficacement la tendance inexorable à la désaffection vis-à-vis de la représentation syndicale et professionnelle en général : entre la saturation par le travail, les « effets de com » et les chants de sirène de la modernité efficace, les bras semblent tomber en masse, autant de bras que la profession risque de payer bien cher.

Mais ce qui nous est possible c'est de maintenir une participation active dans ces organisations que sont la FFP et le CNPP, où notre parole peut avoir un poids encore conséquent : la logique des pouvoirs publics étant de plus en plus de réduire les intermédiaires et de concentrer les instances, il importe que nous soyons dans la place, et que nous assurions la relève dans les années à venir.

Les sujets d'actualité

On n'a pas fait grand cas de la STSS (stratégie de transformation du système de santé) élaborée par Agnès Buzyn et présentée en février dernier par Edouard Philippe, mais elle ne va pas tarder à nous impacter, ce projet de réforme se faisant selon des « délais très contraints », doux euphémisme pour faire allusion à la marche forcée mise en œuvre aujourd'hui, multipliant les mises en chantier et les concertations-minute. Parmi les points sensibles :

1. Le travail piloté par la HAS sur la définition des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), qui doit aboutir en 2019 ;
2. La question des pratiques infirmières avancées (IPA), dont l'élaboration s'est faite « en douce » entre le ministère et les ordres des médecins et des infirmiers, sans consultation aucune des organisations professionnelles ;
3. La question de la re-certification (processus de validation périodique de la qualité des praticiens), qui doit aboutir dans quelques mois ;
4. La question des relations ville-hôpital, avec l'évocation redondante de la cohérence des « parcours de soins »,

5. Les critères à retenir pour le répertoire opérationnel des ressources (ROR), promu par le CNOM, qui devrait servir avant tout aux professionnels comme une base de données permettant de mieux définir quelles sont les compétences et les pratiques des médecins spécialistes ambulatoires, libéraux notamment.

Et pour finir, reparlons un peu d'autisme...

L'année a été très marquée au niveau de la FFP par la participation au COPIL en vue d'élaborer ce qui s'appelait initialement le quatrième plan autisme : nous y avons été invités après un tri soigneux des intervenants possibles, car le climat était des plus tendus entre le ministère, les associations d'usagers et les représentants des professionnels... En fin de compte, la voix de la FFP a été portée par Moïse Assouline et moi-même, et grâce à la contribution de nombreux collègues, il semble qu'on ait évité de pire dans cette stratégie autisme, notamment en termes de préservation des moyens de la pédopsychiatrie. Affaire à suivre cependant...

Quant aux journées de la FFP, prévues initialement en janvier et reportées à une date ultérieure du fait d'une annonce tardive, elles ont toujours pour projet de faire travailler les notions de maladie et de handicap psychiques, en regard de celle de rétablissement, qui est très tendance aujourd'hui...

A noter également la parution du rapport intermédiaire établi par un groupe de travail de la FFP sur la question Psychiatrie et Radicalité, accessible sur le site Psydoc en tant que numéro spécial de la revue Pour la Recherche ; sur le même sujet, la FFP va contribuer aux Etats Généraux de la Radicalisation qui se tiendront à Paris du 20 au 22 septembre 2018, sous l'égide du Pr Fethi Benslama.

Enfin, la FFP devrait disposer d'un site internet largement modernisé à l'automne prochain.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Président FFP

(1) A noter que l'AFPEP-SNPP est très présente au sein de la CA du CNPP, puisque Claude Gernez, Elie Winter, Patrice Charbit et moi-même y siégeons de fait, et que Jean-Jacques Laboutière en reste un des deux présidents d'honneur (l'autre étant Frédéric Rouillon).

La vie de l'ODPC – PP

Rapport moral

Assemblée Générale ODPC – PP 2017, le samedi 7 avril 2018

S'il n'y avait qu'un élément à retenir de cette année 2017, c'est la façon remarquable dont Françoise Labes nous a sortis de l'impasse, avec l'aide de Chantal Bernazzani, notre chère secrétaire, qui vient de prendre une retraite méritée. Toutes deux ont accompli un travail colossal afin de nous permettre d'être encore, mais à nouveau, un organisme reconnu par l'ANDPC. Ce fut une épreuve anxiogène pour nous tous, y compris pour les membres du conseil administration de l'AFPEP – SNPP, dont les subsides de l'ODPC – PP permettent un relatif équilibre financier.

Malheureusement, ces deux chevilles ouvrières et pensantes de l'ODPC – PP nous quittent après avoir tout remis en ordre, et nous avoir permis de mettre en place huit sessions de DPC pour cette année 2018. Bravo, et merci encore à Chantal, et tout particulièrement à Françoise Labes sans qui l'ODPC – PP ne serait rien aujourd'hui. Nous aurons à franchir cette étape, comme nous avons franchi celle, très douloureuse en 2016 avec le décès d'Anne Rosenberg qui était une des fondatrices de l'ODPC – PP.

Françoise Labes nous a informés qu'elle quittait lors de cette assemblée générale sa fonction de secrétaire générale. Il n'est pas le lieu ici de polémiquer sur les raisons de ce départ, mais on doit constater que le peu de reconnaissance témoignée à Françoise Labes par le conseil d'administration de l'AFPEP – SNPP et son bureau, et l'absence de collaboration active des membres de ce conseil au travail énorme que représentent les mises en forme et l'adaptation de nos sessions DPC, en est une des raisons.

Olivier Brunschwig a accepté de prendre le relais pour devenir à son tour secrétaire général, et nous l'en félicitons tout en lui souhaitant bon courage, et en lui rappelant l'entraide du bureau actuel, avec notamment la participation active de Michel Jurus, de Rania, notre nouvelle secrétaire, qui a déjà effectué un travail remarquable autour des dernières sessions DPC de ce début 2018, et bien entendu, ma participation indéfectible.

J'ai à plusieurs reprises demandé lors des réunions du conseil d'administration de l'AFPEPSNPP, que des forces vives nous rejoignent, apprennent le fonctionnement du DPC et la pratique de sa mise en place. Pour l'instant, excepté Claude Gernez, l'appel n'a pas été entendu. C'est le fonctionnement à terme de notre ODPC – PP qui est mis sur la balance, car il est évident que Michel, Olivier et moi-même, nous ne resterons pas toujours en fonction compte-tenu de nos charges de travail respectives qui sont très importantes, tant au sein de l'ODPC – PP que de l'AFPEP – SNPP, mais aussi dans nos multiples engagements par ailleurs. Nous passerons la main un jour ou l'autre, peut-être plus rapidement qu'on ne le voudrait.

Je profite de ce rapport moral pour remercier toute l'équipe de l'ODPC – PP, et particulièrement Françoise, Rania, Michel et Olivier. Si tout se passe bien, cette année va être riche d'enseignement pour tous les adhérents de l'AFPEP – SNPP, et tous ceux qui s'inscrivent à nos sessions de formation qui ne transigent ni sur la qualité, ni sur l'éthique qui les fondent, malgré l'obligation qui nous est faite de se conformer à des modèles très formalisés et des standards de conception de plus en plus exigeants tant sur le plan administratif que dans leur contenu pédagogique. Nous allons aussi engranger des subsides conséquents qui permettront, entre autres, de maintenir à flot les finances de l'AFPEP – SNPP, et donc de pérenniser nos actions scientifiques et syndicales sans compromettre leur aura dans le champ de la psychiatrie, et plus généralement de la santé.

Le terrain du DPC est mouvant. Nous l'avons constaté et subi ces dernières années avec les nombreux changements, notamment pour l'indemnisation des formations qui s'échelonne sur trois ans. Une autre réforme arrive, celle de la recertification, et là encore il faudra se battre pour rester validants dans ce cadre qui ne manquera pas d'instaurer de nouvelles restrictions. L'engagement est toujours d'actualité.

Thierry Delcourt
Président de l'ODPC – PP

ODPC – PP BILAN D'ACTIVITÉ

L'année 2017 fut en grande partie occupée par les formalités de réenregistrement de notre organisme à l'occasion de la mutation de l'OGDPC (dont la mise en route nous avait déjà coûté beaucoup d'efforts et de temps) en ANDPC (agence nationale du DPC). Nous effectuâmes également de longues et fastidieuses démarches en vue de l'enregistrement de notre numéro de formation continue auprès du ministère du travail.

Que soit ici rappelé le travail de Chantal Bernazzani.

Ces chronophages démarches réalisées nous dûmes, une fois notre dossier conforme, nous familiariser avec les nouvelles modalités de déclaration de nos programmes dorénavant intitulés actions.

Malgré de multiples projets en cours toute cette activité administrative dévoratrice d'énergie ne nous permit de concrétiser que trois programmes

- Évolution des traitements de l'alcool-dépendance :

À Paris 10^e, le 24/04/2017. 7 heures. 16 participants. 9600 euros.

Proposée par Olivier Brunschwig et sa collègue Micheline Claudon cette magnifique journée de travail collectif permit à chacun de revisiter ses représentations du sujet alcoolique, de sa prise en charge, et des possibilités de traitement médicamenteux.

À Paris 10^e, le 24/04/2017. 7 heures. 16 participants. 9600 euros.

- La réflexion éthique dans les pratiques psychiatriques :

Reprise sur une journée et demi, en association avec l'association de psychiatres libéraux de Rhône-Alpes, la proposition de réflexion fondée sur la philosophie mettant en acte l'interrogation sur le bien-fondé éthique de nos actions de psychiatres, en mettant en tension et au travail les rapports entre le niveau de réflexion basé sur les principes communs (la déontologie, la loi, la règle) et pour chacun ce qui les sous-tend à un niveau plus intime, éthique qui nous renvoie en même temps à notre commune humanité. Ce travail, coordonné par Michel Jurus est animé par Yan Plantier philosophe et Jacques Marblé Psychiatre libéral.

À Le Poët Laval, le 22/09/2017. 11 heures. 16 participants. 14400 euros.

- Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence : quelles pathologies, quelle prévention ?

Le duo de pédopsychiatres intervenant dans le champ de l'adolescence, Thierry Delcourt et Claude Gernez, poursuit sa proposition d'interrogation des difficultés spécifiques liées à la crise psychiatrique chez les adolescents

À Lille, le 29/09/2017. 25 participants, 4 heures. 7500 euros.

Toujours fondées sur l'inter formation qui est notre principe, ces sessions ont permis en s'appuyant sur l'expertise des intervenants des échanges entre pairs riches et denses, dont les participants nous remercient toujours de l'originalité et de l'intérêt.

De nombreuses actions devraient être réalisées en 2108.

Ce bilan 2017, le dernier pour ce qui me concerne est l'occasion tout en présentant ma démission de ces fonctions de Secrétaire Général, et de membre du bureau ODPC PP à compter de ce jour, de remercier vivement mes collègues, mes mousquetaires, Michel Jurus compagnon de galère depuis le début de l'aventure, Thierry Delcourt président attentif disponible et encourageant, et Olivier Brunschwig qui rejoignit la vaillante troupe et trouva d'emblée sa place en mettant en œuvre toute son intelligence et son engagement.

Avec bien sûr une pensée personnelle émue et fidèle pour le souvenir d'Anne Rosenberg qui fit partie de la petite équipe fondatrice et anima de sa rapidité de compréhension assortie de sa finesse relationnelle et de son énergie un esprit d'équipe qui ne fit jamais défaut entre nous et nous fit avancer contre vents et marées.

Françoise Labes
Secrétaire Générale

47^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

La psychiatrie à la croisée des temps cliniques à l'épreuve de l'avancé en âge

Les 47^{èmes} journées nationales l'AFPEP-SNPP se dérouleront à Angers du 04 au 06 octobre 2018

Un vrai défi de tous les dangers. En effet, le thème qui a été retenu est l'Intergénération et celui-ci nous invite, par ces temps tourmentés du futur de notre pratique à la réflexion socio-politique de notre place de professionnel. La plupart de nos adhérents ont déjà fait un bon parcours dans leur carrière. Les plus jeunes sont nettement moins nombreux mais ils représenteront notre profession dans l'avenir. Sans avoir à engager un débat d'arrière-garde, « c'était mieux avant », mais par notre apport de réflexions, nous avons à favoriser la temporalité. Remettre du temps peut permettre aux anonymes au pouvoir de se donner la possibilité d'autres lectures de la souffrance, de la maladie, de l'inadaptation, de la dépendance.

Actualisons notre praxie mais pas à n'importe quel prix.

La clinique catégorielle plus que processuelle prend actuellement le dessus et déshumanise de plus en plus le sujet qui avance en âge. Celui-ci se trouve ainsi décalé à mesure que son âge civil avance, que sa place dans le monde du travail n'est plus reconnue, que les aléas médico-chirurgicaux deviennent plus pesants et, de ce fait, que l'indépendance se restreint. Les plus jeunes par respect mais néanmoins sans complaisance, ont du mal à comprendre que les plus âgés ne comprennent pas certaines évolutions. « Il faut s'adapter », slogan annonciateur du déclin car le darwinisme a fait des morts, beaucoup de morts. Afin de restreindre les exclus, nous aurons à trouver des temps de transitions qui seront aussi des temps transitionnels.

Le psychiatre a été jusqu'ici celui qui est reconnu par la société comme étant capable de donner son avis sur le décalage amenant à l'expression pathologique d'une certaine normalité psychique et ce, à une époque et une société donnée. La lecture catégorielle de la clinique et de la prise en charge symptomatique qui refoulent très loin la rencontre vraie interroge les plus âgés par l'annulation des croisées diachroniques et synchroniques.

Comment les plus jeunes d'aujourd'hui accepteront-ils à leur tour, mais plus tard, de n'être que des symptômes et un agglomérat d'organes dont il suffit de proposer des réparations et/ou des conditionnements opérants?

Alors, qu'en est-il de cette lecture sociétale, de cette lecture de la clinique par les plus jeunes ?

Lors de ces journées, les positionnements théoriques, les points de vues, les éclairages sur le sujet vieillissant nous permettront-ils « des temps d'émergences* ». Des moments de rencontre véritable, passages de témoins sans pour autant de dissociations, ni de fractures générationnelles. Si le moteur commun de la fonction du désir est bien là, c'est son expression individuelle qui s'exprime sur des aunes différentes.

Temps de tous les dangers, nous avons à rester unis, quelle que soit notre place dans la temporalité de l'exercice de notre profession. C'est donc à travers notre lecture personnelle et de là où nous en sommes, dans notre propre trajectoire, que nous pourrons le mieux faire rencontre, entre nous, pour le présent, et l'avenir de nos consultants.

Nous avons à faire des alliances harmonieuses, et nous y reconnaitre dans l'antre du temps afin d'assumer les différents temps générationnels.

* M.Crommelink et P.Lebrun « Un cerveau pensant : entre plasticité et stabilité » ed ;Erès.

Invitation de lecture : S. Guérin et P-H Tavoillot « La guerre des générations aura-t-elle lieu ? » ed ; Calman levy

Congrès Français de Psychiatrie

Nantes - La cité des Congrès LE TEMPS

28 novembre au 1^{er} décembre 2018

L'ajustement de la prescription de psychotropes en gérontopsychiatrie fait partie du quotidien pour le praticien d'exercice libéral.

En effet, si la prescription peut s'imposer, l'ajustement voir la disparition des psychotropes ne peut être qu'une mise à disposition pour le Sujet Vieillissant Âgé (SVA). Mise à disposition pour que ce consultant puisse, par l'accompagnement thérapeutique assumer cette notion de bénéfice/ risque si souvent mise en avant mais qui n'est pas exprimée de la sorte par mes patients. En fait, c'est plus une expression de victoire pour et sur eux-mêmes qui est rapportée.

En pratique, la prise de notes durant le ou les premiers entretiens permet que soit abordée la personne de manière globale. L'approche gérontologique passe par ce temps d'entretien médical indispensable pour rassurer. En effet, la prise chronique de psychotropes laisse le SVA dans une posture de patient malade d'un symptôme.

Ainsi, au fil de ce qui devient des entretiens, se dessine une place de cette prise médicamenteuse dans le mode de vie. Il faut parfois laisser du temps, reprendre les explications de manière « doctorale » pour que naisse une collaboration basée sur la confiance et de la conscientisation de cette prise médicamenteuse souvent très ancienne. Parfois, il faut passer à tout autre chose et poursuivre les rencontres en laissant de côté cette ordonnance.

Il est donc nécessaire de mettre en avant la praxie, la Signature du praticien avant d'imposer ce toilettage dispensé par le discours scientifique, médico-légal et socio-économique. Une réévaluation de la nécessité de cette prescription passe par celle du lien du SVA

avec le prescripteur habituel qu'est le médecin traitant, ensuite il faut évaluer les capacités adaptatives du fond de personnalité et des capacités neuro-psychologiques restantes.

Les positions théoriques universitaires qui imposent la disparition des psychotropes sont souvent effectuées avec brutalité dans les structures hospitalières où le séjour est de courte durée mais, petit à petit on voit réapparaître sur les ordonnances les mêmes produits avec les mêmes posologies.

S'il convient de lutter contre les effets secondaires et la iatrogénéisation de la clinique gérontologique l'approche clinique gérontopsychiatrique nécessite d'accompagner de manière personnalisée la déprescription. Notamment, assumer l'efficacité des produits à des posologies surprenantes pour un discours scientifique.

En pratique, à la suite d'une évaluation, le praticien donnera une information la plus « gériagogique » possible sur ce qu'il pense de cette prescription. Cela permettra de mieux positionner le curseur pour accompagner de manière très cognitivo-comportementale, ou bien de laisser le SVA s'exprimer dans l'après-coup, l'expression de la liberté de pouvoir s'assumer, marcher sans canne médicamenteuse et retrouver une liberté perdue. L'avance en âge à partir d'un certain âge est caractérisée par cette diminution des espaces de liberté dans la réalité. Il est surprenant de constater la joie d'une réussite d'élimination du quart de benzodiazépine ou du moignon d'antidépresseur qui a fini par disparaître après que le comprimé eut été, coupé, limé, frotté, oublié de temps puis complètement. En fait ce toilettage ne serait-il pas une désaliénation pré-mortem, réhabilitant un espace de vraie vie ?

<http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/>

Frédéric Aumjaud
gérontopsychiatre de libre pratique à Angers

Session Forum des associations

Intérêt d'une lecture clinique croisée de l'avancée en âge, du praticien au patient. Quelle apraxies pour quelle Signature ?

Les pratiques de la psychiatrie et la psychopathologie des personnes âgées avançant en âge ont du mal à s'exprimer compte tenu du manque d'intérêt manifesté par les psychiatres libéraux eux-mêmes.

Historiquement, dans les années 80, après l'évacuation des « inadéquates » des hôpitaux psychiatriques, les psychotiques chroniques et les déments stabilisés se sont retrouvés dans ce qui ne s'appelaient plus des hospices mais des V 120, V240 et autres hôpitaux ruraux. L'évolution de la démographie a progressivement mis en avant les problématiques déficitaires, la dépendance et les troubles du comportement lors de l'avance en âge. Il était donc tout à fait opportun que ce soit une équipe institutionnelle qui s'occupe de ces patients du fait des complexités de la prise en soins.

Au même moment, il convient de noter que, durant ces dernières décennies, l'attention n'a pas été la même en ce qui concerne le suivi en ambulatoire des personnes ayant une déstabilisation psychique ou des troubles psychiatriques à un âge avancé.

Actuellement, dans les Pays de la Loire, la prise en soin par les psychiatres libéraux des personnes de plus de 70 ans n'est que d'environ 5 % d'une patientèle du psychiatre. Cette population est sous représentée, ce qui signifie qu'il y a un net déficit d'accompagnement.

Nous nous proposons d'exposer un travail de réflexions autour de ce que peut représenter ce temps particulier de la pratique psychiatrique déclinée dans le temps. Le praticien est personnellement impliqué par cette dynamique temporelle aux résonances sociales, médicales, neuropsychologie et de fonction de sa personnalité.

Pour cela nous ferons intervenir des psychiatres d'âges différents et donc proposant une lecture de leurs praxies et de l'avancée en âge avec des regards que nous croiserons. Tout d'abord, une interne sur le point de s'installer comme psychiatre libéral sans orientation clinique particulière. Ensuite, un psychiatre retraité considéré comme étant dans une semi-retraite avec une poursuite professionnelle ciblée et peu active, c'est-à-dire continuant une activité tout en étant disponible pour, lui-même et ses proches, donc pour d'autres types d'investissements. Pour finir un psychiatre retraité et qui souhaite poursuivre son activité de cabinet sur un rythme très proche de celui qu'il avait avant de prendre pension.

Le rôle du président de séance en tant que gérontopsychiatre libéral proposera des pistes de réflexions pour une incitation au débat. En effet, il manque cruellement une sémiologie qui permettrait de s'éloigner de la clinique adulte psychique « adultomorphique », basée sur la notion quasi exclusive de perte et qui néglige ces notions de temporalités, de scissions, et de pluri pathologies (sociales, médicales, neuropsychologiques, clinique de la personnalité.) bases de la clinique gérontologique. N'y aurait-il pas aussi une forme de « gain » aussi à entrevoir ?

Frédéric Aumjaud
gérontopsychiatre de libre pratique à Angers

* * *

Rencontre avec l'expert

Formes cliniques et modalités de passage entre création et délire

Les liens entre création et psychose, délire et création, génie et folie passionnent le public et sont l'objet d'études nombreuses de la part des psychiatres et des psychanalystes.

Mon intervention se centre sur la temporalité et la conjoncture d'une bascule entre le moment créatif et celui d'un chaos clinique (état confusionnel, bouffée

hallucinatoire, passage à l'acte suicidaire), puis sur le temps d'un réaménagement neuropsychique plus ou moins réussi, soit sur le versant délirant, soit dans un réaménagement productif du processus créatif.

Cette réorganisation neuropsychique relève d'une sorte de précipité, au sens chimique, des représentations psychiques déliées et disséminées par le chaos existentiel de l'artiste.

La compréhension de ce processus est nécessaire pour les cliniciens que nous sommes, non seulement pour le soin aux artistes qui passent de la création à

un trouble psychiatrique, mais pour travailler sur ce chaos/reconstruction, notamment pour nos patients en bouffée délirante.

Pour ceux-ci, une question est cruciale : de quel recours créatif la personne dispose et de quel recours thérapeutique nous disposons pour agir sur cette réorganisation en évitant la fermeture du délire, et en permettant la restauration d'une capacité créative, y compris dans la voie d'un délire créatif.

Dans ce travail clinique, je me suis appuyé sur des artistes connus, pour lesquels il existe des archives et des correspondances suffisamment étoffées pour permettre de repérer et d'analyser les moments de bascule entre création et folie. Je parlerai des

accidents de parcours d'artistes : Gérard Garouste, Michel Nedjar, Antonin Artaud, Camille Claudel, Vaslav Nijinski, Aloïse...

Ce choix raisonné relève des contraintes du secret médical, avec la nécessité d'anonymisation, ce qui entrave l'étude clinique. Notamment, cela ne permet pas d'étudier les œuvres, avec des moments-clés, en correspondance avec l'artiste. Ce rapprochement est utile pour comprendre la temporalité et la conjoncture du moment de bascule entre création et trouble psychiatrique.

Thierry Delcourt
Modérateur Elie Winter

Informations Autismes

- Présentation du Raahp.
- Le IV^{ème} plan autisme, Point de vue du Raahp et de la Cippa en amont de l'annonce du plan.
Les psychiatres oubliés.
- la méthode ABA, Applied Behavior Analysis.: Définition. Débats.
L'université de Lille retarde la mise en place de la licence pro. Spécialisée en ABA.
- Lecture « Pour les parents d'enfants autistes » marie Dominique Amy

J'appartiens à une génération de psychiatres pour qui l'autisme, on le disait au singulier alors, n'était pas considéré autrement que comme une pathologie déficitaire associée/confondue avec la psychose infantile. La rencontre avec les autistes—jeunes adultes ou enfants, croisés lorsque j'étais interne en psychiatrie dans la Sarthe se faisait soit dans les pavillons « du fond », des services de psychiatrie-adultes relégués au fond de l'hôpital, à la lisière de la forêt attenante, soit dans le centre d'arriérés profonds autrement appelé le CAP. Centre Jamais baptisé, contrairement aux services de psychiatrie adultes et enfants nommés Ségla, Henri Ey, Falret, Dupré, Janet, du nom des aliénistes... Henri Ey ne tarda pas à se faire appeler : « Henriette du Mans » mais enfin! Au Cap, le rôle de l'interne se résumait à passer quelques instants en fin de matinée une fois par semaine à peine, signer la prescription de pharmacie préparée par les infirmiers. On ne nous demandait rien de plus et finalement de surtout ne pas y mettre trop notre nez ! Rarement s'effectuait un examen médical sauf lorsque l'un d'eux était signalé, si le mal était repéré ! J'ai consacré mon mémoire de psychiatrie à ce centre d'arriérés profonds, et fait des découvertes malheureuses. Durant mon passage le surveillant-

chef réclama sa mutation dans un autre service. J'ai pu imaginer que cela avait un rapport avec le travail de recherche que je menais, je soulevais des lièvres, une honte parfois pour ces jeunes adultes, malgré les efforts notables des membres du personnel infirmier et aide-soignant. Dans les pavillons du fond, ma première expérience fut de me faire gifler par un autiste d'une vingtaine d'années, je n'ai pas compris, n'ai pas réagi, j'ai reçu cette gifle comme un avertissement, cela ne se passe pas ici comme ailleurs! Dans les services de pédopsychiatrie, les autistes se balançaient, bavant, se mutilaient, j'observais étrangère à ce monde, tandis que le personnel sur place y était habitué. Nous étions loin du discours actuel si tant est qu'il y en eut un, cela me paraissait sans espoir. Puis j'ai quitté les fonctions hospitalières pour le libéral uniquement, je ne me souviens pas à quel moment les choses ont changé, mais je suppose que le combat de leurs parents y est pour quelque chose.

Notre souhait est de consacrer des rubriques sur le sujet des Autismes et ce régulièrement dans les prochaines parutions du BIPP, faisant appel aux compétences des confrères psychiatres qui le souhaiteront. L'information sur ce sujet est plurielle dans le grand public, les médias tant la presse écrite qu'audio-visuelle. Et très politisée. Il importe de faire un tri dans cet afflux d'informations parfois très partiel et souvent passionnel.

Le RAAHP :

Les sources de cet article proviennent pour une part de celles du Raahp, acronyme de : *Rassemblement pour une approche des autismes humaniste et plurielle*. Cette Association a été fondée par Patrick Sadoun, père d'un enfant autiste, Boris. Le Raahp rassemble des professionnels spécialisés dans la prise en charge

des autistes, ainsi que des parents d'enfants atteints d'autisme « Autisme Liberté », « la Main à l'Oreille » et « Pélagie ».

« Le RAAHP, qui prône un abord humaniste et pluriel des autismes, représente de plus en plus de familles, d'associations et d'institutions lassées des querelles stériles et sceptiques envers les annonces tonitruantes de découvertes majeures ou de méthodes miracles. »

Extraits de la présentation de l'association sur le site du Raahp: <https://www.autismes.info>.

Le IV^{ème} plan Autisme :

En amont de la proposition du gouvernement, les spécialistes de la Cippa¹ et le Raahp ont fait connaître leurs souhaits, des préconisations, des points forts auxquels ils sont attachés, par voie de presse.

Le Raahp à travers la voix de Patrick Sadoun : (*extraits*)

- 1 - Lancer une enquête épidémiologique afin d'évaluer la répartition des différentes formes d'autisme et les besoins par département.
- 2 - une politique de prévention pour un repérage précoce, dès les premiers signes chez le bébé
- 3 - Afin d'éviter aux familles de s'exiler, en Belgique notamment, développer les centres de soins et d'accueil spécialisés en France. Création de FAM, foyer d'accueil médicalisé et MAS maison d'accueil spécialisée, pour adultes, établissement où l'accompagnement des autistes se diversifiera en fonction du type d'autisme (...)
- 4 - Afin d'évaluer les établissements le Raahp demande que cela se fasse sur des indicateurs de qualité concrets et réalisables facilement, et non en fonction de leur conformité à des références idéologiques. Les indicateurs de qualités stables mesureront les effets à partir de l'observation directe et pas seulement le respect des recommandations HAS.

Les Vœux de la Cippa à travers la voix du Pr Bernard Golse (*extraits*)

- 1 - Le IV^{ème} plan autiste ou le vœu de dépasser les polémiques clivantes et de collaborer : des propos qui augurent d'une ouverture et permettent d'envisager la prise en charge des autismes dans une période où les réflexions seront dépassionnées.
- 2 - La CIPPA émet enfin le souhait que le 4^{ème} plan puisse permettre des décisions raisonnées à propos du packing (...) qui n'est pas une méthode psychanalytique (...) il est préconisé seulement pour un tout petit nombre de patients autistes, gravement isolés, parfois catatoniques ou automutilatoires. Il ne faudrait pas que les discussions à son sujet fassent écran à tout une série d'autres problèmes plus fréquents parmi lesquels le manque indéniable de moyens affectés aux troubles autistiques.

La presse a rendu compte de la décision d'E. Macron dans son discours du 20 avril dernier, dans lequel les psychiatres sont les oubliés. L'on ne sait précisément si les préconisations ci-dessus des professionnels et parents d'enfants autistes ont été entendues. Il est question d'un budget de 340 millions d'euros, « D'améliorer l'accompagnement des enfants, l'insertion professionnelle des adultes et aider les parents, la prévention, le diagnostic précoce et l'inclusion, c'est ça les trois mots-clés » (...) L'investissement dans la recherche sera renforcé, la formation des pédiatres et médecins, généralisée et des plateformes spécialisées développées (...) pour avoir un diagnostic le plus tôt possible (...) Pour soutenir les parents, un forfait sera mis en place au 1^{er} janvier 2019 pour rembourser les tests, avec un reste à charge le plus réduit possible, voire nul (...) Le soutien à la poursuite ou la reprise d'activité des parents sera renforcé, ainsi que les plateformes de répit pour accueillir les enfants pour de brèves durées. »

Dans ce court communiqué, l'attention est portée sur les médecins généralistes et pédiatres, Il n'est nullement question des psychiatres et pédopsychiatres. Contrairement au discours de M^e Buzyn du 24 janvier lors du récent congrès de l'Encéphale, à moins que nos compétences soient jugées satisfaisantes et suffisantes ? Encore faudrait-il le mentionner.

Dans les vœux exprimés tant par les pédopsychiatres que par les parents, se devine entre les lignes ou de manière plus explicite, l'importance d'accorder une reconnaissance à plusieurs types de prise en charge sans en exclure aucune, ni en favoriser certaines. Allusion faite aux recommandations de la Haute autorité de santé de 2012² et à la méthode ABA qui fait couler beaucoup d'encre, par ses méthodes et son application.

Attardons nous un peu sur l'ABA, préconisée comme la méthode Abc. du soin de l'autisme par certains.

- *Applied Behavior Analysis*, ou, en français, analyse appliquée du comportement, est une méthode venue des Etats-Unis dont l'origine est attribuée à Ivor Lovaas, psychologue norvégien décédé en août 2010, qui a consacré cinquante ans de sa vie aux enfants autistes. S'inspirant des pratiques du behaviorisme, il a mis au point la méthode ABA, un mode d'approche qui implique les parents, éventuellement la fratrie et un thérapeute, et qui doit d'abord et avant tout s'adapter au caractère spécifique de chaque enfant autiste par observation constante de son comportement.

En France elle est introduite par de nombreux thérapeutes dont Bernadette Rogé (Toulouse) citée ci-dessous et Vinca Rivière (Haut de France) qui l'applique de manière très contestable.

- D'aucuns s'émeuvent de l'usage de la méthode ABA. Cette technique est comportementaliste. Intéressons-nous à l'article de Médiapart du 05 avril 18 qui révèle

les maltraitances dans un centre proche Roubaix où la méthode A.B.A seule référence pour les soignants était appliquée de façon systématique conduisant à une grande violence pour les patients, malgré les oppositions mêmes de certains membres du personnel et des parents.

Hélas la simple conformité d'un centre de soins à cette méthode permet d'accorder un blanc seing au dit centre. C'est cela qui devra changer !

- La décision d'ouvrir une licence Pro spécialisée dans la méthode comportementale ABA a été reportée³...

Il est question de créer une licence pro ABA, à l'université de Lille, mais devant la révélation de méthodes irrégulières révélées par un parent, dans les centres de Me Rivière Vinca, de procédures de punition par choc électrique le projet est remis en cause ou retardé : « *des facteurs de risques de maltraitance susceptibles d'avoir des répercussions sur les enfants accueillis,...le choc électrique, On le présente en formation en faisant sucer une pile de 9 volts, ça picote la langue...* »

Cette méthode a déjà été utilisée « le pipi stop » chez des enfants énurétiques, plutôt névrosés. Elle n'est plus d'usage. Ce sont des méthodes de dressage ni plus ni moins qui ne tiennent pas compte du psychisme de l'enfant.

Tous les « Abaïstes » n'utilisent pas les méthodes de punition de Me Rivière, et ne partagent pas sa façon de faire. Bernadette Roge formée à la méthode ABA depuis les années 70, s'exprimera à propos de la technique "du choc électrique" « J'ai dit que je ne voulais pas me prononcer(...) mais il faut savoir qu'au départ, dans les années 1960, il y a donc plus de cinquante ans, l'ABA était une technique exclusivement expérimentale : on voulait voir si les enfants et les adultes avec autisme

pouvaient, comme tout un chacun, apprendre avec les théories de l'apprentissage et du conditionnement. On apprenait donc à un enfant à appuyer sur un bouton quand il y a une sonnerie, et pour renforcer le bon comportement, on lui donnait un aliment ou un bonbon. Ça n'avait pas beaucoup de sens, mais c'était des expérimentations pour montrer que ce modèle d'apprentissage pouvait marcher chez les autistes comme chez les autres personnes. Ensuite, il y a eu, et c'est dommage, et c'est très malencontreux, des gens qui ont utilisé des chocs électriques. Ça a été dénoncé dès les années 1960 (...) même Lovaas l'a regretté. Pour ma part, je pense que sur un plan éthique, c'est absolument exclu. C'est impossible à justifier.»

Les professionnels et parents ne cessent de révéler combien l'ABA, tantôt d'une grande aide aux jeunes autistes peut se révéler totalement improductive et inefficace pour d'autres enfants et ne doit pas s'appliquer systématiquement et aveuglément avec forçage.

Documentation : Pour les parents d'enfants Autistes : Marie-Dominique Amy⁴

Voici un livre que nous pouvons recommander aux parents d'enfants autistes que nous connaissons, recevons. Précieux à lire pour nous spécialistes, il est écrit par une femme forte d'une longue expérience, ce document aborde avec humilité, sans se placer du côté du savoir, comment décoder le mystère des attitudes des enfants/adolescents/adultes autistes, dont aucun langage ne permet de les éclairer, et qui laissent décontenancés, (c'est une euphémisme) tant de parents et intervenants. Ces écrits ne font pas usage de concepts obscurs pour les familles concernées. C'était là un des vœux de l'auteure. Il n'en perd pas pour autant sa richesse.

Françoise Duplex

(1) *le III^{ème} congrès de la CIPPA « Autisme et psychanalyse » F. Duplex BIPP n°72.*

(2) « *3^{ème} plan autisme. « De spectre en spectre » F. Duplex BIPP N°70 P36-37.*

(3) *Source de : Article de Médiapart : « Autisme ABA, Trouble de l'université de Lille. ».*

(4) « *Pour les parents d'enfants autistes » Marie-Dominique Amy. Edition érès. Toulouse 2018.*

Histoire de la psychiatrie

Du délire à l'art brut : l'humanisme de Hans Prinzhorn

(L'Art Brut naissant: les origines psychiatriques d'un art moderne. Deuxième partie.)

[*Texte repris à partir de deux interventions aux Congrès de la WPA (Association mondiale de psychiatrie), l'une en 2016 au Cap s'intitulant Hans Prinzhorn and Outsider Art: A Humanist Psychiatrist, from psychoanalytic innovation in therapy to renewal of artistic culture; et l'autre From Inpatients' Delusions to Outsider Art: Hans Prinzhorn's humanism, au Congrès Mondial de Psychiatrie, Berlin 2017, présentée au Symposium de la section Art et Psychiatrie, dirigée par Hans-Otto Thomashoff, portait finalement le même titre que le présent article, qui est une traduction en Français de son contenu en Anglais.]*

Emergence d'une théorie de l'art des aliénés

Parmi les nombreuses innovations dans le domaine de la psychiatrie, certaines furent des innovations techniques, mais très peu d'innovations conceptuelles eurent autant d'influence sur notre société moderne, en dehors de la psychiatrie, que celle initiée par Hans Prinzhorn (1886-1933) : l'intégration de *l'Expression de la folie* en tant que nouvelle forme d'art moderne, désignée plus tard par Jean Dubuffet comme « *l'Art Brut* ».

Juste après la Première Guerre mondiale, Karl Wilmanns, successeur d'Emil Kraepelin à Heidelberg, reçut de lui, à la Clinique Psychiatrique, une abondante collection d'œuvres réalisées par des malades, suivant ainsi les conseils et l'influence de Cesare Lombroso (qui avait étudié le Génie et la Folie), comme un matériel devant être soigneusement étudié ultérieurement.

Par conséquent, le Pr Wilmanns recruta un assistant capable d'élaborer une réflexion théorique à partir de cette collection: Hans Prinzhorn, un jeune médecin d'une trentaine d'années qu'il avait déjà rencontré sur le front occidental dans l'actuelle province française de Lorraine, et qui avait soutenu deux doctorats, l'un à Munich en critique d'art (1908), et un autre en Psychiatrie à Fribourg-en-Brigau (1917); il semblait ainsi être le plus qualifié pour cette mission. Après avoir été durement éprouvé durant sa mobilisation à l'hôpital militaire des fortifications de Strasbourg, Prinzhorn rejoignit un des meilleurs services de psychiatrie en Europe, avec le plein soutien de l'Université de Heidelberg, pour étudier la collection, et y ajouter de nouvelles œuvres, sollicitées par courrier auprès de nombreuses institutions psychiatriques.

En premier lieu, un article de septembre 1919 "*Das bildnerische Schaffen der Geisteskranken*" (publié dans le ZfdgNP, en français *La création picturale des malades mentaux*) avait pour but d'inciter diverses institutions à faire don de productions effectuées par des patients en psychiatrie, et de présenter le projet de Prinzhorn, visant à définir le lien entre processus psychique et créativité artistique. 5000 œuvres provenant de 400 patients furent rassemblées, et parmi eux 10 biographies furent longuement étudiées dans l'ouvrage théorique de Prinzhorn intitulé: "*Expressions de la folie*" en 1922 ("*Bildnerie der Geisteskranken*"). Aujourd'hui classique, cet ouvrage écrit par un psychiatre pleinement érudit en art, et fortement influencé par le principe de plaisir de Freud (*Lustprinzip*), fut ensuite considéré comme la bible du Surréalisme. Pour le terme rendu par *Expression* en français, Prinzhorn utilisa le néologisme "*Bildnerie*" en allemand, pour désigner l'énergie des patients à produire des œuvres artistiques sans avoir reçu de formation technique classique dans le domaine de l'art.

Tout comme Walter Morgenthaler le fit dans son étude psychanalytique sur les travaux et la vie d'un seul peintre psychotique suisse, Adolf Wölfli, en 1921, Hans Prinzhorn étudia les peintures des patients psychiatriques réunis dans *la Collection* de Heidelberg pendant ses fonctions à la Clinique psychiatrique universitaire de Karl Wilmanns entre 1919 et 1923. Il considérait les productions de ses patients schizophrènes, des enfants, et des arts primitifs ou premiers comme un potentiel art contemporain, exprimant une conception du monde plus vaste et plus riche, si seulement nous pouvions faire évoluer notre jugement culturel des critères traditionnels qui distinguent, d'une part, la maladie de la bonne santé, et d'autre part, l'art du non-art.

L'expression picturale - Gestaltung

L'expression picturale, ou la *Gestaltung*, est le geste lié aux sentiments des malades, qui exprime leur vision du monde particulière: il peut ne pas être considéré comme pathologique, mais plutôt comme une création qui, une fois réalisée, procure à la société un accomplissement culturel, et une riche composition aussi variée que le sont les symptômes psychiques, et qui peut répondre au besoin universel de représenter le monde. La qualité des mouvements expressifs de l'artiste aliéné trouve son origine dans les mouvements psychiques bruts de l'esprit, elle est enracinée dans l'inconscient et ainsi, *l'expression picturale* ou la *Gestaltung* est très précieuse pour connaître l'esprit humain.

Pour Prinzhorn, c'est la tâche du psychiatre d'apprendre de ses patients à partir de leurs productions, qui sont entendues comme des satisfactions conscientes d'un désir de communiquer leurs sentiments aux autres. Il essayait d'en définir les aspects psychologiques pour comprendre le processus intérieur de la création artistique, là où on reconnaît la *Gestaltung* artistique ou *expression picturale*, ce qui désigne pleinement les productions des psychotiques hospitalisés comme un art complet, non reconnu auparavant.

Pour Prinzhorn, depuis des graffitis abstraits non figuratifs jusqu'à des œuvres plus structurées portant un symbolisme irrationnel et magique, et par la forme précise des œuvres, la pulsion expressive est le reflet des images mentales, et la manifestation d'une tentative de nouer un lien par la communication interpersonnelle. Voyons maintenant comment Prinzhorn concevait cette pulsion expressive.

En premier lieu, une *pulsion de jeu* procure un plaisir à travers une activité sans but prédéfini. Le jeu se constitue selon l'état des structures inconscientes comme une interprétation libre et satisfaisante de pulsions sexuelles internes. Avec ou sans connaissance des techniques classiques, une pulsion de jeu porte des représentations d'une *inquiétante étrangeté* (*unheimlich*) qui prennent forme en une œuvre artistique découlant de la libération des capacités d'imagination.

En second lieu, une *pulsion de parure*, tel un mécanisme de décoration actif et conscient, aboutit à un enrichissement de l'aspect. Il en résulte que la tendance à ordonner, à représenter les lois cosmiques et humaines, suit les règles et le rythme de mouvements de la vie, indépendamment des lois mécaniques et de la culture industrielle.

Ensuite, la tendance à reproduire, provenant de la culture antique et classique, se révèle dans la peinture réaliste comme un culte matérialiste à la réalité, et constitue un des piliers de l'expression picturale. Cependant, pour les malades mentaux, l'on observe une mise en forme abstraite plus naturelle dans la représentation d'images visuelles, selon le style global, mais aussi singulier, de la réalité psychique des patients. La *pulsion de jeu* est réduite quand l'imitation est réalisée (tout comme la pulsion de mort dans le principe de plaisir freudien: la satisfaction est empêchée lorsque la répétition prévaut).

Le besoin de symboles est le chemin vers la signification. L'idole-fétiche représente l'esprit lui-même; l'image n'en est qu'une partie, mais elle est habitée par un fragment de sa force intrinsèque. Le pouvoir de l'esprit est principalement constitué par un discours symbolique qui porte la signification, et non la représentation réaliste. Le processus psychique intime se trouve là où s'opère la combinaison symbolique des

objets déjà connus et représentés. Pour la déchiffrer, une initiation à la symbolique est nécessaire, et les indications écrites peuvent révéler les sentiments intimes des patients. Cette combinaison symbolique devient une nouvelle écriture, guidée par les complexes de la personnalité.

Pour Prinzhorn, les objets perçus deviennent des images visuelles refaçonnées par l'inconscient. Alors que la représentation conceptuelle et le jugement expérimenté nourrissent progressivement la connaissance, *l'expression picturale* se réalise d'après les choix du patient selon son langage intime et définit son œuvre. *Tout comme la conscience s'oppose à l'inconscient, la connaissance s'oppose à l'œuvre.* [Excepté pour l'anatomie et la représentation du mouvement.] L'aptitude à l'expression est alors possible même si les connaissances classiques sont très réduites, tout comme lorsque les enfants, les tribus isolées, et les hommes préhistoriques, avec cette même *Gestaltung*, créent et forment l'image psychologique de leur culture. En représentant des intentions personnelles complexes à travers une technique spontanée où l'on reconnaît les objets et les symboles, la force de l'expression renforce la tension représentée, et, suivant le principe de plaisir, réduit ensuite l'excitation du patient.

Quelle que soit la technique employée, la puissance de l'expression picturale est d'exprimer les sentiments de manière à faire ressentir des sentiments analogues au spectateur.

Des schizophrènes maîtres de l'art moderne

Pour Prinzhorn, de nombreuses œuvres de patients schizophrènes hospitalisés peuvent remplir la diversité, la beauté, la richesse et l'expression requises pour considérer leurs auteurs comme *des Maîtres de l'art moderne*.

Prinzhorn présente les biographies détaillées de dix maîtres dans son livre, accompagnées de nombreux exemples de leurs peintures, dessins, et graffitis. Prenons par exemple ici les travaux de Franz Karl Bühler (dit Pohl dans le livre), né en 1864 à Offenbourg en Bade.

Voici quelques citations éloquentes de Hans Prinzhorn à son sujet :

«*La psychose, chez Pohl, non seulement n'anéantit pas le savoir-faire, mais qui plus est, ne l'empêche pas de consolider ses capacités techniques. (...) La production peut recevoir, dans une certaine direction, une impulsion de la maladie, qui représenterait une libération et un approfondissement. (...) Exception faite des textes bizarres qui accompagnent les dessins, rien ne trahit la singularité du vécu physique de leur auteur.*»

Fig 156 (1900, à 36 ans)



«Des études d'attitudes tout à fait réalistes, exécutées d'un trait léger et neutre. (...) La composition du groupe permet de juger du talent naturel et du degré de savoir-faire de Pohl.»

Fig 158



«Cette composante dynamique est à mettre au compte de la transformation schizophrénique.»

Fig 157 (1904, à 40 ans)



«On constate une évolution similaire dans des croquis techniques de cette époque, où la sobriété professionnelle fait place à un trait tourmenté, au rythme insistant.»

Fig 159



«Ces deux motifs renforcent encore l'effet d'ensemble dans ce qu'il a de tournoyant et de fantastique, un effet auquel nous avons sans doute le plus facilement accès en nous référant à des rêves.»

Fig 160



«L'aspect fruste, massif et oppressant, et aussi la brutalité inhabituelle des couleurs, dont un rouge cru, ne trouvent sans doute une explication satisfaisante que dans une genèse hallucinatoire.»

«Qu'est-ce qui est schizophrénique dans ce dessin? (...) Si cet 'Ange Exterminateur' n'a pu émaner que d'un sentiment du monde schizophrénique, aucun homme cultivé ne saurait continuer à considérer les modifications schizophréniques simplement comme une dégénérescence pathologique. Il faut se résoudre définitivement à compter une fois pour toutes avec une composante productive et à ne prendre comme critère pour juger d'une œuvre que le seul niveau de la 'Gestaltung' – y compris chez le schizophrène.»

Des destins allemands tragiques

Prinzhorn acheva son livre, mais démissionna de la clinique psychiatrique. Un manque de reconnaissance entama sa confiance, ainsi que l'échec de trois mariages, ce qui le conduisit à une profonde dépression et à un isolement croissant. Il se retira dans un petit chalet reculé, et ne parvint pas à ouvrir son propre cabinet libéral à Francfort-sur-le-Main. Malheureusement, en raison d'un épisode mélancolique, il ne put répondre à une invitation pour enseigner aux Etats-Unis. Il décéda peu après, d'une embolie pulmonaire en 1933, après une auto-expérimentation de mescaline.

Les nazis saisirent la *Collection Prinzhorn*, et l'utilisèrent en 1936 pour concevoir une exposition sur l'art dégénéré, futur argument justifiant l'assassinat des malades mentaux. Entre 1940 et 1945, par le programme de l'Aktion-T4, les Nazis ont tué plus de

Fig 167



Ange Exterminateur

«Nous ne pouvons que qualifier de grandiose la manière dont la dynamique de toutes les ébauches de mouvements est organisée juste assez pour qu'on ait une vision d'ensemble sans cesser d'éprouver la violence de la tension.»

200.000 patients hospitalisés en psychiatrie dans des camps d'extermination, parmi eux Franz Karl Bühler-Pohl à Grafeneck en 1940.

En tant que martyrs de l'art, et martyrs de l'histoire de la psychiatrie, les victimes de l'holocauste psychiatrique nazi vivent toujours à travers leur art. Les artistes psychotiques ont été ceux qui ont fait changer la psychiatrie, d'une perspective intra-hospitalière à un regard extérieur pouvant parvenir jusqu'au cœur de ce monde asilaire clos. De même, nous pouvons considérer que l'intégration des productions de malades mentaux dans l'art général reconnu représente un acte majeur d'intégration à la communauté. En tant que co-créateurs du point de vue esthétique reconnu au sein de la société, plus large qu'une esthétique seulement classique, les patients psychiatriques procurent également au monde la beauté de leurs sentiments les plus profonds. La *Collection Prinzhorn* est conservée dans le musée qui lui est dédié à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Heidelberg ; il est dirigé par le Dr Thomas Roeske.

Un héritage francophone

Les théories de Hans Prinzhorn furent promues en 1945 par le peintre français Jean Dubuffet à travers sa *"Collection de l'Art Brut"* située depuis 1976 à Lausanne en Suisse, et elles furent également commentées par de nombreux psychiatres français

comme Jean Vinchon, Jean Delay (ancien Président de la WPA, l'Association mondiale de psychiatrie) et Henri Ey (ancien Secrétaire général de la WPA). Elles initièrent un fort développement de l'art-thérapie pour les patients psychotiques.

Un autre héritage direct des développements de Hans Prinzhorn sur l'expression picturale se retrouve dans la conception des films de son petit-fils franco-suisse Barbet Schroeder (1941-). À travers sa *french touch* toute personnelle et son contrôle de toute la production finale, pour préserver son expressivité (*Gestaltung*), Barbet Schroeder étudie ses propres sensations, oscillant entre un souvenir lancinant de son héritage allemand, et une tendance à représenter artistiquement à sa façon certains concepts psychopathologiques. On peut l'observer dans ses films très expressifs comme *La Vallée* (sur les arts premiers et les drogues, 1972), *Maitresse* (sur le sado-masochisme, avec Gérard Depardieu, 1976), *Koko le gorille qui parle* (sur l'éducation des enfants, 1978), *Barfly et les Bukowski tapes* (1987), *Jeune femme partagerait appartement* (sur la paranoïa, 1992), et particulièrement *More* (sur la passion amoureuse destructrice, 1969) et sa suite contemporaine *Amnesia* (sur l'histoire secrète des Allemands, 2015), sur le grand-père qu'il aurait pu peut-être avoir, s'il avait seulement vécu un peu plus longtemps...

Résumé

Autrefois esquissée par Ernst von Feuchtersleben dans son Manuel de médecine psychologique (1845) comme une méthode de soin des psychoses par la création artistique, 50 ans plus tard, la thérapie par l'art fut entreprise par Emil Kraepelin à Heidelberg avec ses patients hospitalisés, créant ainsi la première collection de peintures de patients en psychiatrie, à l'époque des premiers développements de la psychanalyse.

Par la suite, un assistant en psychiatrie de son successeur Karl Wilmanns, Hans Prinzhorn (1886-1933), parallèlement à ses travaux sur la psychanalyse, s'efforça de développer cette idée, initialement comme une expression de la folie jusqu'à la considérer comme un Art de la folie.

Plus tard, la *Prinzhorn-Sammlung* devint la première collection d'Art Brut, dispersée après sa mort entre de farouches opposants (les Nazis ayant présenté des peintures issues de sa collection comme un art dégénéré devant être détruit en 1937) et d'inébranlables défenseurs (les musées suisses et Jean Dubuffet, l'initiateur de l'Art Brut en 1945), ce qui fit de l'idée d'origine de Prinzhorn la trame d'un élargissement majeur dans le champ culturel.

Jérémy Sinzelle
Paris

Mémoires de psychiatre

Mémoires de Marie-Lise Lacas

Marie-Lise Lacas nous avait fait l'amitié de nous faire partager son parcours des bancs de la Faculté de Médecine d'Alger à la découverte de la psychanalyse et sa rencontre déterminante avec Gisela Pankow. Avec sa disparition cette année, nous pouvons mesurer ici à quel point la transmission de nos parcours est essentielle pour ceux qui restent et les invite à penser dans leurs pratiques. Notre mémoire est commune et nous unit dans notre diversité.

Cette rubrique est ouverte à tous et n'hésitez pas à nous envoyer votre mémoire de psychiatre. Écrire son histoire est un exercice qui permet de retrouver un flot de souvenirs qui pourraient être à jamais disparus d'une mémoire collective. En attendant, place au récit de Marie-Lise qui reste parmi nous avec sa rigueur et son engagement !

Les cailloux de la petite Poucette

J'ai fait mes études à Alger, où ma famille s'était installée peu après ma naissance à Paris. La Faculté de Médecine, de bonne réputation, s'y posait en rivale

de celles de Montpellier et de Paris, les vedettes de l'époque. Les enseignants de l'Université étaient pour beaucoup d'entre eux Médecins des Hôpitaux, et étaient en même temps chefs de services hospitaliers. Ma mère, biologiste, y avait fait elle-même ses études et avait été chef de clinique à l'hôpital Mustapha.

Je me suis engagée dans des études de médecine avec enthousiasme, avec le sentiment que j'allais enfin faire ce qui me plaisait. Au lycée, j'étais déjà plus « scientifique » que « littéraire », et si j'avais passé un « bac philo » et non « Science-ex » c'était sous la contrainte maternelle – et je dois reconnaître que je ne le regrette pas. Premier caillou : la lecture de la « Psychopathologie de la vie quotidienne » y engendra un engouement apparemment passager pour Freud. La première année de fac (PCB – Physique, Chimie, Biologie - de l'époque) fut un vrai bonheur ! Et dès l'été suivant cet examen de passage, je me suis fait introduire dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Mustapha, dont le patron, la Pr. Pierre Goinard, était un ami de la famille. L'équipe infirmière, réduite par la période des vacances, a accueilli bien volontiers cette recrue inattendue ! Dans la salle commune des

femmes, (40 lits), tous les matins, je recevais, comme les autres, mon plateau de médicaments à distribuer. J'ai vite appris à prendre une tension artérielle, à faire les piqûres, les pansements, passer le bassin, retaper un oreiller, et je n'étais pas peu fière de m'entendre appeler « T'biba », (féminin de « toubib »), par des patientes en majorité d'origine indigène ! J'ai même appris là mes premiers mots d'arabe ! Et, surtout, j'ai découvert un monde social chaleureux, dont mes origines bourgeoises m'avaient écartée : c'était l'époque coloniale... Mais ce domaine est autre que celui ici abordé.

A la rentrée universitaire, en 1^o année de médecine, je me suis retrouvée stagiaire en chirurgie orthopédique. Le patron devait prendre sa retraite en fin d'année. Je ne devais jamais oublier ce qu'il nous a dit dans son allocution d'accueil : « Profitez de ce que vous en avez encore le temps pour parler avec les malades et les écouter, eux et même leurs familles : vous en apprendrez beaucoup, et plus que dans vos livres ! » (2^o caillou). Mais la passivité du rôle de stagiaire m'ennuyait : je me suis inscrite dans un groupe de préparation au concours, et en 2^o année de médecine, j'étais externe des hôpitaux. Et c'est là que débuta pour moi un apprentissage clinique, médical et chirurgical, d'une exceptionnelle qualité : on préparait des médecins du « bled », qui devaient savoir tout, ou presque tout, faire. Dans les différents services, la pathologie était extrêmement variée, et lors de la « visite » du patron, les discussions étaient nourries. Pas question de recourir à des examens complémentaires sans hypothèse diagnostique argumentée : « quand vous serez à 100 Km, ou plus, de tout centre d'examen, le déplacement doit se justifier ». Les moyens de transport n'étaient pas ce qu'ils sont de nos jours. Et j'ai le vif souvenir d'une consultation d'endocrinologie où le patron exigeait une orientation diagnostique au seul examen visuel du malade, avant tout interrogatoire. Je participais, à chaque occasion, aux gardes d'internes, appris à poser et régler une perfusion, faire des sutures, voire assurer une aide chirurgicale d'urgence. Et je faisais, aux vacances, des remplacements d'internes, avec parfois de très lourdes responsabilités. Je me suis retrouvée, par exemple, un été, tout un mois, seul « médecin » d'un service de diabétologie. Heureusement l'infirmier-chef était, lui, très compétent... et m'a beaucoup appris ! Quelle école ! Trois ans plus tard, je passais le

concours suivant, et j'étais interne en cinquième année de médecine¹, toujours aussi enthousiaste, mais avec des ébauches de questions sur la solidité des certitudes médicales... 3^o caillou : une première pichenette à mes questions fut la lecture de la thèse de Canguilhem, vivement suggérée par le Pr. Georges Fabiani, patron du premier service où j'ai pris mes fonctions d'interne. Une 4^o caillou, fut un évènement clinique : au surlendemain de son hospitalisation, une adolescente à la symptomatologie labile, rapidement considérée comme caractérielle « hystérique » mourut subitement dans la nuit. L'autopsie – encore une charge des internes – révéla des lésions sévères d'encéphalite... Scier le crâne d'une gamine avec qui on a plaisanté la veille n'est pas une expérience anodine... Et parfois, pour des « cas rebelles », j'étais amenée comme bien d'autres, à fréquenter la consultation d'acupuncture du Dr. Grall, que le Pr. Goinard lui avait généreusement ouverte dans son service. Le Dr. Grall avait passé 10 ans en Chine à étudier la médecine chinoise et en parlait volontiers. Il faisait figure de « gourou », restait plutôt marginal dans ce milieu hospitalier très scientifique, mais ses « miracles » étaient troublants... Le « Médecin » que j'étais multipliait ses points d'interrogation.

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

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

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

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

sollicitait mon aide comme interprète auprès des familles. Ces maghrébins, qui parlaient généralement un français tout à fait correct, ne comprenaient pas les questions, pourtant simples, posées par l'assistante sociale, qui, de son côté ne comprenait rien à leurs propos ! Il y avait, certes, des différences d'accent, d'intonation, parfois de syntaxe, mais tout de même... Alors je « traduais », du français au français, n'ayant recours que très rarement aux rudiments d'arabe que j'avais acquis à Mustapha. Comment une même langue, avec les mêmes mots, pouvait-elle articuler des « expériences du monde » aussi étrangères l'une à l'autre ? Ce qui était dit se décalait de ce qui était vécu, et 7^e caillou, le germe d'un doute quant à la dictature et l'univocité du Verbe était planté...

Jamais je n'avais été aussi heureuse.

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

De retour à Mustapha, j'y ai donc intégré le service, mixte, de Neuro-Psychiatrie. Peu après mon départ à Strasbourg le Pr.Manceau était mort, et c'est le Pr. Jean Sutter qui était le nouveau patron. Et je plongeais dans un cauchemar... Ce qui se pratiquait dans le service me paraissait peu sérieux, voire dans certains cas relever d'un amateurisme irresponsable. Quant à la psychanalyse, mieux valait ne pas en parler. Les relations avec Sutter, et avec mes collègues, furent plus que tendues. Je préfère ne pas détailler... Certes, il y avait Blida, avec Franz Fanon, mais la réputation en était plus politique que psychiatrique, et de toute façon il n'y n'avait aucun lien administratif, (ni d'aucune sorte !), avec Mustapha. Et pour la neurologie je me dirigeais ailleurs, c'est-à-dire vers l'Hôpital Barbier-Hugo, dépendant de la Croix Rouge, mais conventionné avec l'Assistance publique : je pouvais y prendre un poste d'interne. Et je commençais d'emblée à y prendre des gardes. Le patron était le Dr. Pierre

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

Descuns, neuro-chirurgien de grande valeur. Avec lui je retrouvais la rigueur et l'éthique que j'avais connues à Strasbourg. Descuns n'était pas « psychologue » pour deux sous, mais il était authentiquement humain, et avait une expérience clinique exceptionnelle. C'était aussi un virtuose du bistouri. Barbier-Hugo était mitoyen de l'Hôpital militaire Maillot, qui y évacuait tous ses traumatisés et blessés crâniens ou relevant de la neurologie traumatique. On ne chôlait pas ! Je m'initiais à l'EEG, qui débutait, et, là aussi, faisait les aides opératoires. Je travaillais à temps plein... Mes relations avec Descuns sont devenues très amicales, comme celles avec l'infirmière-chef, Mlle Ruidavetz, cerbère impitoyable qui terrorisait tout le personnel, ne tolérant aucune négligence...

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

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

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

Et, nostalgique de l'hôpital, je trainais mes guêtres à Ste-Anne dans les services qui voulaient bien tolérer la présence d'une « pied-noir », et surtout dans les

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

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

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

Marie-Lise Lacas

Le mot de la trésorière

Appel à cotisation 2018

Les décisions concernant la psychiatrie et son organisation pleuvent sur nos têtes, sans concertation avec notre profession.

Expérimentations de prise en charge de la dépression par les psychologues sans passer par un diagnostic psychiatrique, comme si les symptômes de dépression ne pouvaient pas se retrouver dans des structures psychiques fort différentes, création d'un diplôme d'infirmier en pratiques avancées pour les maladies chroniques dont fait partie la santé mentale.

L'AFPEP-SNPP réaffirme sa priorité à l'éthique du soin, soin qui ne peut se réduire seulement à une gestion de flux de patients. Le soin est notre cœur de métier, notre art.

Nous avons besoin de votre soutien pour porter ce projet. Votre adhésion à l'AFPEP-SNPP en est un des moyens. Je vous remercie de votre adhésion ou de son renouvellement.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHIATRES PRIVÉS ASSOCIATION FRANÇAISE DES PSYCHIATRES D'EXERCICE PRIVÉ COTISATION 2018

Le docteur, Madame, Monsieur :

adresse :

tél. : portable :

e-mail (impératif pour recevoir la newsletter) :

année de naissance : année d'installation :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> exercice libéral | <input type="checkbox"/> hospitalisation privée |
| <input type="checkbox"/> exercice médico-social | <input type="checkbox"/> 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 2018) - joindre un **BIC-IBAN**

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Gratuité pour la 1 ^{ère} année de cotisation ou 1 ^{ère} année d'installation | 0 € |
| <input type="checkbox"/> 2 ^e et 3 ^e année d'exercice | 180 € |
| <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} année d'exercice et au-delà : | 375 € |
| <input type="checkbox"/> Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : | 125 € |
| <input type="checkbox"/> Rétraité actif : | 310 € |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre ayant cessé d'exercer : | 215 € |
| <input type="checkbox"/> 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*

feuilles détachables**47^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée**

**La psychiatrie à la croisée des temps cliniques
à l'épreuve de l'avancée en âge****Hostellerie Bon Pasteur - 18 rue M.E. Pelletier - 49100 Angers****Du 4 au 6 octobre 2018**

Quel regard portons-nous aujourd'hui sur la clinique et la psychopathologie du sujet vieillissant et plus particulièrement du sujet vieillissant ... âgé ?

Si les cliniques anténatale, du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte jeune ont été largement étudiées, la compréhension de la vie psychique du sujet âgé vieillissant a été essentiellement lue à travers le prisme d'une sémiologie « adultomorphique ». Nous vous invitons lors de ces journées à tenter d'élargir nos socles et repères d'élaboration.

Ceci nous amènera à examiner les relations contemporaines entre sujets vieillissants mais à « âges civils différents », et ainsi à ouvrir la question de différences de générations et du vivre ensemble surtout à l'heure du web, des nouvelles technologies, des nouvelles données religieuses et idéologiques.

La notion de génération, de tranche d'âge et de tout ce qui produit des séparations, ouvre-t-elle forcément sur une notion conflictuelle ?

« Jeunisme », révolutions technologiques, négation de la mort, gestion et rentabilité laissent-ils une juste place au sujet vieillissant ? Le processus de deuil, de l'acceptation d'être moins « performant » au travail de trépas, n'est-il pas le signe de réaménagements symboliques ? Les migrations, les déplacements des enfants et petits-enfants renvoient le troisième et le quatrième âge à une solitude toujours plus forte, accentuée par la difficulté à assimiler les nouveaux modes de communications. La plasticité cérébrale, la cognition, les neurosciences n'oublient-elles pas trop souvent histoires, parcours de vie, place du désir et de la sexualité ?

Ces journées seront une invitation à découvrir un « nouveau monde » mais aussi un partage entre générations pour qu'émerge une approche de la clinique à distance des « cliv-âges ».

Coordination scientifique des Journées

Frédéric Aumjaud, Thierry Delcourt

Comité Scientifique

Olivier Brunschwig, Michel Jurus, Patrice Charbit, Catherine Goudemand-Joubert, Jacques Barbier, Claude Gernez

Comité d'Organisation

Frédéric Aumjaud, Béatrice Guinaudeau, Rania Gard

Programme**Jeu**di 4 octobre

19 h Pot d'accueil (Université Catholique de l'Ouest, Place André Leroy, Angers)

20 h 30 **CONFÉRENCE INAUGURALE (même lieu) par Daniel Coum**
Qu'est-ce qu'une génération doit à l'autre ?**Vend**redi 5 octobre

8 h 30 Accueil

9 h - 10 h 45 **Sujets âgés et/ou sujets vieillissants**
Frédéric Aumjaud - Nous sommes tous des sujets vieillissants
Cyril Hazif-Thomas - La transmission de représentations à travers les générations
Président : Michel Jurus - Discutante : Catherine Goudemand

feuilles détachables

- 10 h 45 - 11 h 15 **Pause**
- 11 h 15 - 12 h 45 **L'expérience de l'intergénérationnel**
Jacques Barbier - Intergénération et généalogie
Maxence Henry - Approche de l'Intergénérationnel à Angers
Présidente : Béatrice Guinaudeau - Discutante : Jacqueline Légaut
- 12 h 45 - 14 h **Repas sur place**
- 14 h - 18 h **3 sessions DPC**
Au risque de vieillir - Approches cliniques en pratique libérale
Frédéric Aumjaud - José Polard (dernière heure film danse et Alzheimer)
Au risque de vieillir - Approches cliniques et philosophiques
Didier Martz - Cyril Hazif-Thomas - (dernière heure film danse et Alzheimer)
Bouleversements intergénérationnels en périnatalité
Michel Jurus et Daniel Coum
- 14 h - 16 h30 **ATELIER INTERGÉNÉRATION, GÉNÉALOGIE ET PRATIQUE EN CABINET**
 animé par *Jacques Barbier*
(chaque participant est invité à témoigner sur sa pratique en ce sens)
- 17 h - 18 h30 **GRAND ATELIER** co-animé par *Annick Le Dore et Thierry Thieû Niang*
 Film **Danse avec Alzheimer** du danseur-chorégraphe *Thierry Thieû Niang*
- 18 h 30 - 20 h Initiation à une danse pour tous les âges : **le Tango Argentin**

Samedi 6 octobre

- 9 h - 10 h 30 **Histoire et neurosciences**
Jérémy Sinzelle
 Histoire de la modernisation de la démence : Un rajeunissement de la clinique
Pr. Serge Bakchine - Neurosciences et psychogériatrie
Président : Olivier Brunschwig - Discutante : Adeline Metten
- 10 h 30 - 11 h **Pause**
- 11 h - 12 h 30 **Créer et produire de l'autre**
Thierry Delcourt - Comment produire de l'autre
Claude Gernez - L'entre et l'écart : Le travail de la différence
Président : Patrice Charbit - Discutante : Sophie Stein
- 12 h 30 - 13 h 30 **Repas sur place**
- 13 h 30 - 14 h **FILM** cinégravé et sonorisé par les patients de St Martin de Vignogoul - *Mollie Expert, Aurélie Pujol, Agathe Maddy et Olivier Deprez - avec Patrice Charbit*
- 14 h - 15 h **Prix de thèse**
 6x8 minutes de présentation de thèse par les nouveaux diplômés
 Jury : *Elie Winter, Aude van Effenterre et le bureau de l'AFPEP*
- 15 h - 15 h 15 **Pause**
- 15 h 15 - 17 h **TABLE RONDE**
Intergénération, enseignement et transmission
 Animé par *Elie Winter* avec *Jean-Jacques Laboutière, Aude van Effenterre, Adeline Metten, les thésards nominés, les jeunes psychiatres région Pays de la Loire*
- 17 h 30 **CONCLUSION** par le Président de l'AFPEP
- 18 h 30 Visite commentée de la tapisserie de l'Apocalypse au château d'Angers
- 20 h « **LA GRANDE SOIRÉE** » au château d'Angers

feuilles détachables**Sessions 2018 de DPC indemnisées**

**Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence :
Quelles pathologies, quelle prévention ?**

22 septembre 2018 à Paris

Programme 39731800006 session 1

Une journée

Après plusieurs sessions DPC « le psychiatre et l'adolescent » réalisées en 2015 par Thierry Delcourt et Claude Gernez, vous avez été nombreux à souhaiter développer cette expérience enrichissante d'un débat ouvert sur les grandes questions cliniques à l'adolescence, leur évolution, et l'approche concrète que les psychiatres peuvent proposer dans ces situations parfois très délicates que nous présentent les adolescents et leurs parents.

Sur le même mode de présentation clinique et de partage d'expériences, nous avons choisi cette année de focaliser notre session DPC sur les comportements et conduites à risque.

L'adolescent en difficulté psychique se caractérise par la soudaineté et l'imprévisibilité de ses passages à l'acte. Les situations très diverses et les personnalités singulières ne permettent pas de définir des critères précis qui pourraient attirer l'attention des thérapeutes et des familles de ces ados en souffrance, comme en témoignent la littérature et les recommandations officielles. En effet, les passages à l'acte surviennent à des moments où la capacité de penser, et donc de mettre en mot un état de malaise aigu, se trouve suspendue. Alors, le geste impulsif est le seul mode de communication d'une souffrance ressentie comme intolérable.

La fréquence de la dépression, des tentatives de suicide, des suicides et équivalents suicidaires chez les adolescents justifie l'importance d'une réflexion sur ces problématiques ainsi que sur la référence à des pathologies spécifiques (états limites, mode d'entrée dans la schizophrénie), et aux différentes manifestations plus ou moins troublées à la période adolescente.

Chacun des deux intervenants exposera une situation clinique issue de sa pratique et vous soumettra sa manière de l'appréhender. Ces présentations constitueront ensuite l'occasion d'un échange avec les praticiens de la session, autour d'expériences proches ou analogues. Nous pourrons ensuite théoriser en vue de dégager quelques principes thérapeutiques et des approches concrètes mieux adaptées à nos pratiques quotidiennes.

Nous pourrons ainsi poser les bases d'une prévention du risque suicidaire à l'adolescence et déterminer les symptomatologies psychiatriques à haut risque.

Nous aborderons également toutes les questions que posent la prescription médicamenteuse, l'hospitalisation, les aspects juridiques, les relations avec les parents, les institutions, le secret médical, la communication, et nous dresserons une revue actuelle de la psychopathologie.

* * *

Au risque de vieillir - Approches cliniques en pratique libérale

5 octobre 2018 à Angers

Programme 39731800005 session 1

4 heures

Le psychiatre libéral est confronté à une demande croissante de soin psychique aux personnes âgées, au vieillissement de sa patientèle mais aussi à son propre vieillissement. Se pose la place du psychiatre dans les structures, la nature de ses actions de soin et d'accompagnement, voire sa position de sentinelle éthique. Les maladies psychiatriques qui apparaissent à l'âge avancé et celles qui vieillissent, amplifient l'approche éclectique de cette séméiologie.

feuilles détachables

Néanmoins la pratique en cabinet nécessite un repérage du champ de compétence rapide du praticien compte tenu de la fragilité du Sujet Vieillissant âgé. De ce fait, il en ressort une pratique spécifique qui sera progressivement dévoilée lors de ce temps de formation. La formation sera faite par un psychiatre libéral et un psychologue afin que chacun(e), en fonction de son fonctionnement professionnel, puisse extraire une praxie caractérisant « sa signature ».

Ensuite, celle-ci sera illustrée par des exemples cliniques sur les grands thèmes de la psychiatrie gériatrique et de la psychopathologie à l'âge avancé. Sera bien sûr abordée la question des traitements psychotropes spécifiques au grand âge ainsi que les différents diagnostics différentiels entre les pathologies spécifiquement psychiatriques et celles renvoyant à la neuro-psychogériatrie. Les participants seront accompagnés pour trouver une trame de leur conduite à tenir lors d'une pratique libérale de gérontopsychiatrie.

* * *

Au risque de vieillir - Approches cliniques et philosophiques

5 octobre 2018 à Angers

Programme 3973180000x session 1

4 heures

La psychiatrie est confrontée à une demande croissante de soin psychique aux personnes âgées, au vieillissement de sa patientèle. Il se pose la place du psychiatre dans les structures, la nature de ses actions de soin et d'accompagnement, voire sa position de sentinelle éthique. Les maladies psychiatriques qui apparaissent à l'âge avancé et celles qui vieillissent, amplifient l'approche éclectique de cette séméiologie. La formation sera assurée par un psychiatre hospitalier et un philosophe afin que chacun, en fonction de son type de fonctionnement professionnel, puisse extraire au mieux une praxie.

Des exemples cliniques sur les grands thèmes de la psychiatrie gériatrique et de la psychopathologie à l'âge avancé seront abordés ainsi que la question des traitements psychotropes spécifiques au grand âge et des différents diagnostics différentiels entre les pathologies spécifiquement psychiatriques et celles renvoyant à la neuro-psychogériatrie.

Les participants seront accompagnés pour trouver une trame de leur conduite à tenir et de leur éthique lors d'une consultation de psychogériatrie.

* * *

Bouleversements intergénérationnels en périnatalité

5 octobre 2018 à Angers

Programme 3973180000x session 1

4 heures

La naissance d'un enfant va entraîner des bouleversements chez les parents mais aussi les grands parents. Nous étudierons dans un premier temps l'enjeu actuel pour les parents du désir d'enfant et pour l'enfant d'être objet de désir et dans un deuxième temps l'invariant anthropologique de l'écart entre l'enfant rêvé et l'enfant réel comme lieu de la difficulté du devenir parent (avec les complications subséquentes, le cas échéant). Nous aborderons ensuite la reviviscence, à la génération précédente, du désir d'enfant avec l'arrivée du petit-enfant, désir dont il y a à faire le deuil (mais pas tout à fait) au moment de devenir grands-parents. Enfin nous analyserons et illustrerons par des cas cliniques, les remaniements dans la filiation et les bouleversements intergénérationnels observés dans la période périnatale.

feuilles détachables**Evolution des traitements de l'alcoolodépendance**

10 novembre 2018 à Paris
Programme 39731800002 session 2

Une journée

Soins et traitements proposés aux personnes alcoolodépendantes connaissent depuis maintenant plusieurs années de grandes modifications. Les causes de cette évolution sont de plusieurs types : des changements dans la conceptualisation des addictions ; le recours à de nouvelles molécules actives sur l'appétence à l'alcool (baclofène, nalmefène...) ; l'influence grandissante des personnes « addictées » elles-mêmes et de groupements qu'elles forment (associations, groupes de parole, patients-experts...) dans l'organisation des soins et les prises de décision ; la diffusion des connaissances et la diversification des tissus relationnels, avec un recours toujours plus grand aux médias numérisés (Internet, messageries diverses...). La conduite des soins en pratique psychiatrique ambulatoire libérale s'en trouve par conséquent modifiée, avec le développement de nouvelles stratégies de traitement ne faisant plus systématiquement appel à l'abstinence complète et définitive.

Il est crucial pour les praticiens privés, même expérimentés, de s'informer et se former à ces évolutions, en s'intéressant aux objets psychiques et phénomènes spécifiquement impliqués dans la vie des personnes alcooliques, tels qu'ils apparaissent en termes de représentations médicales et psychologiques. Le recours aux médicaments modificateurs de l'appétence à l'alcool récemment apparus sera également étudié (indications, posologies, effets indésirables).

On rencontrera, au cours de cette formation, différents concepts particulièrement utiles dans ces situations, notamment : dépendance et aliénation, ambivalence, jouissance, honte. Seront aussi abordés la nécessité de soins pluridisciplinaires et les enjeux politiques liés aux addictions.

feuilles détachables**Les pratiques de prescription en psychiatrie**

24 novembre 2018 à Paris
Programme 39731800001 session 2

Une journée

La prescription des molécules relève de la responsabilité et de l'éthique médicale, donc nécessite une mise à jour constante des connaissances pharmacologiques, dont les différentes sources nécessitent une lecture critique concernant autant les biais liés à l'expérience individuelle du praticien, que ceux dépendant des sources d'information scientifique, tout en tenant compte du rôle majeur que vient prendre la prescription médicamenteuse dans la relation psychothérapeutique entre médecin et patient. Cette journée, complètement indépendante de l'industrie pharmaceutique, permettra une actualisation des connaissances sur les psychotropes, leur usage d'un strict point de vue pharmacologique, les surveillances des effets secondaires, les examens complémentaires de suivi recommandés, mais aussi d'un point de vue transférentiel au sein de la relation thérapeutique. Elle nous aidera à connaître et à faire une lecture critique des différentes recommandations concernant les psychotropes. La place du médicament sera analysée tant dans son aspect pharmacologique que clinique, incluant son rôle au sein même de la relation médecin-malade, c'est-à-dire tant dans ses aspects « objectifs » que « subjectifs ».

**PRÉINSCRIPTION - RÉSERVATION**

Dr : _____

Adresse : _____

Portable : _____ Mail : _____

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

- I - **Comportement à risque, impulsivité et suicide à l'adolescence : quelles pathologies, quelle prévention ?**
- II - **Au risque de vieillir - Approches cliniques en pratique libérale.**
- III - **Au risque de vieillir - Approches cliniques et philosophiques.**
- IV - **Bouleversements intergénérationnels en périnatalité.**
- V - **Évolution des traitements de l'alcool-dépendance.**
- VI - **Les pratiques de prescription en psychiatrie.**

(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.**

La création artistique et ses enjeux existentiels**Cycle de conférences 2018 - 2019 par Thierry Delcourt****Maison de la Vie Associative - 1, rue Eugène Wiet – Reims - Entrée libre - ARDPF**

Une invitation au voyage dans l'intimité de l'œuvre, l'univers sensible de la création et le monde de l'artiste. Ouvrir le regard et l'écoute pour devenir spect'acteur, pour ressentir, penser, développer sa capacité critique.

Oser franchir la porte d'une galerie ! Oser parler avec un(e) artiste ! Oser dire son ressenti, et parfois son désarroi ! Oser le penser et trouver les mots pour le formuler ! Oser aimer ce que d'autres détestent ou dénigrent ! Oser ne pas aimer, et oser une critique réfléchie ! Pour y parvenir, il faut apprendre à regarder, à écouter, à ressentir, à dépasser sa première impression. Aller au-delà du malaise, du sentiment d'incompréhension et de refus. Éveiller sa sensibilité pour surmonter l'émotion initiale, sans l'oublier. Garder son libre-arbitre et refuser de se plier à l'avis définitif de l'expert, du critique ou de l'amateur branché.

L'histoire de l'art est émaillée de bouleversements qui ont obligé le public à un effort pour accepter de voir ce qui était impensable l'instant d'avant. Pensons à la révolution impressionniste, à l'incongru Dada ou à l'abstraction conceptuelle qui ont généré de gros scandales avant d'être appréciés comme une ouverture vers un nouveau monde.

Regarder, comprendre, initier son regard et son écoute au contact de l'œuvre et de l'artiste, c'est un joyeux effort, mais qui suppose de ne pas considérer l'art juste comme une distraction facile, ou comme une image lisible de la réalité. La fonction de l'art va au-delà du visible.

L'œuvre d'art vaut parfois tous les discours. Elle les anticipe et même les dépasse. La voir et la comprendre ouvre à la connaissance de soi, de l'autre, du monde, des cultures, de la politique. L'œuvre d'art nous invite à entrer dans la complexité de la culture et de la pensée humaine.

● Mardi 18 septembre 2018 de 18h30 à 20h**On n'y comprend rien : l'invitation au regard**

Comment et quoi regarder : faut-il se poser la question ? Après tout, un simple coup d'œil qui ferait confiance à l'intuition pourrait suffire ! Si cette approche reste une valeur sûre liée à la fonction-plaisir de l'art, se limiter à cela risquerait de priver le spect'acteur d'un autre plaisir, certes plus élaboré mais aussi plus riche dans son apport culturel.

Suivant l'enseignement de Georges Didi-Hubermann, on peut conceptualiser cinq modalités du regard dont l'ultime serait la vision pensante qui suppose un apprentissage formel, historique, conceptuel du regard, mais sans pour autant renoncer à la résonance intuitive dans la surprise du premier regard.

L'apprentissage du voir suppose un guide et une pensée autour de l'œuvre, qu'il est utile de relier au propos de l'artiste et à l'histoire de l'art.

Nous concrétiserons cela à partir d'exemples d'artistes et d'œuvres actuelles.

feuilles détachables

● **Mardi 27 novembre 2018 de 18h30 à 20h**

Créer dans un nid douillet ou au bord de l'abîme

L'acte de création est rarement un long fleuve tranquille, nous le verrons avec quelques artistes et à travers leurs œuvres :

Comment Francis Bacon réussit à contenir et à maîtriser son histoire et sa vie chaotiques en les mettant en scène dans sa peinture violente et souffrante ?

Comment Alberto Giacometti, funambule au bord de la chute, cherche sa vie durant à représenter l'énigme d'une perception qui ne cesse de lui échapper ?

Comment Vaslav Nijinski, exceptionnel danseur et chorégraphe des Ballets Russes, sombre dans la folie après avoir subi des traumatismes irréparables ?

Comment Antonin Artaud oscille toute sa vie entre une création débordante et des accès de folie, jusqu'au délire, puis retrouve une autre forme de création ?

Comment Vincent Van Gogh, pour atteindre le sommet de son art, se met en danger dans sa recherche créative jusqu'à basculer dans la folie et le suicide ?

Comment Camille Claudel s'épuise dans sa création passionnée jusqu'à basculer dans le gouffre de la folie, et finit internée sans plus jamais créer ?

● **Mardi 5 mars 2019 de 18h30 à 20h**

Créer pour donner forme à sa vie et la réinventer

Quand le chaos ouvre sur une nouvelle possibilité de vivre grâce à la création :

Le parcours d'autres artistes, d'Aurélie Nemours à Velickovic, de Nedjar à Aloïse, et bien d'autres êtres en souffrance, prouve que la création artistique peut avoir un énorme pouvoir salvateur ?

Comment Zoran Music a survécu aux camps d'extermination grâce au dessin, et comment la résurgence du traumatisme enfoui lui impose de représenter l'humanité des agonisants sans visages, grâce à la peinture ?

Comment Niki de Saint-Phalle, grâce à l'expression artistique, parvient à se soigner d'une dépression liée au traumatisme de l'inceste, puis devient artiste ?

Comment Gérard Garouste, aux prises avec une histoire qui rend fou, parvient par sa recherche créative, à construire son être malgré ses crises délirantes ?

Comment Salvador Dali sublime sa folie sans y tomber, grâce à l'extravagance de son imaginaire, et à la fantaisie du monde chimérique qu'il met en scène ?

● **Mardi 21 mai 2019 de 18h30 à 20h**

Corps en mouvement et performances artistiques

D'où ça part ? D'où naît le geste ? Du corps sensible qui pousse au dehors et imprime sa marque. C'est un double mouvement d'incorporation de la matière du monde et d'extraction d'une matière de soi.

Qu'il s'agisse d'arts vivants (ils le sont tous par définition) ou de performances artistiques, le corps y sculpte l'espace et le temps. C'est un rythme charnel, une vibration liée au sensible, à l'émoi, en phase ou en lutte avec le monde.

C'est un lien entre la chair et le verbe : le corps y devient palimpseste.

Le ventre aussi pense. Les tripes et le cœur passent par le geste. Entre lâcher prise et maîtrise, transe et attention, c'est l'alliage du corps pulsant et pensant.

Créer ne peut se penser sans le corps, qu'on le mette en scène ou non, que l'on soit dans la représentation ou dans une recherche de la forme abstraite.

Il faut donc envisager l'intrication perceptive et gestuelle entre Espace, Corps et Rythme dans la genèse de l'acte de création.

Thierry Delcourt

feuilles détachables**Le point sur l'international****Informations ALFAPSY**

Le 5^e Colloque InterPsy s'est tenu les 28-29-30 mars 2018 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, avec pour thème : « Globalisation, particularismes et psychiatrie du sujet ». L'affluence des adhérents de l'AFPEP et de bien d'autres professionnels de France, mêlés aux participants du Maghreb et des autres Continents, a contribué au succès de cette manifestation par ailleurs unanimement saluée pour son organisation et son contenu scientifique de qualité, dans la lignée des précédents Colloques Interpsy (2014 à New York et 2016 à Rio).

En marge de la manifestation, le 29 mars 2018, l'Assemblée Générale d'ALFAPSY a donné lieu au renouvellement partiel du Comité International (sa présentation sera faite dans la prochaine Lettre d'Information ALFAPSY ou sur demande expresse) puis à l'élection **du nouveau Bureau Exécutif 2018 – 2020** dont voici la composition :

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 (cooptation en cours) : 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 9^{es} Rencontres Francopsies qu'organise ALFAPSY du 25 au 30 septembre 2018* à l'Hôpital Mont Liban de Beyrouth, à l'initiative de l'Ecole 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, auront pour ambition, sur un argument de Chawki Azouri (Beyrouth), de questionner les liens entre « Francophonie, Psychiatrie humaniste et Psychanalyse aujourd'hui ».

Le programme scientifique international en cours de finalisation est d'ores et déjà disponible en s'adressant à Paul Lacaze, paul.lacaze@wanadoo.fr

Pour la coordination logistique, voyage et tourisme : contacter Mme Nour Farra-Haddad, Agence NEOS, Beyrouth, tel. 009613733818, nour@neoslb.com

* sous réserve des recommandations officielles de l'Ambassade de France à Beyrouth en fonction de l'évolution actuelle des relations internationales dans la région du Proche-Orient.

feuilles détachables

« Zé Tè Dessine » - Colloque International Vendredi 1^{er} et samedi 2 février 2019 Montpellier

Un enfant dessine en notre présence. Ce dessin qui apparaît sur la feuille nous est adressé : véritable mise en jeu transférentielle. L'enfant et le thérapeute le partagent le temps de la séance, et plus largement. Il restera présent dans le dossier de l'enfant et il pourra être convoqué au gré de la thérapie, et bien après parfois.

La psychanalyse, avec Françoise Dolto, voit s'y représenter des fantasmes, d'où pourra être déchiffré la structure de l'Inconscient lorsque l'enfant en parle à son analyste. Du coup, certains thérapeutes sont bien plus attentifs au récit que pourra en faire l'enfant qu'au dessin.

Pourtant, dans les dessins, apparaissent des formes, des traces, dont l'enfant ne peut rien dire. Ces indéchiffrables qui insistent restent énigmatiques tant pour l'enfant que le thérapeute. Le mot grec aïnigma est parti du simple récit (aïnos) pour en venir à s'obscurcir, et désigner ce qui se dit « à mots-couverts ».

Dans son dessin l'enfant inscrit, sans en avoir conscience, ses temps premiers et ce qui le hante de son histoire familiale. Ces formes sont une voie d'accès à l'archaïque.

Être à l'écoute de ce qui surgit en nous dans le temps où l'enfant dessine. Où les corps, tant du thérapeute que celui de l'enfant, sont engagés dans les vacillements d'une co-écriture. De ces grains de voix qui s'y filent. De ces traits qui s'y disent figures, qui s'y lisent figures. Être sensible à ces traces, au plus proche des origines, c'est accepter de reconnaître que c'est de l'archaïque qui ne cesse de nous gouverner. Et c'est déjà le mettre au travail.

« Zé Tè Dessine » & Champ social formations

Objectifs

- Proposer un espace d'échange et de réflexion sur le dessin
- Acquérir les outils de compréhension des dessins d'enfants
- Utiliser le dessin comme médiation thérapeutique
- Favoriser la créativité par cette médiation artistique

Publics concernés

- Personnels des établissements sociaux, médico-sociaux, sanitaires, scolaires
- Thérapeutes, éducateurs, enseignants, animateurs d'ateliers

Tarifs

- OPCA : 290 €
- Individuel : 90 €
- Étudiant : 50 €

Inscription

En ligne : <http://champsocial.com/evaluation/>

Contact

Mail : contact@champsocial.com / Téléphone : 04 66 29 10 04

Informations complémentaires

Site internet du colloque : <http://champsocialformations.com/dessine-moi-une-enigme/>

Lieu

Salle rabelais, 27-29 Boulevard Sarraïl, 34000 Montpellier

w.champsocialformations.com/dessine-moi-une-enigme/ Montpellier 2019.

feuilles détachables

La « newsletter » de l'AFPEP-SNPP



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

info@afpep-snpp.org

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

Dossier spécial

La clinique à l'épreuve des croyances

Introduction journée de printemps Reims 2018

Ce dossier spécial est principalement le fruit du cru 2018 de la journée de printemps co-organisée par l'ARDPF et l'AFPEP. Cette journée était dédiée à trois praticiens et théoriciens engagés dans le champ de la psychiatrie et de la psychanalyse. Je ne doute pas qu'ils auraient été à l'aise et contents d'être avec nous pour participer à ce débat entre croire et penser.

Je veux parler de Marie-Lise Lacas, psychiatre et psychanalyste, une fondatrice de l'AFPEP qui a œuvré pour faire connaître la pratique et les théories de Gisela Pankow.

Je veux parler aussi d'Anne Dufourmantelle qui nous lègue une réflexion psychanalytique et philosophique accessible à un large public, ce qui n'est pas courant dans la profession.

Je veux parler enfin de Jean Cooren que vous êtes nombreux à connaître ici car il est présent aux journées de la Crieé, et nous l'avons accueilli lors des dernières journées nationales de l'AFPEP à Lille sur le chaos.

Croire n'est pas penser ?

Les temps sont à la radicalité des prises de position et à l'opportunisme des discours. Quelle voix peut faire entendre la psychiatrie quand les croyances et leurs idéologies s'imposent sur la scène sociétale et culturelle ? Est-il encore possible de se désolidariser des sujets imposés par la société, de ne pas se laisser convoquer sur des thèmes prescrits ?

Les récentes prises de position gouvernementales et médiatiques sur ce qui est très mal nommé la radicalisation, nous oblige, en tant que soignant mais aussi en tant que citoyen refusant la stigmatisation de la folie, à prendre position pour restaurer une capacité de penser les situations, dans une période où les simplifications abusives nous sont imposées de tous côtés.

Les années noires des dictatures ont utilisé la psychiatrie pour désigner l'expression d'une dissidence comme une folie. L'évocation actuelle, à propos des terroristes, du prétendu « loup solitaire », et la psychologisation des actes extrêmes et barbares, ne peut qu'obscurcir le débat et la compréhension des événements. Si les psychiatres ne sont pas là pour fournir ou imposer une

explication du monde, fort heureusement, ils ont tout de même pour mission, ne serait-ce que pour protéger les citoyens et les patients, de restaurer une capacité de penser dans le respect de l'autre, en se refusant à être les agents d'une raison d'État.

Croire n'est pas penser ? Avec un ? Oui, et nous verrons pourquoi.

Le doute m'habite ! Croire et penser ne sont pas antonymes ni forcément antagonistes.

Pourtant, on est tenté de les opposer, ce qui est logique car le doute méthodique articulé à la déconstruction est aussi une garantie pour lutter contre toutes les formes d'obscurantisme.

Pour croire, il ne faut pas penser. Pour penser, il faut renoncer à croire ! Voilà le problème mal posé dans sa simplification extrême, propice à des prises de position idéologiques que nous connaissons tous pour avoir à les fréquenter.

Alors, pour s'en sortir, faut-il distinguer : il y aurait croire et croire ?

D'un côté, la pensée est collapsée

Croire naïvement comme l'enfant à qui on fait croire au Père Noël... certains y croient toute leur vie... d'autres vivent le subterfuge comme une trahison, source de désenchantement ?

Croire sans nul doute à ce qui nous a été martelé depuis la petite enfance : la religion, les superstitions, la vérité, la morale et les bonnes manières ?

Croire aveuglément pour fuir la finitude et la précarité de l'être ?

Croire sous l'emprise d'une manipulation habile, perverse et/ou totalitaire ?

Croire à la publicité « je le vaux bien », au quart d'heure de célébrité vendu par les médias ?

Croire que tous les fous sont dangereux et qu'il n'y a qu'une solution, les enfermer ?

Croire que les homosexuels et les transsexuels sont des dégénérés ?

Croire que tous les musulmans sont des terroristes et que tous les juifs sont des sionistes ? Croire que les robots vont régler tous nos problèmes, et qu'on va être augmenté ?

De l'autre côté, c'est l'ouverture sous condition à une pensée plus ou moins contrainte

Croire que la vie a un sens, et qu'on est là pour quelque chose, mais quoi ?

Croire que croire permet de penser et de vivre, et fonder sa pensée sur sa croyance ?

Croire aux valeurs universelles, et bien sûr le monde occidental éclairé dicte l'universel ?

Croire à l'indéfectibilité des textes fondateurs pour y référer la pensée, la faire passer dans ces chicanes, avec trop souvent cette déférence à l'égard de l'orthodoxie ?

Croire à un monde meilleur ? Croire en des jours meilleurs ?

Croire qu'on peut facilement déconstruire les croyances, les archétypes et les stéréotypes qui nous dictent et guident nos pensées et nos perceptions ?

Croire à la décroissance et tenter de la penser envers et contre la folle spirale néolibérale ? Croire en soi ? Croire en l'autre ? Croire en la bonté de l'homme ?

Croire qu'on a trouvé et qu'on détient la vérité et qu'il suffit d'argumenter pour la défendre avec d'autant plus de véhémence que le doute risque de s'insinuer ?

Faire croire en usant d'une pensée complexifiée, un pouvoir de l'élite qui embrouille l'autre, qui le neutralise grâce à la haute performance rhétorique du discours ?

Donc, admettons qu'il y ait croire et croire, y aurait-il alors : penser et penser ?

« Nous ne voulons pas convaincre les gens de nos idées, nous voulons réduire le vocabulaire de telle façon qu'ils (les gens) ne puissent plus exprimer que nos idées. »

Vous connaissez la citation qui circule sur les réseaux sociaux en l'attribuant, un fake viral, à Joseph Goebbels. Mais le régime nazi ne s'embarrassait pas de sophistications linguistiques pour systématiser l'extermination en croyant, ou faisant semblant de croire, à la pureté d'une race aryenne. La citation appartient plutôt à George Orwell et sa novlangue de 1984, mais on peut la traduire dans la plupart des systèmes totalitaires et les sociétés néolibérales.

D'un côté, penser entre hommes de pouvoir séculier, qu'il soit religieux, institutionnel ou intellectuel. Alors il n'est pas question de revenir sur les fondements culturels inscrits dans le marbre, car ils sont, par définition, fondateurs et porteurs de la vérité universelle imposée. C'est Ton Destin, celui d'une pensée balisée, donc sécurisée et sans surprise ni dérangement. En général les institutions et l'université en sont les garants.

De l'autre côté, il s'agirait de penser sans concession, en passant au crible les présupposés, les ellipses, les petits arrangements entre compères. Cela suppose de mettre au travail la langue, la culture et ses fondements par une déconstruction qui décentre, qui contextualise au regard d'autres langues, d'autres cultures et d'autres fondements, sans pour autant perdre de sa force et de sa légitimité. Il s'agirait donc de renoncer au pouvoir que confère la capacité de penser pour s'autoriser à accéder à une pensée créative, une pensée subversive.

Thierry Delcourt

Actualité des mots de la douleur

Intervention d'ouverture des journées scientifiques de l'Association Tunisienne des Psychiatres d'Exercice Privé. Sousse. Tunisie. Mars 2018.

Je remercie les organisateurs de ces journées, et en particulier le Dr Sofiane Zribi, de me donner l'occasion de vous présenter aujourd'hui quelques réflexions concernant « la psychosomatique et le langage de la douleur ».

C'est toujours un immense plaisir que de se retrouver en Tunisie, un honneur que d'être invité dans ce pays qui a valeur d'exemple, aux citoyens duquel nous présentons nos vœux, les plus appuyés et les plus amicaux, de paix et de réussite. En tant que président

d'honneur du syndicat national des psychiatres d'exercice privé français, permettez-moi de saluer en ce jour notre chaleureuse et fructueuse collaboration.

Quand Sofiane Zribi m'a demandé d'intervenir sur la douleur, réagissant en qualité de psychiatre français travaillant de nos jours dans une clinique privée, j'ai tout de suite pensé aux indicateurs et mesures d'évaluation etil ne s'agissait pas du tout de cela. Ce colloque concerne le psychosomatique, et comme l'a précisé si joliment Sofiane, « le corps en tant que miroir de l'âme ». Mon réflexe a pourtant été immédiat, pavlovien, défensif, ce qui indique assez précisément l'état d'esprit et l'inquiétude qui sont les nôtres en

France. J'ai pourtant une formation psychodynamique plus qu'appuyée mais un presque vieux routard comme moi peut se faire prendre la main dans le sac d'un automatisme de protection face au scientisme qui nous assaille. C'est comme un enfant battu qui se protège d'une claque au moindre mouvement de l'interlocuteur, c'est une manifestation de psycho-traumatisé... Eh oui nous en sommes là...

Ainsi, nous pourrions donc parler de mécanismes psychopathologiques et pourquoi pas de l'âme ! On pourrait même nous inviter pour cela ! Force est de constater que cela ne fait déjà plus partie des réflexes. Décidemment, Gloire à la Tunisie et à ses psychiatres.... Nous sommes, pour notre part, de moins en moins habitués à un tel traitement.

En creusant un peu cependant, ce malentendu, ces considérations, sont en mesure d'être un point de départ qui pourrait être fécond.

Cela pose la question du corps d'aujourd'hui, des éventuels nouveaux mots de la douleur, des conséquences des modes de prise en charge modernes.

Un indicateur, ce à quoi j'ai tout de suite pensé, ce nouvel outil, ce nouveau mode d'appréhension de la douleur, va tenter d'évaluer au plus près une situation. Il tend à une objectivité. Il s'agit dès lors moins d'écouter un corps ou celui à qui il appartient, que de constater et de mesurer au plus près des éléments tangibles.

Le souci est que le corps des malades mentaux ne parle pas toujours pas de la manière spécifique attendue dans le sens qu'aucun marqueur de pathologie, par exemple, n'a été trouvé. Il nous faut continuer à écouter les patients car malgré nos rêves, ou faut-il dire nos illusions ? , nous ne pouvons toujours pas lire de pathologie psychiatrique dans leurs gènes, ni en trouver traces dans le sang ou dans les urines. Rien ne vient biologiquement signer leur atteinte. Pour mesurer la souffrance psychique, il nous faudra encore en passer par le langage.

Par les temps qui sont les nôtres, gestionnaires et assureurs tenant le haut du pavé, il n'est pourtant pas question d'approximations et de s'en tenir à des mots ou à des interprétations. Nous passons ainsi du registre du symbolique immesurable à une réalité comptable ou mesurable : L'époque nous demande de passer du mot à la chose.

Passer du mot à la chose : cette observation est au centre de cette intervention.

Le corps spécifique de la maladie mentale n'ayant pas été trouvé, la seule façon de s'en tenir à une option mesurable, à un support de chair, à un indicateur qui puisse être « gestionnairement » indiscutable, est de tenter : de se cantonner à un angle de vue le plus neurologique possible. C'est une option idéologique mais, le temps que la neurologie fasse les progrès

décisifs attendus, juger le soin psychiatrique à l'aune de l'état somatique est la perspective choisie pour ne pas dire la politique.

Nos patients, comme d'habitude, internet aidant, ne s'en laissent pas « compter » et arrivent avec les nouveaux neuro-symptômes prescrits: « Docteur, je suis dys, bipolaire, TDAH, j'ai une phobie sociale, un manque d'estime de soi, etc... » et l'ordonnance ou la rééducation quasi faite par le logiciel à leur portée.

Ce sont là de nouveaux mots de la douleur que ces symptôme prescrits. Ils sont à coup sûr prescrits et pour preuve : notre spécialité est sans aucun doute la seule en médecine à avoir rebaptisé, avec désinvolture, le nom de tous les symptômes de sa sémiologie. Nos patients les ont appris par cœur, comme on le leur propose. D'ailleurs ne sont-ils pas en train de devenir des experts de leur pathologie ? En attendant, ils répètent surtout ce qu'on leur demande.

Les patients utilisent les nouveaux symptômes de la même façon qu'ils utilisaient les anciens, l'ordonnance en sus, et j'allais dire dans la même impasse car cela correspond souvent plus à une carte de visite : « Mr Machin, bipolaire » qui donne éventuellement droit à des prestations sociales, qu'à une véritable nouvelle perspective thérapeutique.

Le corps représente ainsi le repli désespéré des scientifiques, la mesure d'une impuissance, malgré tous les effets d'annonce concernant les marqueurs et les promesses non tenues.

Si la psychiatrie s'est différenciée de la neurologie dans les années 70, c'est bien parce que la prise en charge médicale ne recouvrait pas complètement la prise en charge psychiatrique, parce que la psychiatrie est une prise en charge spécifique. Les aspects psychodynamiques, familiaux, sociaux, politiques par exemple participent aussi à ce cadre et sont aussi à prendre en compte. L'objet de la psychiatrie est un corps parlant et non un corps tout court. Le souci est que si on n'écoute pas le patient alors la maltraitance n'est jamais très loin et c'est là une des grilles de lecture de ce qui se passe aujourd'hui en France.

Cette maltraitance est une conséquence d'un florilège de mesures et parfois même de bons sentiments. En tout cas le résultat est là. Les soins psychiatriques sont de plus en plus mauvais. Un médicament n'existe pas seul. Il est prescrit, accompagnant, plus ou moins efficace, plus ou moins rassurant, mais ne peut ignorer qu'il soigne aussi autre chose qu'un corps. Nous en sommes à rappeler des évidences.

S'il n'y a plus assez de personnel présent, s'il n'y a plus d'écoute attentive et professionnelle, s'il n'y a plus de discussion possible, le corps se retrouve en première ligne et peut se retrouver attaché, isolé, rejeté, stigmatisé, soigné à la va-vite par des traitements administrés plutôt qu'accompagnés.

La modernité thérapeutique est restée pour le moment insuffisante, en dessous des attentes, mais, en France, on fait comme si elle était déjà satisfaisante. Les moyens ne sont plus là, on les diminue sous prétexte de rationalisation des prises en charge, mais à ce rythme, cela ne sera bientôt même plus une question sanitaire mais une question de droit à la dignité. Les soins sont basés sur la preuve et pourtant ... Cela marche de moins en moins bien. Nous arrivons en-deçà du sanitaire.

La bienveillance passe pour un progrès récent mais apparue surtout depuis que l'on maltraite à tout va, et alors que nos patients n'ont pas été dans une situation aussi difficile depuis longtemps. C'est dans ce marasme qu'intervient la perspective assurantielle et juridique. Sous prétexte de progrès apparaît de fait la notion centrale de CYA, « Cover Your Ass ». PTC en français. Je vous laisse traduire....

Sachant que les soins seront inadaptés, la démarche des tutelles françaises consiste à se couvrir et à faire diversion voire orienter la culpabilité sur d'autres acteurs : « Surveillance du poids, de troubles métaboliques, durée de vie, suivis somatiques, questions d'éthique, etc... ». la petite musique du « on vous avait prévenu, maintenant débrouillez-vous, c'est pour votre pomme ».

Il risque d'y avoir beaucoup de procès dans un futur assez proche, comme ça devrait être le cas pour le médiateur et tout ce qui fleure bon le mauvais traitement.

Certains le savent et prennent les devants : les mesures actuelles auront des conséquences, ça va laisser du monde sur le carreau ... et il y aura des procédures.

Un psychiatre ne pourra bientôt plus faire de psychopathologie parce qu'il sera rivé à son ordinateur à cocher des cases de CYA. Répertorier les éventuels effets secondaires pour se couvrir, prévenir des inconvénients pour s'en laver les mains, surveiller tout ce qui pourrait laisser des traces tangibles, égarer l'éventuel enquêteur, masquer l'abandon par des mesures de pure prestance, Voilà encore de nouveaux maux de la douleur.

Il est encore temps en France de faire machine arrière. Le tissu soignant est de grande qualité, les infrastructures ont fait leurs preuves, c'est la demande de la population. Mais c'est là une question économique-politique.

Toujours est-il que cette idée de passer du mot à la chose ne touche pas que nos domaines et cela nous préoccupe aussi.

Cela touche la politique, l'économie nous venons de le voir mais c'est exactement ce qui arrive aussi aux religions monothéistes, et cela nous intéresse tout particulièrement.

Les religions ne sont plus celles de « papa » et ce sont bien plutôt celles de jeunes adeptes qui tentent de convertir leurs parents. Or si la religion possède un sens, avec ses rites, ses mythes, ses parcours, ses lieux, ses prières et ses mystiques, c'est bien celui de tenter nous préserver un tant soit peu de la violence et de la haine.

La part maudite, le reste, le symbole, le rituel sacrificiel, tout cela ne permet-il pas justement de canaliser la violence, la haine et le meurtre ? Le symbole plutôt que le meurtre, tel est le credo des religions. Et, de plus, n'ont-elles pas une dimension politique avec leur défense du faible, d'égalité devant Dieu, l'émancipation des parias, la libération des entraves, la lutte contre l'injustice, la corruption et le népotisme, l'accueil de l'étranger, la promesse de lendemains qui chantent, etc... ? Tout cela est dans les religions monothéistes et a largement été repris par les idéologies politiques. Cela nous permet de souligner sans état d'âme que, au fil de l'histoire, la religion a fait œuvre de civilisation.

Mais, le fait est, que les religions aussi traversent des phases difficiles, de désublimation, d'éloignement du symbolique, de barbarie, d'arrêt de ce travail de civilisation. Ce sont justement les moments où les mots ne représentent plus les choses, c'est comme si Abraham, commun à tous les monothéismes, sacrifiait réellement son fils et non plus un bélier à sa place. Dieu a demandé à Abraham une métaphore d'alliance, pas de faire œuvre de boucherie. Le texte sacré des trois monothéismes indique clairement dans ce passage le choix de Dieu lui-même pour le symbole. De là à dire que tout ce qui s'effectue malgré tout dans le réel, à défaut d'être symbolisé, va à l'encontre de la préoccupation divine, il n'y a qu'un pas. A ce moment-là, les religions s'éloignent de Dieu....

Les religions monothéistes, dans leur fondement, se réclament du travail de civilisation et ont pu le montrer au long de leur histoire. Mais quand les religions deviennent le pilier du système ou de l'empire en place, oublient leur vocation première, ne sont plus d'ouverture mais d'asservissement, refusent l'accueil, favorisent la corruption, persécutent ceux qui cherchent à l'enrichir la renouveler ou l'actualiser, fabriquent des armées de clones prêtes à être décimées, alors, Alors, les religions ne font plus œuvre de civilisation, et les mots de la douleur deviennent ceux du sacrifice réel.

Les mots du sacrifice, les mots de la douleur contemporaine.

C'est soit la métaphore, soit le meurtre.

Le travail de civilisation, celui qui nous importe, le nôtre en tant que psychiatre, a nettement choisi son option, celle de la métaphore, et nous pouvons observer que différents registres sont touchés de plein fouet. Quand

la dimension humaine est mesurée par des outils gestionnaires, la haine contenue par le processus même de symbolisation, est libérée. S'il n'y a plus moyen de métaphoriser la violence, de la refouler et de la sublimer, s'il ne reste qu'à la comptabiliser, que l'on ne s'étonne pas que cette désublimation du sacré ait des conséquences désastreuses et barbares.

Nous n'assistons donc pas à un développement du phénomène religieux mais bien plutôt à une désublimation religieuse, par un mouvement de sape radicale de ses fondements même, dont la métaphorisation du sacrifice fait partie. Le sacrifice n'est plus symbolique mais réel pour certains, ceux qui perdent leur humanité. Ce processus envahit tous les pans de notre civilisation et pousse au « parcours de barbarie ». La chair, si possible disloquée, en lieu et place du symbole.

Il arrive au sein du religieux, un phénomène qui touche tous les domaines.

La soi-disant « rationalité » de notre époque, la destructivité majeure déguisée en concurrence performante, aurait donc comme conséquence la libération d'énergies mortifères par abandon du travail de symbolisation. Elle produit une désintrinsication pulsionnelle.

C'est l'envers du masochisme primaire, qui vient pour sa part, sceller une alliance.

Le masochisme primaire, c'est le prix, symbolique cette fois, à payer d'avoir un corps en quelque sorte. Il faut non seulement intégrer ainsi pas mal de sensations, d'insatisfactions, de contrôles, de prises sur soi mais en plus érotiser le phénomène pour le supporter. C'est la façon d'assimiler les effractions, les excitations, de les humaniser, de s'approprier son destin corporel.

C'est une intrication.

C'est ce qui fait qu'une voiture neuve n'est vraiment la vôtre qu'une fois que vous l'avez rayée, c'est ce qui fait que vous acceptez d'aller bien sans trop culpabiliser, que vous acceptez une jolie réussite en la minimisant ou en continuant à vous plaindre, qu'un doudou d'enfant n'est vraiment un doudou que s'il est en piteux état. Tout ne doit pas aller parfaitement bien mais juste suffisamment.

Ce masochisme primaire est nécessaire à notre équilibre, il nous permet d'accepter le sort, les excitations, de jouer avec certaines limites, sans que cela mette tout le dispositif psychique en danger. Expériences de possession, d'extase, de perte de limites, de passivité, de jouissance sexuelle en sont l'exemple.

Le masochisme est aussi nécessaire pour accepter la difficulté temporaire de certaines situations : travailler dur tout de suite pour pouvoir en tirer les bénéfices plus tard. Ce sacrifice symbolique là n'est pas le sacrifice disséquant d'aujourd'hui.

La maîtrise comptable pour les pauvres et le sans limite pour les riches, le néo-libéralisme guerrier contemporain, c'est justement un travail de barbarie.

Pas d'entrave pour les uns, y compris les plus communément admises pour quelques-uns, et le corps ravalé à la dimension d'objet pour tous les autres : Les mots du masochisme, les mots de la douleur sont donc un grand témoin de là où nous en sommes dans notre travail de civilisation.

Patrice Charbit

Sur l'opposition entre croire et penser

Le point de départ de mon propos se trouve dans l'argument de cette journée : «des croyances et leurs idéologies s'imposent sur la scène sociétale et culturelle, les psychiatres ont pour mission de restaurer une capacité de penser dans le respect de l'autre». Je précise que j'utiliserai ici le terme de « pensée » au sens de l'élaboration.

Le point d'origine de cette brève réflexion tient au constat qu'il existe une relation d'opposition entre croire et élaborer. Toutefois il ne s'agit pas d'une opposition exclusive, où l'une des actions viserait à anéantir ou écarter totalement l'autre acte du champ référentiel. Comme par exemple on l'entend parfois dire au cours de discussions que nous pouvons avoir entre collègues sur un point de théorie, où la qualification de croyance

attribuée à l'autre vise à une disqualification définitive de la pensée et de la position du contradicteur. Peut-être la position de croyant est-elle une dévalorisation par rapport à la raison scientifique ? Quoi qu'il en soit dans ce type d'échange, j'ai pu observer que l'imputation, voire le reproche, faite à l'autre d'être en position de croyance, masquait souvent l'ignorance d'une propre position similaire de croyance chez l'énonciateur de cette remarque. Dans de telles représentations, élaboration et croyance sont revendiquées en tant que termes d'un choix idéologique.

De même avec le développement des techniques de conditionnement les plus récentes grâce à la numérisation utilisée par la réalité virtuelle dans des programmes d'assistance au traitement des phobies ;

ici la croyance (et sa mise en action par la suggestion) est le levier du traitement programmé, ne laissant que peu de champ disponible à l'élaboration spontanée de la personne traitée.

Or, une innovation ayant puissamment contribué à la sortie de la position d'infériorité des malades mentaux a surgi du génie freudien consistant à poser comme principe thérapeutique de croire systématiquement en la parole de la personne souffrante. C'est-à-dire faire le crédit d'une valeur de vérité de cette parole, avant même d'en élucider la moindre signification, et ainsi ouvrir un espace pour la pensée, pour la découverte et l'élaboration de la personne, spontanées et accompagnées par le thérapeute. Autrement dit mettre en action la croyance que le symptôme manifeste et génère du sens ; tout en se gardant d'être en position de fascination, puisque cette croyance est aussitôt mise en question selon (en paraphrasant Descartes) la séquence : je crois, donc je doute, donc je pense, donc je suis.

Ainsi apparaît l'opposition dynamique qui décrit bien, me semble-t-il, le mouvement de la pensée du psychiatre : la pensée qui va générer une singularisation reconnaissable en tant que telle émerge de ce mouvement où il y a, certes, de la négativité. Mais une négativité qui admet l'existence de ce qu'elle nie, et où cette activité, ce désir nécessaire de nier, est également admis, reconnu. On n'est donc pas dans le registre de la paranoïa ni de la perversion, car le doute est supportable.

Certes, croire est un refus d'élaborer, et tout autant élaborer est un refus de croire. Comme par exemple dans l'affirmation que nous entendons parfois poser dans nos lieux de consultation : je ne veux pas (ou plus) croire, je veux élaborer, penser par moi-même, qui pose un fondement à une subjectivité possible. Mais le point le plus important à souligner n'est pas qu'une fascination est toujours possible, par le désir et l'acte de nier ; c'est la valeur donnée à la relation persistant, malgré tout, entre ce qui est nié et ce qui nie. Cette relation, qui comporte un point de bascule d'une position vers une autre, peut fournir un axe à la pensée de la personne.

En voici une courte illustration clinique : Une femme, au cours d'une séance d'une psychanalyse en cours depuis plusieurs années, me parle d'un moment vécu dans un lieu religieux où elle a participé à une cérémonie célébrant un souvenir. Elle dit avoir subitement vu mon nom écrit sur une plaque (parmi d'autres noms) ; et précise qu'elle est déjà venue de nombreuses fois depuis son enfance dans ce lieu, qui est lié à son histoire familiale et personnelle, et ce sans l'avoir remarqué. Elle me reproche alors de ne pas lui avoir dit auparavant, puisqu'elle m'avait annoncé qu'elle se rendait dans ce lieu, que ma propre histoire familiale et personnelle m'avait également fait fréquenter cette

ville, et probablement ce lieu ; ce dont elle déduit que nous nous étions possiblement croisés enfants et, qui sait, peut-être même avons-nous joué ensemble. Et cela, dit-elle, brise la confiance entre nous car cela s'oppose à la neutralité de ma position que j'ai pourtant bien respectée jusqu'à maintenant. Elle ressent alors (plus exactement elle en déduit) qu'elle ne peut plus me parler librement, parce qu'elle constate que sa pensée est bloquée, vide, sans image ni spontanéité. Elle est très déçue de mon attitude et veut mettre fin à sa psychanalyse avec moi.

Je lui réponds que ce qu'elle me décrit est en effet extraordinaire (car pourquoi s'apercevoir cette fois de la présence de ce nom alors qu'elle est venue de nombreuses fois en ce lieu ?), je ne discute rien sur le contenu ni les éléments de la réalité de ce moment vécu, et je souligne et soutiens malgré ses protestations que de mon point de vue cela ne fait en rien obstacle à la poursuite du traitement avec moi.

Elle hésite quelque temps puis demande à revenir en face à face, ce que bien sûr j'accepte, pensant qu'elle fabriquera ainsi une issue devant le risque de blocage définitif. J'imagine qu'il s'agit pour elle de se recréer une sorte de virginité d'image de moi, afin d'y placer à nouveau sa confiance, sa croyance en une incarnation, plausible à ses yeux, du point mort nécessaire au déroulement de sa pensée. Et ainsi pouvoir emporter cette image mémorisée comme support au lieu d'adresse de sa parole, dans le retour vers la position d'où il lui sera possible de redémarrer une verbalisation de son élaboration.

C'est ce qui s'est passé, ma réponse en acte affirmant une asymétrie : de son point de vue, je sais quelque chose qu'elle ne sait pas, et je ne le partage pas avec elle ; mais je n'utilise pas ce pouvoir supposé pour lui faire violence, ce qui serait le cas si je faisais un enjeu de ce savoir sur des éléments historiques anecdotiques. Bien que j'ai de solides motifs pour penser qu'elle est illusoire, sa croyance est respectée et peut donc être maintenue en l'état, ce qui empêche qu'un point de fixation ne se crée, par conséquent le mouvement de sa pensée peut reprendre.

Ainsi l'opposition entre croire et élaborer apparaît comparable aux deux rives d'un fleuve, rives dites opposées, comme condition nécessaire et structurante à la canalisation et l'écoulement du cours de la pensée. Au cours des soins psychiatriques et psychothérapeutiques, les croyances et les doutes ne sont pas problématiques en eux-mêmes, les obstacles naissent de la fixation à laquelle ils peuvent faire prétexte. C'est se borner à croire, quelle que soit la teneur de la croyance, qui empêche d'être au sens de l'individuation : quand je crois, je suis (au sens de suivre) mais ne suis (au sens d'être subjectivé) pas. Cette question concerne autant les soignants que les soignés.

Nous rencontrons actuellement dans notre champ certains foyers de fixation.

La croyance scientifique produit un rabattement de la pensée sur le visible, et par là une réduction à la dimension de l'imaginaire organisé par des symboles seulement maniables par le calcul. La mise en avant et l'imposition quasi systématiques de l'imagerie cérébrale comme preuve nécessaire à la validation des hypothèses étiologiques et des traitements ampute dramatiquement les soignants et les soignés d'une part de leur vie psychique. Malheureusement, il n'est pas tenu compte du fait que, dans la plupart des cas, ne sont mises en évidence au mieux que des corrélations entre état cliniquement observable et images computerisées¹. Ces corrélations ou ces artefacts imagés sont utilisés répétitivement par les canaux de communication de tous niveaux (de l'authentiquement scientifique aux médias grand public déformant la teneur des messages), générant et entretenant une dévotion faisant vivre une communauté mondialisée des adorateurs du cerveau.

De même, la mise en avant systématisée d'une supposée causalité génétique comme origine première des maladies mentales entretient la croyance en un déterminisme rigide. Or, ainsi que le rappelaient récemment² plusieurs scientifiques à la qualification avérée, « *la recherche n'a pas pu à ce jour identifier de variantes génétiques ayant indubitablement pour effet de créer des différences cognitives ou comportementales.* »

Ces façons de représenter les maladies mentales sont considérées non critiquables par leurs promoteurs, l'inventivité personnelle n'est plus acceptée car considérée non scientifiquement valable, ce qui est de plus assimilé systématiquement à une dangerosité. Pourtant, le psychiatre qui n'élabore pas personnellement à partir de ce que lui dit le malade encourt le risque d'être bloqué dans une position de simple exécutant (et remarquons que dans ce mouvement il s'exécute), tenté d'être seulement obéissant et prosélyte. Ce qui, il faut le souligner, n'est pas spécifique au scientisme et existe depuis toujours pour tous les courants de pensée.

Le problème est accru par l'utilisation de la novlangue imposée, qui stérilise la pensée des soignants. Particulièrement par un mécanisme récemment souligné par P. Landman à propos de la méthode

DSM, qui « crée une langue sans référent », dont les usagers, notamment les administrations telles que la H.A.S., s'emparent et y ajoutent leurs propres référents (la rentabilité notamment).

Mais il ne suffit pas de critiquer cette évolution des discours pour éviter la difficulté ; nous ne devons pas ignorer la position scientifique inévitablement associée à l'exercice actuel de la médecine par tout praticien : tout prescripteur de substances nommées médicament réalise un acte de croyance. Il est très rare de savoir exactement comment agit tel médicament, et le premier niveau d'action est toujours celui de l'effet placebo. Bien que formés à l'école de la pensée scientifique, nous avons rarement les moyens de vérifier scientifiquement la validité des concepts et des techniques que nous utilisons. Nous n'avons pas non plus facilement les moyens de vérifier l'exactitude de ce qui nous est adressé par les divers canaux de formation et d'information auxquels nous avons accès. Notre position de praticien est donc souvent orientée par la croyance, position déterminée par les dépendances socio-professionnelles auxquelles nous sommes astreints.

Pour ne pas y rester fixés, nous avons à faire l'effort renouvelé de critiquer, examiner les conditions de formations de cet objet de croyance, les buts qu'elle poursuit et les intérêts qu'elle sert. À quoi, à qui, profite la croyance ? Cette question, à se poser souvent, est nécessaire pour ne pas se laisser fasciner par la crainte de n'être pas reconnu comme faisant partie de la communauté des soignants de qualité.

Nous avons plusieurs modes de pensée. Le mode de la croyance projette dans un avenir en faisant crédit imaginairement à ce qui peut être réalisé. Le mode de l'élaboration fait consister un présent, un actuel c'est-à-dire un acte situé autrement dans la temporalité : penser, puis être reconnu au présent comme sujet de sa pensée ; d'où une particularisation au sein du collectif de la croyance partagée avec d'autres.

Ces deux modes en opposition sont nécessaires comme deux piliers de la pensée, et participent à situer la personne dans la dimension temporelle de son existence.

Olivier Brunschwig
Psychiatre, psychianalyste, Paris

(1) Voir l'éclairant ouvrage de F. Guillaume, G. Thiebergen, J.-Y. Baudoin : *Le cerveau n'est pas ce que vous pensez, images et mirages du cerveau*, P.U.G., 2013.

(2) *Le Monde*, 25/04/2018.

Le cru et le croire à l'épreuve du transfert

Le bureau de Jean Oury et la rencontre avec Jean Launay

Espace ouvert, présence et rencontre

Une situation banale devient unique et exceptionnelle. Jean Oury est dans une concentration flottante. Il revit avec son patient un espace et un instant dilaté.

C'est là que Jean Oury met en œuvre son action intuitive dans le transfert.

Parallèle avec le ralenti de Carolyn Carlson : Intensité, tension, concentration, présence. La rencontre se fait sur un oxymore : l'hyper-concentration flottante.

Pourquoi ce parallèle ? La rencontre entre Jean Oury et son patient relève d'une chorégraphie. Mais elle est différente *des lignes d'erre* de Fernand Deligny qui voulait rester artefact traçant et observant. Oury est dans l'ici et maintenant tout en étant ailleurs mais pas n'importe où car sa présence active circule en fait dans un espace partagé et ouvert.

Suspendre la pensée et l'intentionnalité consciente

Pour parvenir à cette réelle présence qui fonde l'espace partagé, il faut croire en l'autre et croire à la force de l'interaction mais il faut y croire sans convoquer la théorie clinique qui s'élabore avant et dans l'après-coup.

Il s'agit de suspendre la pensée et l'intentionnalité consciente pour ouvrir sur la perception intuitive sensible, sur le sentir. Cette présence réelle, authentique, c'est l'être-là du thérapeute. Mais peut-on mettre en scène et rejouer cet espace n'importe où, et avec n'importe qui ?

Jeune psychiatre, échappée belle et franchissement dans l'espace naturel

Immense espace naturel.

Jeune psy idéaliste naïf et passionné, je croyais qu'il suffisait de franchir un gué, ruisseau, d'enlacer et d'écouter un arbre qui craque, d'y grimper, de passer de branche en branche en équilibre instable... pour guérir un enfant psychotique ou un jeune adolescent suicidaire. L'administration d'un CMPP avait donné carte blanche et les moyens pour accomplir cette expérience durant quelques années. J'ai pratiqué avec deux co-thérapeutes dans un espace naturel sans limite pour se confronter aux limites et les construire. J'étais inspiré comme beaucoup de notre génération, par Fernand Deligny, Jean Oury, Henri Maldiney, Gisela Pankow, les Mannoni, mais surtout Julien Gracq, Francis Ponge et quelques autres poètes et artistes.

Invention spontanée.

On y croyait donc on osait inventer des situations, des passages, des instants de décision, des mises en scène, des prises de risque.

Bien entendu, croire et oser sur ce mode spontané doit s'étayer et s'adosser à la réflexion théorique dans l'avant et l'après-coup.

Le plus souvent, ça marchait assez bien avec une réduction de l'anxiété, des symptômes, et un progrès dans la socialisation de ces enfants.

Puis, ce fut le désenchantement, non pas celui de l'échec mais fini la récréation. L'administration nous a normalisés dans un but sécuritaire et économique. Ensuite vous savez, c'est la voie étroite de la standardisation pour homogénéiser des traitements HAS compatibles référés aux prétendues bonnes pratiques.

Dans le bureau, le pari de recréer l'espace créatif de franchissement

Ouvrir un espace confiné à l'inattendu

Me voici cantonné dans l'espace fermé du cabinet. C'est vrai, on n'y est pas seul, il y a toujours ces tiers qui nous habitent. Mais on peut se sentir seul.

Il fallait inventer des modalités pour ouvrir cet espace confiné à l'inattendu, à l'événement qui permettrait le réaménagement psychique. Ceci m'a conduit à une recherche sur la créativité, tant celle du thérapeute que celle du patient, afin de saisir plus finement le processus de création qui opère dans cet espace-temps.

L'espace critique où croire et penser s'enchevêtrent

C'est un espace critique, au sens de crise du transfert et de fantaisie dialectique. Je vais prendre trois extraits cliniques qui situent l'instant et l'espace critique, là où croire et penser s'enchevêtrent dans une construction efficiente.

Il s'agit de circonstances uniques où il est impératif de ne pas hésiter dans notre intuition clinique. Alors, on se demande juste comment faire taire l'entrave du doute et faire preuve de créativité à l'instant opportun de l'acte thérapeutique et ce, non pas à travers une interprétation narcissiquement gratifiante.

Espace de transfert et concentration flottante

Le moindre détail, sachant qu'ils sont nombreux à nous échapper, est important dans la mise en place et l'ouverture de cet espace partagé. Mais comment et pourquoi la disposition à une concentration flottante permet de mieux saisir l'instant de décision, d'impact et d'action, et d'y opérer ? Cela suppose, à mon avis, de

croire l'autre, de croire en l'autre, donc d'être capable de l'accueillir en acceptant d'être dupe, juste ce qu'il faut, juste assez pour qu'il soit réellement accueilli et pour faire taire notre raison raisonnante.

Topographie dynamique

Que devient cet espace quand il est partagé ? Chacun le construit à sa façon, selon son bagage et ses affinités. Le mien relève d'une topographie dynamique qui n'a que de lointaines accointances avec les topologies freudienne, lacanienne et neuroscientifique, mais des affinités singulières avec la création artistique.

Plus qu'une représentation approximative de l'appareil neuropsychique, cette topographie dynamique est un outil intuitif de construction en mouvement qui s'est façonné au fil de l'expérience et de ma recherche autour du processus de création. C'est un espace de navigation à vue dans un monde en mouvement avec ses interférences transférentielles, ses obstacles et ses ouvertures dans cet espace-temps partagé avec le patient.

La preuve en est que si je le revois longtemps après, la topographie dynamique de ce patient et de ma relation transférentielle avec lui, revient avant même les circonstances cliniques et le motif de la première rencontre.

Samia, orpheline haïtienne

J'ai reçu Samia, orpheline haïtienne, il y a une vingtaine d'années. Elle avait dix ans et avait été adoptée par une famille française. Peu de temps après l'adoption, elle devint insomniaque, avec des visions hallucinatoires et angoissantes qui se résumaient à une tache rouge sur le plafond.

On pouvait, bien sûr, tout supposer et tout imaginer sur ce qui se passait ou ce qui s'était passé à l'étage supérieur, et pourquoi ce sang, d'autant qu'on associe facilement Haïti au traumatisme des catastrophes naturelles et de la sauvagerie. Rien dans le dossier de Samia, si ce n'est son abandon par une mère déshéritée.

Au fil des séances, nous avons dessiné ensemble cette tache jusqu'à en faire une forme (la chose devient forme), une cartographie. Ma proposition hasardeuse fut de juxtaposer sa tache à la carte d'Haïti, telle la gueule de dragon prête à dévorer ses autochtones. Voyez-la. La construction-interprétation fondée en commun est devenue une vérité psychique dans sa fonction d'étayage du corps de Samia.

Ce fut le début d'une psychothérapie avec une efflorescence imaginaire en duo qui, semble-t-il, a permis à Samia, de se construire une histoire qui tenait debout et des bords à travers cet espace commun.

Je l'avais presque oubliée, et Samia est revenue me voir il y a six mois afin de me présenter sa fille en voulant se rassurer sur son état mental. Mais aussi pour se rassurer sur sa capacité à être mère.

Immédiatement, m'est revenue la topographie dynamique de son espace mental et des interactions dans lesquelles nous avons pris part. Pourquoi ?

Ce qui se joue dans cette topographie dynamique

Coagulation, implosions, réagencement, collapsus phobique

On peut y voir la coagulation de l'angoisse (la tache de Samia), des implosions hallucinatoires, des tentatives de réagencement dans la cristallisation d'un délire qui fige l'espace psychique ou dans une expansion cosmogonique sans bord. On peut aussi y mesurer l'impact paralysant d'une fuite phobique.

Comme dans une orchestration chaotique, toutes ces interactions et ces blocages restent sous la prévalence de la matrice sensible et de ses échanges complexes dans la construction des représentations psychiques. (Pour mieux en parler, il me faudrait revenir au diagramme de Deleuze dans la logique de la sensation autour de son élaboration du figural, et surtout ce qu'a élaboré Jean-François Lyotard dans « Discours figure » autour de la figure-matrice, là où les mots, les choses et les formes s'enchevêtrent dans une interchangeabilité et un synchrétisme).

Ce qui semble magmatique est relégué au rang de pauvres perceptions sensibles maternantes dont le destin ne serait que d'être élevé au rang de représentations langagières, erreur grotesque car la figure-matrice est déjà prise dans les rets du langage, comme l'ont montré Binswanger, Oury, Pankow, Aulagnier...

Cette voie obligée du passage par la matrice sensible permet de comprendre la fonction d'agitateur psychique et de passerelle perceptive de la figure-matrice. Antonin Artaud l'a fort bien dit, évoquant dans *Le pèse-nerfs*, ses « raclures de l'âme » et ses « aérolithes mentaux ».

Dans ce trajet matriciel, les constellations affectives actuelles et passées, les traumatismes et la culture ancestrale partagée impriment leurs impacts perceptifs et leurs trajectoires. C'est la voie sensible qui nourrit la construction de l'espace psychique et de ses représentations fantasmatiques.

La mise en place de l'espace partagé dans la rencontre thérapeutique s'opère sur cette passerelle, ou plutôt le pont de singe périlleux entre la matrice sensible et l'espace de construction des représentations.

La construction spatio-temporelle en mouvement permanent

Si on active ces différentes strates psychiques, si on leur permet de se connecter par et à travers la rencontre, cela permet d'agir à deux niveaux :

Créer de l'ouverture, de l'espace interstitiel pour un déblocage de ce qui est figé, et qui empêche toute action salvatrice de la capacité créative du patient, donc ce qui en dépend pour la restauration d'un espace d'exister.

Rendre de la fluidité au flux des représentations afin que, partant du symptôme, (phobie, obsession, délire) on parvienne à l'expression imaginaire, à la narration de ce qui s'est coagulé dans l'angoisse, et a été empêché par un péril perceptif.

Comment la présence interactive du thérapeute agit dans cet espace ?

Julien et de sa décompensation psychotique

J'ai hésité à vous parler de Julien et de sa décompensation psychotique à partir d'une immersion virtuelle intensive en vase clos sans recours extérieur, qui agit comme un envahissement néoplasique et qui écrase l'imaginaire.

Je vous aurais parlé de l'instant transférentiel du cri entre colère, désespoir et agonie et de l'action intuitive qui parvient à dénouer l'étranglement de l'être et alléger l'écrasement de l'imaginaire. Mais j'ai déjà présenté à Grenoble (publié dans la Revue Psychiatries N° 167) cette situation clinique aussi singulière que paradigmatique.

Louis, le Blue whale challenge (bwc), homosexualité et maltraitements

Je vais parler de Louis, 15 ans, qui permet d'insister sur l'ouverture progressive de l'espace psychique. À 4h20, Louis est sorti. Sa mère, inquiète, trouve un cutter et des cotons ensanglantés. Lorsqu'il revient et qu'elle lui en parle, il s'effondre mutique, et tremble de tout son corps. Elle le conduit à mon cabinet. Rapidement, je le reçois seul, et il bafouille péniblement qu'il est à la huitième séquence du Blue Whale Challenge.

J'avais déjà eu affaire à ce cyberharcèlement organisé par des prédateurs russes avec une diffusion virale aussi rapide que meurtrière. Dans un premier temps, les prises de position dubitatives légitimes, compte-tenu de la fréquence des fakes et du trafic Photoshop d'images-choc ont retardé les mesures défensives et préventives, occasionnant 137 morts en Russie et quelques-unes en Europe. La suite a montré la réalité et l'ampleur du BWC, et le montage diabolique d'une mort filmée en direct et diffusée sur les réseaux du Dark net après 50 séquences de mise à l'épreuve de l'adolescent. Dans cette diffusion virale, les prédateurs sont relayés par des sous-prédateurs et des « amis » qui accélèrent le processus.

Pourquoi Louis a succombé à cette proposition d'un jeu de mort ? On voudrait juste le voir victime de prédateurs très habiles, ce qui est le cas, mais il manque des éléments pour comprendre sa pétrification

et son effroi. Louis est incapable d'exprimer le motif et le déroulement de l'emprise qui l'avait déjà conduit à la huitième séquence (lever à 4h20 du matin et scarification légère des deux bras).

Louis est enfermé dans un espace clos, il est embarré.

Comme le dit Maldiney, embarré, Louis se colle, pétrifié, à la paroi du monde qui l'effraie. Il ne peut que tomber, sauf si je lui offre une prise salvatrice en rendant à la paroi sa présence réelle, c'est-à-dire, le point de consistance et d'accroche qui lui permet de retrouver un espace et donc un mouvement et une capacité de penser. Je lui parle beaucoup : des prédateurs, de leur intelligence perverse qui sait utiliser la quête des victimes potentielles dans leurs points de fragilité. Je lui raconte en espérant solliciter une collision psychique libératrice. Il peut enfin parler et me faire entrer dans son espace en péril.

Je deviens un recours qui permet à Louis de restaurer un espace interstitiel, de relâcher l'effroi, puis d'évoquer petit à petit le processus dans lequel il est entré. Il essaie de savoir si je peux entendre ce qu'il a à me dire : il pose entre autres la question de ma tolérance. J'y réponds sans me soustraire et donc, je comprends sur quel terreau pousse le processus d'emprise et de paralysie de sa pensée.

C'est l'instant de révélation de son homosexualité cachée, ainsi que sa crainte obsédante d'être transidentitaire. Ce n'est pas un coming out mais sa confiance en forme d'énigme posée à celui qui est supposé penser là où ça ne pense plus.

Louis explique que l'emprise du BWC a poussé sur une autre emprise car, seul et dans le désarroi de son désir et de son identité, il s'est tourné vers des forums transidentitaires. C'est là qu'on l'a convaincu qu'il était parmi les heureux élus mais qu'il allait devoir se battre pour se faire reconnaître. Il pourrait compter sur eux. Sauf que Louis prend peur, car il ne s'y retrouve pas tout à fait. Il recherche ailleurs sur le net. C'est là qu'il passe d'une emprise à une autre, car le prédateur se moule parfaitement à sa quête. Louis est prêt à tout pour exister, se trouver. Il s'en remet sans réfléchir à celui qui va se montrer expert dans la paralysie de la pensée et du libre arbitre. Il tombe dans le piège, à la merci de ce prédateur.

Malgré tout ce qui s'était dit, je sentais encore un malaise, un non-dit, comme un chaînon manquant pour comprendre. Louis restait coagulé dans son anxiété et sa pensée était collapsée. J'aurais pu me satisfaire de sa révélation mais je crois qu'il cache quelque chose. Je lui dis : « cherche encore... essaye encore... ».

Mon insistance intrusive déstabilise Louis. Il me semble qu'il a honte, qu'il est touché au plus intime. Il tente de repousser ce que son corps est en train de me montrer. À ma question « que t'est-il arrivé » il accepte enfin de

révéler ce qu'il a vécu dans son collège durant trois ans : il faisait partie d'une équipe avec des tuteurs, tel que c'est conçu dans ce collège privé. Sauf que les tuteurs ont exercé sur lui une maltraitance inscrite dans une emprise perverse, faite de menaces et de transgression. Il a subi des humiliations sexuelles en présence de tiers, dont il porte la honte.

C'est certainement là que se situe l'amorce obsédante du fantasme homosexuel masochiste qui répète les épreuves traumatiques. Je lui propose d'en parler avec ses parents, ce qu'il refuse catégoriquement. Moi-même révolté, je lui propose d'évoquer cela avec l'administration de son collège, ce qu'il refuse aussi. Nous convenons juste de signaler cet état de fait de façon anonyme au collège qui vit dans l'illusion de belles équipes solidaires alors que certaines agissent en groupe destructeur pour les plus jeunes. Louis vivait cette maltraitance dans le silence et la honte, il était au bord du suicide. C'est dans ce contexte, aggravé par les forums trans, que le « gentil tuteur » BWC a pu creuser sa mort programmée.

Le maître des bords face à la violence et au désenchantement radical

J'ai publié la situation clinique d'Hugo dans le bipp numéro 73 sous le titre « radicalités adolescentes ».

Avec Hugo, il s'est agi de prendre place tout près du Fort Chabrol qu'il avait constitué à travers son ultra violence.

Il avait rejeté tous les psychiatres qui tentaient de s'occuper de lui car il lui fallait à tout prix se protéger et se montrer plus fort pour ne pas s'effondrer.

Avec Hugo, le plus important a été l'extrême prudence dans l'instant du défi et le jeu quant au positionnement du pouvoir.

L'espace ouvert pour comprendre l'ultra violence

« Pourquoi devrait-on penser comme tu le fais ? » lui ai-je juste demandé avec tact malgré ses propos de nazillon, son adhésion à Daesh en voie de réalisation. Ainsi, j'étais juste un peu décalé, surtout pas là où il m'attendait pour me mettre, et surtout se mettre en échec.

Les défenses tombent et je peux prendre place dans le fort ouvert « et vous » me demande-t-il. Hugo veut savoir si j'ai des enfants, si j'ai souffert... j'y réponds.

Pour lui, la violence était le seul recours possible face à la menace et au harcèlement.

Dans le passage à l'acte, il prenait à chaque fois consistance. C'était une question de survie.

L'ultra violence est malheureusement son seul recours contre le désespoir mélancolique.

Le piège de Daech est tout trouvé pour lui permettre d'exprimer la violence, la trahison et le désenchantement.

La condition transférentielle impérative entre nous : croire en lui pour ouvrir la pensée.

Je deviens le défenseur et le guide pour tenter d'exister.

Après avoir été présenté au juge pour enfants compte-tenu de ses actes de violence extrêmes, il accepte enfin d'évoquer son histoire et les maltraitances qu'il a subies durant son enfance ballottée au gré des postes du père.

Il a enfin ouvert ce Fort Chabrol et une question le préoccupe désormais : comment se faire des amis, et comment rencontrer une fille. Ça va nous prendre pas mal de temps car, comme on dit, il y a du boulot. Il veut aimer, il veut qu'on l'aime mais sans savoir s'y prendre. Il lutte contre la violence par la violence.

Thierry Delcourt
Psychiatre, Reims

Peut-on croire à la vérité ?

Dès notre enfance, nous rencontrons des *vérités* que les grandes personnes nous assènent. Ainsi j'ai subi cette recommandation qu'il fallait attendre trois heures de digestion après un repas, avant de pouvoir se baigner. Mon père défendait cette vérité alors que ma mère semblait ne pas avoir une opinion aussi tranchée. C'était l'hydrocution qui était redoutée et encore aujourd'hui certains recommandent d'éviter les douches ou bains après le repas. Comme quoi certaines vérités ont la vie dure. J'ai compris, bien des années plus tard que mon père était un farouche défenseur de cette

mesure de prudence car sa sœur aînée était morte à 12 ans de la typhoïde à la suite d'un bain dans l'eau froide de la rivière. Dans ma famille paternelle le traumatisme du bain avait fait son effet. Les vérités bornent notre vie et sont évolutives au fil du temps et de qui tient les commandes. Nos parents, par leurs différences, nous apprennent très tôt que la vérité est relative.

Dans les grandes vérités récentes dans notre histoire, je pense à l'histoire du Parti Communiste narrée par Louis Althusser. C'est une belle histoire vécue par des gens généreux et sensibles au bien d'autrui qui

rencontrèrent un cynisme pragmatique terrifiant et destructeur. Pour un intellectuel, il était sans doute très dur de ne pas penser et de croire à la vérité proclamée. Louis Althusser témoigne de cette confrontation à des vérités révélées. Ainsi le Parti soviétique imposa l'ouvrier comme *l'intellectuel de type nouveau* et en France, le parti communiste proclama que son modèle d'intellectuel serait son premier secrétaire... Les intellectuels communistes durent reconnaître cette vérité et s'y plier. Les communistes durent aussi supporter l'invasion de la Hongrie et ensuite de la Tchécoslovaquie. Cette dernière invasion *fraternelle* bouleversante troubla de nombreux communistes qui connurent le grand écart entre la croyance entre ce monde merveilleux promis et les constats de plus en plus fréquents que quelque chose ne collait pas. Bien sûr nous pouvons observer que les grandes emprises qu'elles soient sectaires, idéologiques ou religieuses se fondent sur des vérités dont on sent précocement que quelque chose *ne colle pas*.

Actuellement et depuis maintenant de nombreuses années, la Haute Autorité de Santé (HAS) se voudrait la référence absolue, incontestable et porteuse de la seule vérité scientifique. Sa création s'est annoncée comme la vérité scientifique enfin triomphante qui allait sortir la médecine du moyen-âge. Une science de *type nouveau* venait d'être révélée pour chasser les conceptions poussiéreuses de la médecine antique. Pourtant nous étions nombreux à sentir intuitivement que *quelque chose ne collait pas*.

Cet organisme s'était emparé d'une réflexion venue d'Amérique du Nord, plus précisément du Canada pour imposer l'Evidence Based Medicine (EBM) en médecine. Les universitaires de Toronto souhaitaient une meilleure validation des données scientifiques plutôt que de subir les à priori cliniques de certains professeurs de médecine. Malgré cet aspect scientifique, les canadiens insistaient sur la nécessité de respecter chaque contexte clinique comme particulier. La HAS fera de l'EBM une révolution annoncée dans les pratiques en ne mettant en avant que les données scientifiques en oubliant les 2/3 de la définition originelle pour exercer un plus grand contrôle codifié sur la médecine comme nous le verrons plus tard.

A titre anecdotique, une des premières études labélisée EBM fut sur les Traitements Substitutifs Hormonaux (TSH) pour les femmes ménopausées. Cette première étude au début des années 2000 suivie d'une seconde affirma que les femmes sous traitement substitutifs couraient plus de risques de cancer et de maladies cardio-vasculaires que sous placebo. La première étude concernait des hormones américaines et la deuxième française. Ces deux études *incontestables* firent souffrir de très nombreuses femmes. En 2017, une étude, à son tour incontestable vint affirmer le contraire.

Dans la première décennie des années 2000, la HAS décida de former des médecins volontaires pour être les portes paroles de cette révolution nationale scientifique. Curieux par nature, je me suis porté volontaire et ce que j'ai découvert m'a laissé sur le cul. L'axe fondamental de cette initiation n'était pas médical ou scientifique mais économique.

Derrière la science, la qualité et la rentabilité pointaient le nez. La qualité ne voulait pas dire soins de qualité comme naïvement beaucoup de médecins ont cru. En fait la démarche qualité signifie -comme dans les entreprises- production de masse et efficacité. Efficacité qui vient de l'anglais et associe la qualité et la rentabilité. Il était affirmé que « *L'amélioration continue de la qualité est un outil de management interne ayant pour objectif premier la satisfaction des clients* » et que « *les critères économiques constituent une dimension incontournable de la qualité des soins dans un système où les ressources sont limitées. Ils caractérisent l'efficacité d'une pratique médicale* ».

Beaucoup de notions inculquées étaient empruntées pour la plupart au monde de l'industrie, du management, comme la roue de Deming qui, en quatre temps (Planifier ; Développer ; Comprendre ; Améliorer) indique la mise en place d'un plan de démarche qualité. Quelques années plus tard, je retrouverai la même interrogation avec Pay for performance dit P4P devenu ROSP qui touche l'indépendance professionnelle et fait du médecin un commercial d'assurances.

Au cours de cette formation, la HAS montrait sans aucune vergogne que les médecins allaient devenir non plus des acteurs mais des instruments dans le soin. Les recommandations allaient devenir le guide de travail des praticiens grâce au travail d'experts médicaux supervisés par des chargés de recherche non médecins qui rédigeaient unilatéralement les conclusions des travaux. L'hôpital devenait aussi une entreprise avec la certification. Aujourd'hui la souffrance des soignants a été planifiée pour les restructurer et réduire les coûts et encore plus grave faire des bénéfices. La réduction massive des médecins est planifiée pour aller vers des soins Low Cost en exploitant des psychologues et des infirmiers de santé mentale. La disparition de chaque médecin et les déserts médicaux sont les bienvenus pour justifier de cette politique à bas coût.

Nous pouvons nous amuser ou nous indigner de tant d'affirmations mensongères ou erronées d'une idéologie scientiste mais notre profession n'est-elle pas gangrenée plus que tout autre spécialité médicale par des détenteurs de la *Vérité psychiatrique* revendiquée par les psychanalystes de différentes chapelles qui ne se supportent pas, les cognitivo-comportementalistes, les systémiciens, les chimistes, et bien d'autres encore. En psychiatrie, nous n'échappons pas à la règle hégémonique et nous traversons différentes époques

où la discipline se retrouve soumise des positions dogmatiques. Beaucoup de psychiatres se réclamant de telle ou telle orientation se sont mis dans une position dogmatique qui n'admet aucune contestation et qui les éloigne de la psychiatrie « - tout comme l'HAS de la science - ». Selon le même procédé qui consiste à cliver les généralistes et les spécialistes, la HAS conteste la validité de la psychanalyse pour valoriser d'autres psychothérapies. Valoriser mais sans payer et, par exemple, de nombreux confrères de secteur 1 qui font des TCC ne peuvent pas exercer compte tenu de la faiblesse du montant de la consultation (et de toutes les manières les psychologues seront encore moins chers). Les affirmations sur les validités scientifiques sont des leurres pour nous diviser encore plus.

Pour conclure, la rencontre avec nos patients devrait pourtant nous interroger sur ce que serait la *vérité psychiatrique*. Sans doute nos rencontres cliniques nous apprennent que les vérités sont vivantes et évolutives :

les vérités d'un jour- tout comme les diagnostics- ne sont pas forcément celles du lendemain. Notre pratique est une mosaïque vivante.

Il est préférable de croire à différentes vérités y compris quand elles peuvent nous sembler contradictoires. La vérité à laquelle nous pouvons croire est complexe et mouvante. Toute discipline peut se voir envahie par des censeurs de la pensée qui acceptent mal l'inconnu et veulent exploiter l'humain. La vérité est inter subjective et mouvante pour le clinicien. En vérité, il est préférable de se tromper que d'avoir toujours raison : je crois à cette vérité.

Michel Jurus
Psychiatre, Lyon

Il faut être fou pour croire aux chiffres

Une image aperçue dans les locaux de la revue Prescrire m'a simplifié la tâche pour cette communication.

Il s'agissait d'une caricature représentant un petit bonhomme qui regardait, assez déconfit, un graphique en V inversé, c'est à dire une courbe avec une pente ascendante, un sommet puis une chute.

Il interpose un cache qui supprime la pente descendante. Son sourire témoigne de sa satisfaction suite à l'effet produit par l'opération d'occultation.

Où se cache le cache ?

Pour reprendre le titre du livre de Daniel Arasse, *On n'y voit rien*¹, qui traite de la peinture Italienne à la Renaissance, regarder un graphique comme une image ne dit rien. L'intelligibilité d'un tableau est toujours problématique du fait de l'écran culturel et historique, entre nous et la présentation. Le danger d'anachronisme ne se réduit pas aux grands écarts de temps.

La question n'est pas ce qu'il faut regarder mais comment regarder ce que nous voyons.

Les statistiques présentées en tableaux, camemberts, en courbes tendanciennes ne seraient-elle pas elles-mêmes un cache?

QU'EST-CE QU'UN FOU ?

C'est la pièce du jeu d'échecs qui se déplace de travers, qui se déplace autrement que la majorité des autres.

CROIRE.

Il est facile et reposant de croire, il suffit de laisser l'oreille ouverte pour qu'un prédicateur un publiciste, un camelot une grosse voix, une voix de Sirène vienne inscrire son message.

Entendre sans écouter, ça rentre quand même si c'est répété. Il n'y a pas de paupières aux oreilles.

Voir une image sans la regarder c'est comme ne pas écouter ce qui est dit.

C'est un regard qui n'écoute pas le sonore dénotatif dans ce qui est regardé, n'écoute pas ce que dit l'image, n'exerce pas son jugement.

Déchiffrer n'est pas encore lire. Déchiffrer ne dit pas le sens, Il y manque l'acte de lecture et l'interprétation.

Giselle Gelbert appelle cette opération linguistique découplage son/sens dans sa théorie des Troubles de Type Aphasique².

(1) *Collection Folio essais (n° 417), Gallimard, parution : 23-01-2003.*

(2) *Gisèle Gelbert, Lire, c'est vivre. Comp Gisèle Gelbert rendre et traiter les troubles de la parole, de la lecture et de l'écriture. Odile Jacob, 1994. Et tous les livres qui suivent.*

Croire quelque chose ou croire quelqu'un revient à accepter un message sans réflexion critique sans réserve ni restrictions. Il s'agit d'une attitude singulière indépendante de la qualité ou de la vérité de contenu du message.

Pour Durkheim, si le concept de vérité est primitivement tenue pour vraie parce qu'elle est collective, inversement la vérité tend à ne devenir collective qu'à la condition d'être tenue pour vraie.

«Chacun sait que l'on peut faire des gestes et prononcer des paroles de croyant par pure routine, par conformisme. La dissimulation sociale est une nécessité, sans elle ma vie sociale serait impossible»³

La croyance se distingue d'un message idéologique : Celui-ci infiltre tout le langage et la pensée du sujet, réduit le vocabulaire et la grammaire à son insu même⁴. Ce message est associé à la répétition littérale et exerce un effet qui se rapproche de la fascination. Il induit l'illusion que nous pensons tous la même chose, comme un seul homme. La foule est nombreuse, elle n'a qu'une seule tête.

Cet artifice à des noms : Communication⁵, propagande, persuasion clandestine.

Enfonchez-vous bien ça dans la tête, gobez sans digérer.

La confusion ne devrait pas être possible :

- avec la supposition, évasive et fugace
- l'hypothèse remaniable et prise dans un raisonnement logique,
- la conjecture issue d'un calcul de probabilité,
- l'utopie faite d'espérance et de réalité idéale.
- La manipulation fait appel à des techniques cognitives et dialectiques pour convaincre dans un but dissimulé en s'appuyant sur des formules idiomatiques obscures, répétitives, dans un langage étranger donc le caractère ésotérique suspend l'intelligibilité au profit d'un semblant argument d'autorité.
- Quant à la crédulité, Octave Mannoni lui a prêté sérieusement attention dans son très convaincant « je sais bien, mais quand même... »⁶

J'ai cru au Père Noël, j'ai cru que les grands savaient, j'ai cru ou au moins supposé que c'était pour mon bien. Mange ta soupe ça fait grandir.

J'ai pu *décroire*, mais pas tous d'un coup.

Cette décroissance n'a été facilitée que par quelques rares adultes, peu de professeur(e)s, dont la tendance était de promouvoir l'obéissance c'est-à-dire la répétition de la leçon.

Freud jugeait illusoire une croyance « quand un accomplissement de désir est un facteur prééminent dans sa motivation et ce faisant nous méconnaissions son rapport à la réalité, à la façon d'une illusion qui ne fait aucun cas de la vérification »⁷.

Je crois à la théorie de l'attraction terrestre, j'en ai fait l'expérience traumatique interprétée par ma pré-science. Mon étonnement voisine l'incrédulité quand l'astrophysique moderne bouleverse l'évidence de la proposition newtonienne.

La plupart des éléments de croyances (la force, la puissance, la résurrection, la réincarnation, l'immortalité) relèvent du pathétique désir de vie et d'une défense contre la crainte de la mort et des castrations.

Ils offrent une prothèse de *plus-de-soi* à notre désir de consolation impossible à rassasier.

Octave Mannoni comme Freud y voyaient l'origine de toutes les croyances.

Quand les croyances sont confrontées à l'épreuve de la réalité ou à une démonstration de la vérité, elles tendent à se défendre à l'aide de variantes du Surmoi.

QUI CROIT-ON ?

Trois modalités :

- le Croire libidinal, affectif
- le Croire intéressé
- le Croire discursif
- le Croire libidinal.

On croit ceux qu'on aime et avant tout son père et sa mère et ensuite ceux qui nous sont tutélaires, à commencer par les docteurs.

L'appétit cognitif et perceptif initial produit cette aspiration invoquante vers ce qui deviendra un appel à l'autre.

Montre-moi le tien je te montrerai le mien.

Le Croire intéressé,

Croire en politique comme en économie émanerait d'une pulsion d'auto conservation. Le citoyen - consommateur - attend la satisfaction rapide si non immédiate de ses

(3) Pouillon, 1993. *Le cru et le su*. Seuil. collection La librairie du XX^e siècle.

(4) *Lingua tertium imperii, La langue du III^e reich*, Vicopctor Klemperer, Pocket, Collection : Date de parution : 06/11/2003.

(5) *Mad Men est une série télévisée américaine* Matthew Weiner, La série se déroule dans les années 1960 à New York, au sein d'une agence publicitaire fictive de Madison Avenue.

(6) C'est le titre d'un chapitre du livre d'Octave Mannoni *Clefs pour l'Imaginaire ou l'Autre scène*, publié aux éditions du Seuil en 1969.

(7) *Je n'ai jamais cru au DSM*.

revendications alimentaires et pécuniaires. Il se saisit de toute promesse pour y adhérer, je crois au Marché comme j'ai cru à la Providence.

Le Croire discursif.

Il ne fonctionne ni au sentiment ni au pulsionnel mais au symbole, pas au symbolique : c'est la propension à croire les chiffres, simulacre de la réalité.

La Chiffroliatrie - croire aux idoles - suspend la vie sociale au déballage de statistiques des chiffres du chômage, des indices boursiers, des enquêtes d'opinion.

Ce sont des actes de foi, le Code fait la Loi.

LA RÈGLE DU MAÎTRE

La Règle du Maître (*Regula Magistri*) est un document monastique anonyme latin du début du VI^e siècle, rassemblant une série de préceptes de vie monastique. Le document est présenté comme dialogue entre un maître et des disciples cherchant à progresser dans la vie spirituelle. Chaque dialogue commence par les mots '*Les disciples interrogent* : (*'Interrogatio discipulorum'*) et la réponse commence par '*Le maître répondit* : (*'Dominus respondit'*).

La présupposition d'autorité garantit l'obéissance « comme un cadavre »

La locution latine *Perinde ac cadaver*, qui signifie littéralement « à la manière d'un cadavre », illustre depuis l'époque des moines du désert (IV^e siècle) l'idéal ascétique d'obéissance parfaite (ou aveugle) présentée comme la voie permettant au religieux d'accomplir infailliblement la volonté de Dieu dans sa vie.

« Que chacun de ceux qui vivent sous l'obéissance se persuade qu'il doit se laisser mener et diriger par la Divine Providence au moyen des Supérieurs, comme s'il était un cadavre [*'perinde ac si cadaver essent'*] qui se laisse remuer et traiter comme on veut, ou comme le bâton d'un vieillard qui sert celui qui le manie où que ce dernier aille et quoi qu'il veuille faire. » [Const. N°547].

IMPOSER, SUPPOSER.

Ce qui est imposé est déclaré impossible à critiquer parce que nécessaire, il ne peut pas être autrement que ce qu'il est.

Comment y insuffler autre chose que ce qui y est déjà? La supposition se définit parce que je pense, c'est à dire que je suis supposé être sujet à penser.

Un sujet soupçonné ne peut s'exposer à surprendre par quelque chose qui viendrait de lui. Il se censure. Il ne conjugue plus les verbes à la première personne. Il cite les auteurs. Il admet chez l'autre un supposé savoir, par crainte ou calcul, pire il y croit.

La navigation est étroite entre ces deux positions, celle du Maître et celle de l'Inquisiteur. Elles ont en commun d'empêcher un quelconque sujet de l'énonciation, c'est à dire l'oral prononcé dans l'écrit.

Le Maître sait par avance la véracité des choses et des sujets,

L'inquisiteur suppose un savoir dissimulé qu'il cherche à arracher au sujet pour le faire accéder à la vérité et le convertir⁸.

L'ART DE LA CONVERSATION.

D'où nous vient cette propension à d'abord objecter lorsqu'on est disposé – *a priori* - à la conversation?

Objecter, non pas à la proposition de l'inter-locuteur, mais à l'autre lui même affirmant notre altérité en contestant l'altérité de l'autre qui viendrait violer notre Moi.

Ensuite, si nous ne sommes pas trop craintifs des relations, nous pouvons accepter de dire oui à cette altérité et convenir d'un accord ou un désaccord possible sur les énoncés : Une dispute.

La sociologie peut être définie comme la branche des sciences humaines qui cherche à comprendre et expliquer l'impact de la dimension sociale sur les représentations (façon de penser) et les comportements (façon d'agir) des groupes humains.

La Statistique est restée la chasse gardée des érudits au service des administrations, la quantification néo libérale renvoie aux indicateurs du *new public management*.

La nouvelle gestion publique minimise toute différence de nature entre la gestion publique et la gestion privée. Elle se veut pragmatique.

Son *credo* : ce qui marche c'est bien.

La statistique n'est pas une simple opération de mesures réalistes, un reflet de la réalité, mais une adaptation provisoire à de nouvelles manières de penser la société et **aux façons d'agir sur elle**.

L'opinion publique est la somme des convictions et des valeurs plus ou moins partagées des jugements superficiels et variables, des préjugés et croyances d'une population à un moment donné, dans un contexte donné.

POUR QUEL PROFIT ?

La réassurance et la sédation.

MAIS QUELLE PERTE?

La perte de l'indépendance d'esprit, de la faculté de juger par la soumission à cet étranger en nous qui nous commande : *ne deviens pas*, et son corollaire : Il n'y a pas d'origine.

(8) *Please, don't interrupt me while I'm ignoring You.*

QU'EST-CE QU'UN CHIFFRE ?

De l'arabe *sifr*, sans doute la même racine que arabe صفراء, *safra* (« jaune »), couleur du désert vide. Par métonymie chiffre finit par désigner tous les chiffres arabes.

Le chiffre est un signe ou un symbole auquel est associée une valeur numérique et dont la fonction est de représenter un nombre.

À titre de comparaison les chiffres jouent le même rôle par rapport aux nombres que les lettres par rapport aux mots.

Chiffrer un message c'est le transformer par un procédé de chiffrement.

Exemple, l'échelle de Hamilton qui chiffre des affects.

Qu'est-ce qu'un algorithme ?

Le mot algorithme vient du nom imprononçable d'un mathématicien perse du IX^e siècle, Al-Khwārizmī (en arabe : الخوارزمي nom de son village).

Un algorithme, c'est tout simplement une façon de décrire dans ses moindres détails comment procéder pour faire quelque chose et obtenir un résultat, indépendamment des données dont il est nourri.

Un exemple d'algorithme : la recette de cuisine.

Le but de la construction des algorithmes informatiques est d'évacuer la pensée du calcul afin de le rendre exécutable par une machine numérique (ordinateur...).

Les algorithmes informatiques ont des particularités :

1. le langage qui « dit » la chose doit être **transformé en signes** pour être métabolisé c'est à dire calculé par les ordinateurs,
2. avec l'opération de codage **tout le contexte est perdu**,
3. c'est une transcription, aucune transe-inscription n'est neutre,
4. sauf à se soumettre à une **amnésie** des conditions de production des informations lesquelles changent de nom : les **données**.

Le mot *données* est ambigu, il exigerait un contexte.

Le codage pour la machine nous fait **perdre notre voix**, le chant, la prosodie, la parole elle-même.

En perdant la voix nous perdons la relation à un autre parlant, l'étymologie, la filiation, l'altérité, la question des origines.

Les mots dits par Siri miment la parole humaine. C'est comme quelqu'un qui parle mais pas quelqu'un qui me parle⁹.

Avec la machine on ne parle pas. On ne peut pas s'adresser à elle, elle ne discute pas.

Avec celui qui a le écrit programme, oui c'est possible, pour autant qu'il soit identifiable, accessible et que nous connaissions son langage.

La tentation de la tyrannie et du totalitarisme n'est pas nouvelle, ce qui est inédit c'est le bond technologique qui réunit l'informatique, les calculateurs hyper rapides, les giga mémoires, Internet et les objets connectés.

Comparativement à un plat réalisé en suivant une recette de cuisine nous ne saurons pas qui a fait le menu, qui a fait les courses et au final pour nourrir qui ? Nous ne saurons pas si nous sommes nous-mêmes cuisinés et destinés à nourrir le Moloch.

Des mots disparaissent du vocabulaire.

On ne parle plus de personnes mais d'une population ou d'individus,

Non plus d'intention ou de désir mais de satisfaction.

LA RÉGULATION

Pourquoi les États n'opposent-ils pas une régulation à ces progrès ?

Les dirigeants nationaux et supra nationaux sont/étaient ignorants de la portée de ce bond technologique.

Your ignorance is their Power.

S'agit-il d'une révolution technologique qui va changer notre vie ?

La quantification introduit une discontinuité dans l'usage des statistiques d'avant l'informatique et depuis l'exploitation des ressources *big data* par les gouvernements/acteurs du pouvoir.

La quantification a introduit un effet de rétroaction directe sur les situations et les comportements.

Cependant cet usage des statistiques peut aussi devenir un outil de contestation.

Puisque « ce qui n'est pas compté ne compte pas » comptons autrement avec d'autres indicateurs.

Par exemple pour le concept de richesse intégrons des indicateurs de santé sociale et environnementale d'un pays pour que le mot richesse retrouve un autre contenu et récupère ce qu'il avait perdu à savoir sa richesse sémantique.

QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DES ALGORITHMES MATHÉMATIQUES ?

1. on leur prête une valeur prédictive,
2. on leur attribue une forme d'intelligence qui résulte de la sélection et combinaisons rapides des données,

(9) *Her, ou Elle est une comédie dramatique de science-fiction américaine écrite et réalisée par Spike Jonze sortie en salles en 2013. Une intelligence artificielle conçue pour s'adapter et évoluer, se choisit le prénom Samantha.*

3. la question de la cause est rejetée,
4. ils ne détectent que des co-occurrences entre des éléments sans liens entre éléments,
5. génèrent des fictions dont les noms sont : modèle, profil, patern,
6. plus ou moins prédictifs, corrélations sans cause,
7. on ne parle plus d'erreur avec les algorithmes auto apprenants, plus ils ratent plus ils s'améliorent! De cette façon ils échappent à toute critique méthodologique,
7. leur écriture est le résultat d'un projet,
8. aucune morale (collective) ne peut arrêter ce qui est présenté comme une loi, le code fait la Loi.¹⁰

« Si nous ne comprenons pas pourquoi le cyberspace peut intégrer ou supplanter certaines valeurs de nos traditions constitutionnelles, nous perdons le contrôle de ces valeurs, La loi du cyberspace - le code - les supplantera.

Si nous n'apprenons pas, nous resterons aveugles à la menace que notre époque fait peser sur les libertés et les valeurs dont nous avons hérité.

La loi du cyberspace dépendra de la manière dont il codé mais nous aurons perdu tout rôle dans le choix de cette loi.

Le cyberspace est un lieu qui protège l'anonymat, la liberté d'expression et l'autonomie des individus. Il est en train de devenir un lieu qui rend l'anonymat plus difficile, l'expression moins libre et fait de l'autonomie individuelle l'apanage des seuls experts».

Comment en est-on venu à croire que ce processus de gestion par le calcul pouvait être plus efficace que celui fondé sur le jugement et le risque?

Il est établi que la subjectivité humaine serait la source d'errements et de relativisme impropres à la bonne gestion... ce que peuvent assurément éviter le calcul et l'intelligence artificielle.

Faire le choix politique de gérer exclusivement une population, comme on le ferait d'un stock de matières premières, est un choix anthropologique.

Tout le dispositif algorithmique nous dispense de faire un certain nombre de choses :

1. d'accorder du crédit à ce que nous éprouvons,
2. de faire des projets ou de les rejeter
3. pour le dire autrement penser,
4. et penser que nous pensons, juger et agir.

Une autre chose que ne fait pas l'algorithme, c'est de faire avec **les évènements**.

C'est à dire ce qui est inopiné, soudain et imprévisible. Nombreux sont les exemples avec la Bourse ou les Révolutions sociales où la courbe des prévisions s'effondre sans prévenir.

La gouvernance s'imposerait en substituant l'acte de gouverner, en se fondant sur le réel lui-même.

Cette position consiste à croire à l'identité entre les données (Data) et le réel.

La gouvernance ne demande pas à ce que l'autorité soit assumée et représentée par une personne, les données (avec leur opacité méconnue) le font pour eux, simples exécutants.

Gouverner sans gouverner équivaut à un gouvernement acéphale irresponsable, sans morale. Les formules mathématiques donneraient un accès au réel immédiat, ce qui se pose qu'il existe une réalité tangible non ambiguë.

Ce qui est recherché avec le chiffrement n'est pas une adéquation au réel mais la fiabilité prédictive sans vérité.

Cet objectif entraîne une crise de la représentation, sans métaphore, émancipée du langage. Les sciences sociales et la psychanalyse n'y font pas bon ménage et sont décrétées hors jeu.

Qu'est-ce que l'animisme?

C'est de prêter des intentions aux objets, c'est ce que nous offre la croyance au chiffre, un animisme informatique.

Qu'est-ce qu'un hérétique ?

C'est quelqu'un qui pense que ce qu'il pense a un certain intérêt.

*I would prefer not to*¹¹

Qu'est-ce que le nihilisme?

C'est la doctrine ou attitude fondée sur la négation de toutes valeurs, croyances en réalités substantielles.

Cette doctrine revendiquait une organisation de la société basée sur le rationalisme et le matérialisme strict. Elle aboutit vers 1870 au terrorisme radical.

« C'est un extrême malheur que d'être assujéti à un maître, dont on ne peut jamais être assuré qu'il soit bon, puisqu'il est toujours en sa puissance d'être mauvais tant qu'il voudra » Étienne de La Boétie.

(10) *Code is Law – On Liberty in Cyberspace*. Lawrence Lessig – janvier 2000 – Harvard Magazine (Traduction Framalang : Barbidule, Siltaar, Goofy, Don Rico).

(11) *Bartleby* (titre original : *Bartleby, the Scrivener - A Story of Wall Street*) est une nouvelle de Herman Melville.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

S'agit-il de la troisième révolution sociale qui va changer notre vie?

Cette mondialisation dans laquelle les plus forts font ce qu'ils veulent en influençant les États par la force, la corruption, la ruse, n'a rien de nouveau.

Ce qui est nouveau c'est l'apparition et l'utilisation de ce qu'on appelle l'intelligence artificielle (IA) qui transforme toutes nos relations aux savoirs et au savoir-faire et donc toutes les pratiques professionnelles.

Une grande partie de ces changements sera invisible au début, car l'intelligence artificielle agit en coulisse.

Face à une telle situation le mieux est de se former sans se plier et expérimenter.

C'est le mathématicien et député de l'Essonne Cédric Villani qui l'a dévoilé le 29 mars 2018 en marge de la présentation de son rapport sur l'intelligence artificielle : Un système expert médical est expérimenté depuis plusieurs mois auprès des patients «avec des résultats encourageants »

C'est une version optimisée du logiciel Watson développé par IBM qui remplace le médecin au cours des consultations. Le projet est co-piloté par l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) et une unité du CNRS de l'Université Pierre et Marie Curie qui a notamment développé l'interface homme-machine indispensable à l'interaction avec les patients.

Concrètement, le patient se présente devant un avatar qui mène l'interrogatoire clinique à la place du médecin: symptômes, antécédents... tout y passe.

Les algorithmes de Watson font ensuite le travail, ils sont alimentés par les masses de données médicales collectées par l'AP-HP et établissent les co occurrences à la manière du traducteur GOOGLE contextuel.

« *Watson est programmé pour satisfaire les patients* ». Pas de brute en blanc numérique!

Il est hautement probable que l'argument de satisfaction serve à valider le procédé.

Le docteur Bernard Lomafour participe au projet depuis le début, interrogé par «le Quotidien» le généraliste est ravi. « *je suis enfin dégagé des obligations médicales je peux me consacrer aux tâches administratives, se réjouit le praticien, le métier est en train de changer, il faut l'accepter !* »

Toutes ces données personnelles sont déjà captées par les grandes plates-formes américaines. L'enjeu maintenant concerne les données spécialisées comme celles de la santé.

Vous savez que vous donnez déjà vos empreintes digitales et vos données Santé dans l'ampli du smartphone?

IL FAUT ÊTRE FOU POUR CROIRE AUX CHIFFRES ?

Ce qui est fou c'est d'aimer nous décharger de toute une série de responsabilités y compris celle de nous gouverner nous-mêmes et/ou faire des choix de société.

Est-ce nouveau ?

L'autorité n'est plus assumée par aucun, mais figuré illusoirement par un d'algorithme qui prévoit le futur. Un tout petit glissement sémantique remplace *prévoit* par *prédit*.

Mieux que le modèle panoptique de Bentham qui ne surveille que le présent.

«Il est incroyable de voir comment le peuple, dès qu'il est assujéti, tombe soudain dans un si profond oubli de sa liberté qu'il lui est impossible de se réveiller pour la reconquérir : il sert si bien et si volontiers qu'on dirait à le voir qu'il n'a pas seulement perdu sa liberté mais qu'il a gagné sa servitude». La Boétie, Discours de la servitude volontaire, 1576.

IL FAUT ÊTRE FOU?

Il faut être fou pour continuer à croire que c'était mieux avant,

il faut être irresponsable pour ne pas s'instruire sérieusement de ces techniques,

Il faut être naïf pour croire que le progrès est la meilleure des choses.

Ce qui n'est pas nouveau c'est notre aptitude à la servitude volontaire dont les variantes surmoïques nous sont familières : le déni, la censure, l'oubli, le refoulement, le rejet de la réalité, et essentiellement le manque de courage.

Ce ne sont pas les plus forts de l'espèce qui survivront, ni les plus intelligents qui survivront. C'est celui qui aura la meilleure capacité à s'adapter. Charles Darwin (1809–1882).

«Le monde ne sera pas détruit parce qu'ils font le mal mais par ceux qui les regardent sans rien faire» Albert Einstein.

Jacques Barbier

Fake trip

Croire n'est-il pas penser ?

La réponse à cette question coule de source, croire est nécessairement du domaine de la pensée, il n'est même question que de cela et la croyance, comme nous allons le voir, recouvre une bonne partie du périmètre de la pensée.

Sans doute n'y a-t-il pas de pensée possible sans croyance. Sans confiance en l'autre, sans croyance en un certain nombre de choses qui n'ont pas à être prouvées, justement, il n'y a pas moyen de se développer et de fréquenter dignement la vie. S'il faut se convaincre tout le temps, ne plus croire « sur parole » et chercher la preuve en permanence, cela implique une existence dans un monde de soupçon et de haine, il ne faudra pas s'étonner des violentes conséquences qui ne manqueront pas de survenir.

« Prouve moi ce que tu dis car en vérité tu es animé du même désir que moi de t'entuber » est sans doute un credo, de plus en plus répandu, tout comme la guerre d'ailleurs Et nous observons tous les jours que ceux qui nous demandent de prouver des évidences ne nous veulent pas forcément du bien.

Des générations de mystiques, de philosophes, de scientifiques, de « lettrés », les seuls souvent à savoir lire et écrire et à avoir le temps ou le loisir d'accéder à la « réflexion », n'étaient-ils pas des religieux ? : Croyances et pensées font décidément bon ménage. Lacan, qui ne disait pas que des bêtises, avançait que le mensonge, tout comme la vérité, avait structure de fiction, ce qui explique pas mal de péripéties et de confusions.

Le narratif est au cœur du mensonge et de la vérité. Cela signifie que ce à quoi on croit ainsi que la vérité ont des effets de structure similaires et que la vérité, pour le moins, peut être... incroyable. Ne sommes-nous pas souvent en dessous de la vérité, qui peut être inimaginable? La vérité aussi demande à être crue.

Que des récits, mythologiques ou pas, aient des adeptes, que des constructions, par exemple historiques comme l'histoire d'un pays ou d'un peuple, forgent des identités, nous voyons là que la fiction est non seulement fondatrice mais purement et simplement inévitable.

« Moi la vérité je parle », c'est bien tout ce qu'elle peut faire d'ailleurs, et elle ne se retient pas. Alors ne nous étonnons pas, puisqu'elle ne peut que causer, qu'il y ait des « fake trip », à savoir qu'on vous balade, à commencer par l'EBM, un exemple au hasard, tel que l'on essaye de nous le vendre.

On sait que commencer un raisonnement par du faux peut aboutir à du vrai, qu'un point de départ vacillant vaut mieux que pas de départ du tout, que ce qui importe est d'être dans le lieu où ça pense et que peu importe souvent la porte que l'on a empruntée pour s'y introduire.

Winnicott a souligné la valeur stratégique de l'illusion et de la désillusion, à quel point le symbolique et la réalité s'imaginent dans l'esprit des tout-petits. Lacan enseignait que « la vérité demandait à être dite », ce qui est une sacrée de façon de dire les choses, à savoir que c'est comme si la vérité était un sujet, c'est à dire animé de désir. Pourtant, cela se vérifie assez souvent quand même. : La vérité finit en effet souvent par se savoir. Eh oui, le mensonge est moins solide, forcément moins cohérent et pas forcément pérenne ; la vérité, à portée de main, au détail près, finit logiquement par éclater comme on dit.... Enfin pour peu qu'on la cherche.... Et là, nous abordons un processus beaucoup moins évident.

Ce dont il est question est donc de savoir si nous recherchons la vérité plutôt que s'adonner au plaisir de se laisser embarquer par la première mode venue. Le désir de vérité est ainsi probablement l'enjeu qui nous occupe. Or la recherche de la vérité s'est pour le moins atténuée ces derniers temps ; ce qui nous occupe aujourd'hui est la recherche de la performance et du rendement, financier s'entend. Cela laisse un grand vide, comme un deuil. Pour certains cela prend des dimensions mélancoliques avec « l'ombre de la vérité qui tombe sur le sujet contemporain », ça s'appelle une « fake news », une dépression de l'intelligence liée aux techniques de communication et de rendement.

Les enfants, pour leur part, font très bien la différence entre le « pour de vrai » « pour de faux » et « on dirait que », ce qui réclame d'ailleurs pas mal d'imagination et des efforts de pensée assez considérables. « Le vrai, le faux, ce que je crois ou fais croire » font beaucoup penser. La fiction, ça fait carburer un max et ça n'a pas besoin d'être vrai pour être efficient.

Un bobard peut ainsi réclamer des trésors de réflexion et il n'y a qu'à observer un escroc pour le mesurer.

Cette question de la croyance et de la pensée trouve pourtant sa pertinence grâce à l'IRM car nous savons aujourd'hui que rien ne s'allume dans un cerveau qui obéit à un ordre. La question « croire n'est pas penser ? » se justifie donc bien plus si nous assimilons croyance à obéissance. Cette perspective permettrait à la croyance de retrouver ses lettres de noblesse et ne pas être laissée aux seuls religieux, et pas n'importe lesquels, nos chers contemporains.

« Obéir n'est pas penser ? » aurait pu être la question. Seulement voilà, cet abord est peut être encore plus risqué du côté des monothéismes qui nous préoccupent beaucoup aujourd'hui. Soyons clairs, non seulement nous n'avons pas un « plus de religion » à ce jour que par le passé, mais d'une certaine façon, et malgré les apparences, qualitativement, nous en avons moins.

C'était pourtant l'évidence à observer mais ça obligeait à une remise en cause du néo-libéralisme pour ses penchants forclusifs. Je m'explique :

La pensée religieuse, celle qui a permis de symboliser la violence, de formuler la diversité, de porter l'émancipation et la voix du faible, de lutter contre l'injustice, de recherche de la vérité, enfin tout ce qui a fait le succès des monothéismes, est en totale perte de vitesse au profit d'un réel de la violence, d'un défaut de symbolisation et d'une logique du sacrifice. Il nous faut donc examiner la place de la religion et de la croyance avant de nous prononcer trop vite sur ce qui nous arrive.

Le travail de civilisation, auquel ont bien entendu participé les monothéismes, qui pousse vers la métaphore, qui symbolise le meurtre au lieu de le passer à l'acte, qui refoule la haine, qui commémore à l'unisson lors d'un banquet plutôt que de mettre à mort, ce travail-là est mis à mal. Est bien plutôt à l'œuvre un « parcours de barbarie » qui est en outre une tentative d'interdiction de penser et de symboliser. On ne vous laisse plus croire, on vous fournit une assurance, celle d'un truquage du jugement dernier. Et ce qui est forclus du symbolique..., réapparaît dans le réel : la haine n'est plus métaphorisée, La « religion de papa » disparaît au bénéfice de la lutte armée et du sacrifice.

Celui qui fait circuler une « fake news » n'est pas quelqu'un qui ne pense pas parce qu'il est croyant en une cause, c'est un idéologue et/ou son complice qui cherche sciemment un avantage. Du côté de celui qui accueille favorablement la « fake news », se joue toute la différence qui existe entre une croyance, la foi et un délire de persécution. Croire et délirer, nous sommes bien placés pour savoir que ce n'est pas la même chose, et nous savons, enfin certains d'entre nous le pensent, qu'être fou ne consiste pas à avoir des idées bizarres mais à vouloir convaincre les autres de leur bien fondé. Cela ne se résume pas à des idées et cela inclut un mode de relation aux autres.

Que les choses soient claires, le radicalisé, celui qui a gobé l'ensemble de ce qu'une certaine idéologie lui a dicté, ressemble à s'y méprendre à une psychose expérimentale. Il n'y a pas de profil psychologique préalable à la radicalisation, mais le radicalisé « abouti » ressemble comme deux gouttes d'eau à un paranoïaque à qui on aurait coupé toute voie de retour, si possible en lui ayant fait commettre un meurtre et/ou un sacrifice, afin de verrouiller l'affaire.

En quoi est-ce une paranoïa expérimentale ? :

- La haine n'est plus refoulée et est légitimée par des rationalisations.
- Il s'agit d'une conversion qui répond à un appel ; le radicalisé a entendu une voix, qui lui a permis de trouver une réponse à une question qu'il a toujours su avoir en lui, qui le libère de son fonctionnement habituel et des difficultés pulsionnelles. Il y a révélation.
- Il réalise l'ampleur d'un complot international, se débarrasse du ou des corps impurs, cherche une image idéalisée qui va contre la division du sujet, n'est pas dupe des organes de presse et des télévisions.
- Il ne croit pas mais possède des assurances sur la fin des temps et sa glorification. Il a la mission de hâter cette rédemption. Il ne s'agit soi-disant pas de violence gratuite mais de vengeance, l'attaque est maquillée en une autodéfense. Au bataclan les tueurs hurlaient : « c'est pour ce que vous faites en Syrie »....
- La décharge pulsionnelle lors du passage à l'acte, la fabrique de la terreur, la sidération par la violence et le trauma. Je ne vois pas ce qui manque au tableau. Le sacrifice réel qui prend lieu et place du sacrifice symbolique, le mécanisme forclusif se déroule sous nos yeux. Nous passons d'un immesurable symbolisé à une réalité comptable : un nombre de victimes.

Le tableau de « paranoïa prête à passer à l'acte », verrouillée, est au complet et ne nous laisse que peu d'espoir thérapeutique du radicalisé, justement à cause cela.

Mais revenons à ce point de duperie. Le radicalisé est un non-dupe. On ne la lui fait pas. L'intox, lui, il sait d'où elle vient et quoi en faire.

Cela faisait longtemps que, pour ma part, je n'avais pas cité Lacan aussi souvent, mais son article « Science et vérité » dans ses Ecrits et son séminaire : « Les non-dupes errent » vont nous être d'une aide déterminante dans cette histoire de croyance.

Deux concepts seront au centre de cette réflexion :

1. La vérité comme cause
2. Refuser de se faire duper revient à refuser le transfert, soit le refus du principe même d'un travail psychodynamique.

Cela signifie que, lors des soins psychothérapeutiques, nous n'avons pas d'autre moyen, pour arriver à la vérité, que de nous laisser duper « de bonne foi » j'y insiste, « de bonne foi », car cela ne peut s'imiter. Ce n'est jamais aussi efficace que lorsque c'est découvert « pour de vrai » au cours du travail d'analyse.

D'autres auteurs, Freud, Winnicott, Green en premier lieu, enfin des gens qui n'ont pas manqué de sérieux, ont insisté sur ce point.

Pas d'autre moyen que de se laisser embarquer jusqu'à une certaine limite, d'être dupe, que d'entendre la plainte, la demande d'être porté, accompagné, consolé, les justifications, les accusations, les bonnes ou mauvaises excuses, de mesurer le trauma, les prix à payer, d'observer qui protège qui, et d'être mis à une place qui n'est pas la nôtre... mais justement arrive le moment où, tout cela posé, on ne peut accompagner le patient dans sa mise en scène habituelle, dans la répétition, dans ce qui l'a justement poussé à venir nous voir : S'il remet en route ce qui ne marche pas une fois qu'il nous a expliqué tout cela, même en notre présence cela aura le résultat habituel. Il s'agit de l'accompagner jusqu'à ce pied du mur. C'est cela être dupe, c'est faire ce chemin-là, souligner les choses mais de l'intérieur si j'ose dire, et les re-proposer pour peu que le transfert les ait rendu assimilables. Il s'agit donc moins d'interpréter que de fournir des propositions digérables. Le dernier mot est à la charge du patient.

Je vois Mr A en psychodrame analytique depuis qq mois. A une séance, il joue une première scène, où il me rencontre et m'explique qu'il ne va pas bien parce qu'il a diminué son traitement. Il vit très mal de ne pas supporter la baisse de traitement qu'il réclame. Il y a un paradoxe apparent. J'arrête la scène et lui demande si en fait il n'accepte pas d'avoir besoin d'un traitement, de ne pas être « normal ». Et nous voilà parti pour jouer une seconde scène où il reproche à sa mère schizophrène, d'être schizophrène..... Elle aurait pu faire l'effort d'être normale....

Il a fallu se laisser embarquer jusque-là, puis mettre ce patient au pied du mur de son paradoxe, pour qu'il puisse en faire quelque chose.

Tout cela s'est passé au nom de la confiance qu'il me faisait. Cela faisait des semaines que le lien et la confiance s'affirmaient, toute cette phase de tissage,

de moments où je lui ai servi de prothèse, à d'autres où je lui ai servi d'exutoire, toutes ces péripéties qui ont fait que finalement je me retrouvais en position de lui dire comment peux-tu demander à une mère folle de ne pas être folle ?

C'est ce type de vérité que nous déterminons comme cause et c'est le transfert qui nous permet d'y accéder. Alors oui, croire est un élément significatif de la pensée.

La foi, l'illusion, l'idéal, le supposé savoir, ne sont pas que des items religieux. Le religieux dira que Dieu a la charge de la cause, il remet à Dieu la cause de son désir et la vérité est reportée à une cause finale, à un jugement de fin du monde. Porter la vérité comme cause en revanche est notre job, c'est sans doute pourquoi les religieux convaincus font peu appel à nos services. Nous prenons les choses par l'autre bout, Grâce ...au ciel.

Pour finir, quelques mots sur la question de la « science », enfin, de ce que l'on nous oppose en expliquant qu'il ne faille appliquer que des thérapies qui aient fait leurs preuves. La vérité heurte de plein fouet ces assertions à savoir qu'il est visible pour n'importe qui, que les gens sont de plus en plus mal soignés en psychiatrie alors que les thérapies basées sur la preuve sont de plus en plus à l'oeuvre. La « science » soutient ainsi une chose qui va à l'encontre de la vérité. Mais peut être est-elle indifférente à la vérité pour peu que l'angle d'évaluation d'une situation soit conforme aux nouvelles croyances..... Ça mériterait d'y penser.

Patrice Charbit

Bibliographie

- Hélène L'Heuillet : « Tu haïras ton prochain comme toi-même » Albin Michel. 2017.
- Jacob Rogozinski : Djihadisme : Le retour du sacrifice » Desclée de Brouwer 2017.
- Jacques Lacan : Les Ecrits. Seuil. 1966.

La certification

A l'heure où certains de nos collègues envisagent sans crainte la perspective d'une « recertification permanente », avec l'aval de leurs syndicats, selon lesquels : « le développement professionnel continu (DPC) actuel, héritier de la FMC, se révèle insuffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins tout au long de l'exercice »⁽¹⁾, je propose de relater mon expérience vécue de la chose.

Il s'agit d'un établissement pour enfants et adolescents, dont je préfère ne pas donner l'identité (car nous en sommes là en 2018). Il a été en effet gravement attaqué par une certaine autorité de tutelle, qui, sans pouvoir lui reprocher une chose précise, règle des comptes historiques qui tiennent à l'originalité et à l'histoire particulière de cette structure. La référence psychanalytique du travail est attaquée avec la participation active de groupes de pression. Je n'en dirai pas plus sinon que nous avons été sommé de « faire sortir » sous bref délai une certaine catégorie de nos patients, sur de arguments purement administratifs (légalement très discutables par ailleurs) avec mail indiquant qu'il ne fallait pas informer auparavant les parents de cette injonction.

Depuis que j'y exerce, j'ai pu constater un bon fonctionnement, aucun accident, une qualité d'équipe. Dans le passé, il est vrai, il a connu des crises institutionnelles autour de la question du maintien du projet initial, son histoire particulière, et des impératifs et menaces des tutelles imposant un retour dans des normes orthodoxes. Cela a été surmonté.

Je n'avais pas rencontré la certification autrement que par proximité : un intersecteur ou j'exerçais en CMP avait subi la chose, nous y avons échappé du fait d'une particularité de gestion. Mais j'ai vu et entendu les témoignages des collègues et professionnels et pris la mesure de leur stress.

J'ai cherché la définition de la certification et j'ai trouvé : « évaluation externe de la qualité et de la sécurité des soins ». Bien entendu il n'y aurait là qu'une bonne chose. Qui pourrait être contre ? J'ai aussi documenté le fait que tout cela émane historiquement des ordonnances Juppé, et a été constamment remis à jour, perfectionné et complexifié. Cela s'est nommé V2010 puis V2014.

Lors de contacts de formation, des collègues exerçant en clinique avaient aussi témoigné et s'ils se plaignaient de la charge de travail ainsi causée, ils reconnaissaient que cela avait justifié des mises aux normes parfois utiles.

Avant de relater cet épisode, je rendrai hommage à Michel JURUS qui, dans un article de notre revue PSYCHIATRIES de janvier 2014, a témoigné de son expérience auprès de l'HAS « Carnets de voyages au pays de l'HAS ». Il y a fait le parcours de formation des « experts certificateurs », ceux qui sont venus nous rendre visite dans notre institution. La lecture m'avait amusé et impressionné, on pense à des expériences d'immersions en terrain ennemi. J'ai retenu ce qu'il analysait des méthodes de formation et des réactions des médecins concernés.

Lors de la signature de mon contrat de travail, on m'avait annoncé que j'aurai à participer à la certification. Je n'avais qu'une idée vague de ce dont il s'agissait.

Puis j'ai découvert, dans ce lieu qui a toujours mis en avant son originalité, sa distance des institutions classiques, et il est vrai que l'on y travaille de manière originale et non conformiste, que l'on nous demandait des choses peu en rapport avec notre projet de soins et d'un abord déconcertant : il fallait se préparer à la nouvelle certification (ex accréditation).

On me montrait deux grosses armoires pleines de classeurs très bien rangés, m'expliquant qu'il s'agissait des documents de la dernière « certifié », remontant à quelques années. Nous avons été certifiés, avec quelques remarques qu'il faudrait corriger. Autour de ces armoires, s'organisait une activité fébrile, les personnels, toutes catégories confondues, psychologues, éducateurs, secrétaires, médecins, prenaient les classeurs, vérifiaient les documents.

Les mois passant, on m'a sollicité régulièrement. J'ai fait la connaissance du « qualitatif » recruté spécialement pour la chose, homme fort sympathique, qui rédigeait les documents. Il me prodiguait des explications. Tout cela m'apparaissait assez confus, surtout du fait de la profusion des acronymes, et termes techniques utilisés. Avec le temps, une certaine angoisse devenait perceptible du côté de la direction, il semblait que nous n'avancions pas assez vite et peut être pas de la bonne manière. Cet homme fut proprement débarqué, et nous avons reçu une nouvelle « qualitatif », et également un nouveau directeur, se substituant à l'ancien qui prenait du galon. Ce nouveau était de toute évidence extrêmement qualifié pour notre projet, ne se séparant pas d'un ordinateur portable, et la plupart des réunions se déroulaient dorénavant face à un « power point » (très bien fait, j'ai beaucoup appris sur la mise en page

et les petits logos, l'informatique me distrait). Pas une virgule ni un terme technique, voir la mise en page d'un document ne lui échappe. Après chaque rencontre, il faut revoir sa copie et revenir avec la chose en ordre !

Le temps s'est mis à tourner autour des échéances de la certification, tourner car il n'était pas sûr que nous avançons. Chaque point réglé, un nouveau apparaissait, comme dans un système sans fin qui sera, d'ailleurs, la marque de ce processus, j'y reviendrai. J'ai été impressionné – déconcerté – par la place que cela a pris dans notre, petite, structure. Le temps de travail détourné du travail clinique et institutionnel était considérable. Les derniers mois avant la visite de certification, il me semble que plus de la moitié du temps des professionnels toute spécialité confondue (infirmière, cuisinier, agent de service) y étaient absorbés. Nous avons eu aussi des samedis de travail et des journées consacrées à des formations, mises à jour des dossiers et documents, contrôle des travaux. J'ai participé à des journées entières de formation.

Le coût financier semble important, journées supplémentaires, recrutements, audit informatique (apparemment très coûteux, mais je n'en sait pas plus) avec appel à une entreprise de sécurité informatique qui délègue sur place un professionnel souvent présent. Recrutement d'un personnel chargé des services généraux, entretien et mises aux normes. Une deuxième infirmière, achat de matériel. Au moins cela fait tourner l'économie et encourage l'emploi, mais pas dans les postes de soins !

Mais c'est le contenu de la « chose » qui mérite attention.

Je suis devenu, malgré moi « pilote de processus » Vous me direz qu'est-ce qu'un processus ? Je vous renverrai à mon manuel « Etre pilote de processus en établissement de santé » 79 pages, édité par le CNEH (« Conseil en formation Santé ») Je l'ai reçu lors de ma journée de formation obligatoire.

Je commencerai à la page 7, on y lit :

« Qu'est-ce que l'approche processus : « Il s'agit sans tout remettre en cause, de rendre les grands processus de l'établissement, plus aptes à satisfaire les clients finaux, au meilleur coût, en faisant participer à cet objectif les différents acteurs du processus »

« L'approche processus est une approche systémique, elle consiste à gérer les processus en tant que système, constitué d'un réseau de processus corrélés. Les éléments de sortie d'un processus sont souvent les éléments d'entrée d'un autre processus, générant des interfaces »

J'ai pris cela en souriant (pas de manière visible), je n'aurai pas dû. Vous avez bien compris : vous (et nous) n'en sortirez pas ! Clients finaux ?

J'ai négligé, au départ, la petite phrase sur : « la participation des différents acteurs » Point central, chaque professionnel doit être pris dans la démarche, qu'il doit « s'approprier »

Chacun a obligation de participer activement à un « processus », prendre en charge un de ses aspects, suivre les formations, répondre de son avancé. Il faut devenir compétent, mais la réalisation concrète de la tâche ne suffit pas, il faut se « l'approprier » psychologiquement, en donner les signes et fournir les preuves.

Nous avons droit de temps en temps à des interrogations surprises. Le directeur nous explique aussi, que chacun doit être compétent et efficace dans son processus mais qu'il sera, lors de la visite de certification, interrogé sur sa connaissance de l'ensemble des processus des autres ! Comme cela est assez obscur et ressemble à un jeu de poupée russe, chaque question résolue renvoie à une autre. Il faut justifier « d'éléments de preuve » A-t-on bien rempli le formulaire de preuve, rempli le « compte qualité » en ligne, fourni les résultats des « audits de processus »

Si vous ne me croyez pas, je témoignerais des réunions où on – le directeur - peut demander à un professionnel qui vient de rédiger un document -, de 20 pages avec tableau, cartographie du processus, rédaction d'un « audit », fabrication d'un PowerPoint : C'est bien mais « vous êtes-vous bien approprié » la chose !

L'ambiance devient donc oppressante et infantilissante. Nous sommes à l'école, il faut être bon élève, bien absorber un contenu qui en lui-même va poser de gros problème.

Pour en comprendre la nature profonde, il convient de revenir aux éléments d'histoire récents que j'ai évoqués plus haut. Ce qui pèse, et ce qui est dit, c'est que si nous -l'équipe- chacun dans sa production vis à vis de la « qualité », n'est pas dans la norme, nous risquons de ne pas être certifié, c'est à dire fermés ! Ou bien nous serons soumis à contrôle rapproché, revisités, donc tenus à ce travail obsédant encore plus longtemps. Il est bien évident que chacun voudrait en finir au plus vite et retourner à sa vraie tâche, qui psychologue, qui éducateur, qui médecin.

A l'infantilisation, il convient d'ajouter la culpabilisation, ce sont les deux mamelles de la certification.

Lors de la certification, s'appliquera une graduation dans les sanctions, certification, assortie tout de même d'une ou plusieurs « recommandations », lesquelles devront être corrigées et feront l'objet de visites de contrôles. Le « sursis » est la seconde sanction, elle sera assortie de « réserves », voire de « réserves majeures » justifiant une nouvelle visite dans les trois à six mois. La « non certification » vous voue à l'infamie, elle s'applique si les 1/3 des thématiques font l'objet de réserves.

La référence imaginaire à ce type de contrôle est proprement kafkaïen. Chacun peut y construire ses projections imaginaires, s'il n'est pas à la hauteur, serait-il responsable d'une catastrophe dont tout le monde pâtirait. Les groupes se forment, l'émulation joue, on devient hyperactif, le mode de la pensée dominante est opératoire. On remplit formulaires et tableaux à n'en plus finir, tout est en plusieurs exemplaires (chaque document est contre vérifié par un autre, comme une balance comptable dont tout cela semble bien inspiré)

Je me suis retrouvé pilote du processus « Risque infectieux » et président du CLIN « Comité de lutte contre les infections nosocomiales » Je préside aussi le « Comité de liaison pour l'amélioration de la nutrition » CLAN

Je ne peux décliner le processus dans sa totalité, cela remplirai trop de pages. Je dois établir une cartographie de mon processus, surveiller l'hygiène des locaux, établir une cartographie des risques, grand diagramme excel, élaborer une politique et une stratégie de maîtrise du risque infectieux, faire appliquer des protocoles de lavage des mains, de distributions de solution hydro alcooliques, réaliser des « audits », prévenir les infections transmissibles, assurer l'affichage des indicateurs... Je dois gérer les « précautions d'hygiènes complémentaires » Je dois me former (une journée entière) au « circuit du médicament » et à la « gestion des risques » (une autre journée)

Les documents circulent, rédigés par l'équipe, dûment relus par la spécialiste qualité, le directeur, visés en réunion de comité, rédigés à nouveau si cela ne va pas, visé en CME.

Cette CME prend une drôle d'allure, instance obligatoire, normalement réservée aux médecins sur les thèmes médicaux, elle se déroule dans le bureau du directeur que mon collègue le « médecin directeur » lui a gentiment cédé à son arrivée. Sans se soucier de l'impact symbolique d'une telle action. Peut être cette remarque renvoie-t-elle à une autre époque et une autre vision du rôle d'un psychiatre dans une institution de soin. Maintenant la CME est organisée par le directeur qui la tient (c'est le mot) derrière son, si pratique et indispensable, ordinateur portable. Il nous fait circuler les documents préparés par ses soins, nous signons. C'est le règne de la bureaucratie, je n'en reviens pas. Mon collègue le médecin directeur est aussi très fort en certification, il s'y connaît, il reprend les uns et les autres, distribue le travail. La confusion que cela entraîne entre les responsabilités médicales et administratives me trouble, mais en cette situation que donnerait un conflit ?

L'administratif et le technocratique ont pris le pouvoir. Ce n'est pas dire que nous l'avons perdu, c'est dire que nous l'avons bradé pour rien !

Tout ce dispositif m'apparaît, dans un hôpital de jour enfant, ou l'on soigne de jeunes psychotiques et pas mal d'autistes, totalement déplacé.

Je commence à percevoir des phénomènes de groupe inquiétants. En premier lieu, on ne peut critiquer ouvertement, ce qui serait trahir le groupe et l'institution du fait des menaces bien concrètes qui planent sur nous. Il y a des absences et des maladies. On sourit, on plaisante un peu entre soi, on ne montre pas que l'on est excédé. Et puis, il y a ceux qui adhèrent ou font comme si. Ils perfectionnent, ils s'appliquent, ce sont les bons élèves de l'école. Peut-être s'investissent-ils inconsciemment en sauveurs de l'institution. Y croient-ils ? Les réunions sont fréquentes, je pense à l'armée, on est aux ordres. Et puis surtout ce mécanisme très inquiétant ou la suractivité imposée et la tâche à remplir contribue tellement à l'empêcher de penser. Je pense parfois à Hannah ARENDT ! Faut-il trouver ça normal, est ce moi qui ne le suis pas ?

Sinon, à quoi penserions-nous ? Peut être à la technique de la prise en charge tellement difficile de ces pathologies autistiques, à la difficulté de tenir un projet de travail dans un esprit psychanalytique, fondateur de cette institution. La formation m'y est apparue pauvre, j'ai dû lutter contre une certaine anomie théorique, refus de nommer les pathologies, difficulté à se situer face aux familles, relations trop fusionnelles aux patients les plus marqués. Mais ces choses sont constitutives du travail, c'est notre rôle de psychiatre de proposer une réflexion, des axes de travail.

Or là, fait irruption, un monde totalement étranger, pour ne pas dire étrange, au projet institutionnel. Notre temps y est absorbé, notre pensée et notre énergie y sont dispersées, dépensées, gâchées. C'est d'une effraction qu'il faudrait parler.

Le qualificatif de kafkaïen (je pourrai bien dire Orwellien pour les amateurs) me semble le plus approprié. J'en donne ainsi un exemple. J'ai été frappé par la mise en place de tout un protocole sur le lavage obligatoire des mains, celles des professionnels mais aussi celles des jeunes patients. Il faut utiliser les solutions hydro-alcooliques. Nous devons en avoir à disposition, dans toute les pièces et bien en évidence le jour de la « visite » Il ne faut pas plaisanter ou faire semblant. Sont organisées, des journées de formation obligatoires au lavage des mains. Les registres doivent tenir à jour les bons de commandes du produit. Il faut en justifier l'usage, le nombre de litres en fonction de l'effectif de l'institution. Notre infirmière, très active, gère cela. Elle s'est assurée de l'affichage des fiches indiquant (à nos jeunes autistes) comment se laver les mains avec le produit.

Je tiens à votre disposition le document ICSHA.2 de février 2017, à l'intitulé de l'HAS (haute autorité de santé en grande lettres et logo en haut, ça en impose).

Le titre « Grille de recueil, consignes d'aide au remplissage et éléments de preuve 2017 ».

Thème : Infections Associées aux Soins »

Page 3 : Préambule :

« L'indicateur ICSHA.2 présenté sous forme de pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à E) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).

« L'indicateur ICSHA.2, exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produit hydro-alcoolique (PHA) consommés par les établissements et l'objectif minimum personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activité de l'établissement.

Page 5 nous avons le paragraphe 2.3 intitulé :

« Nombre minimal de friction par jour, par patient et par spécialité. Suit une grille par spécialités (Médecine 10, Chirurgie 12, Réanimation 43...) Le plus amusant peut être est la ligne « Hôpital de jour psychiatrie 2 »

En séance de chimiothérapie vous vous contenterez de 6.

Nous aurons en bas de page le paragraphe 2.4 ainsi rédigé « Objectif minimum ».

Calcul du dénominateur, l'objectif minimum personnalisé par spécialité.

$$V_{\text{objectif minimum personnalisé}} = \frac{ANbJ_{\text{hospit.}}/an \times O \text{ Nb min.friction}/J}{X 0,003 \text{ Volume de la friction}}$$

Nb.min.annuel de frictions par spécialité

Je ne résiste pas à l'envie de vous communiquer un passage du document portant le même intitulé mais en formule ICSHA.3. Nous y trouvons en bas de page 8 le paragraphe suivant :

« Cas particulier de l'addictologie »

« Il est fortement déconseillé de mettre à disposition des patients et des usagers des secteurs de l'Alcoolologie, et plus largement d'addictologie les produits hydro-alcooliques. Cette particularité justifie l'exclusion des Centres de postcure alcoolique exclusifs de l'indicateur ICSHA.3, mais également des volumes dédiés à l'addictologie de manière plus générale. »

Sage précaution qui montre que la spécificité de la psychiatrie n'est pas ignorée de ces techniciens.

Il a fallu tout de même, peut-être faut-il faire sérieux, qu'ils cèdent à leur manie des formules pour nous produire page suivante, celle-ci, qui en impose encore :
 VQMPc = [Σ (Vqmpc – spe)] - VQMPc – Addictologie

Toute envie de rire de la misère de nos institutions et de la prétention de ces technocrates est bien éloignée de moi. D'ailleurs, c'est plutôt le souci de comprendre et donc d'interpréter qui m'occupe. J'ajouterai donc les effets des lignes précédentes à ce que j'identifiai comme mécanisme de manipulation :

A l'infantilisation et la culpabilisation il convient d'ajouter l'intimidation intellectuelle par la prétention scientifique. Mon propos rejoint celui de Michel JURUS et aussi ceux de Roland GORI et Christophe DEJOURS lorsqu'ils décrivent les mécanismes de ce qui faut bien nommer, aliénation dans le travail et les institutions actuelles. Le discours de la science, ou plutôt son usurpation n'y manque jamais.

Car, pour clore cette description je précise qu'aucun texte, ayant valeur légale, ne rend obligatoire l'usage des solutions hydro-alcooliques pour le lavage des mains, et encore moins en dehors des services médicaux !

Fabrication d'une norme bidon, invention d'une obligation imaginaire, d'une infraction imaginaire. C'est du grand art.

S'ils étaient compétents, nos experts devraient bien savoir que l'usage de tels produits est fortement déconseillé en milieu infantile, car ils sont dangereux (se référer au rapport des centres antipoison de 2000 à 2009 : 2268 cas et rapports de l'AFSSAP) et ne doivent pas être laissés à la portée des enfants. Que dire de nos jeunes patients autistes ? Dans ces textes, et dans les services médicaux, le simple lavage à l'eau est recommandé ! Nous pourrions aussi consulter les mises en garde des services incendie car le stockage est dangereux et réglementé (bref, c'est une saleté utile dans certains contextes)

Ce mécanisme qui consiste à créer des normes, et fabriquer des obligations, en documentant des périls imaginaires ou existants dans d'autres contextes, me paraît grave et nous devrions l'avoir comme une préoccupation dans notre rôle de médecin. Car si nous sommes l'objet d'une authentique manipulation sur ces points, il nous est demandé d'intérioriser ces normes, et de les relayer auprès de nos patients ou collaborateurs.

Dans cette institution, rien n'échappe à ce type de conditionnement des esprits : le médicament, l'hygiène des locaux, l'identité-vigilance, le dossier patient, la restauration, le « circuit du linge » !

La douleur fait l'objet d'un protocole extensif, comme si nous avions à gérer des pathologies et des actes médicaux douloureux au quotidien. La grille d'évaluation de la douleur doit être utilisée au moindre bobo. Le jeune autiste se voit sommé de montrer l'image d'un visage exprimant le plus ou le moins de douleur (car l'échelle numérique a été jugée pour lui mal appropriée) Le fait que la non reconnaissance de soi dans l'image perçue soit au coeur des processus autistiques n'a pas effleuré ces spécialistes. Cela amuse nos jeunes, ils

parcourent le document de leurs petits doigts joueurs, l'infirmière qui n'est pas dupe et les connaît bien sait bien quand ils ne sont pas bien. Un de nos éducateurs a fait, il a fait hospitaliser il y a quelques mois un de nos grands qui n'était pas bien et l'on a diagnostiqué – au scanner- une péritonite qu'aucun praticien appelé en urgence n'aurait vu tant le rapport au corps d'un jeune psychotique est atypique. C'est cela la relation vécue au quotidien par un professionnel aguerrri. Suivre un protocole pré établi, dans ce cas était aller à l'accident. C'est peut-être pour cela que des accidents nous en avons peu ou pas.

A la question de la non-pertinence de ces références dans notre domaine, il nous est répondu que l'on est au courant, que, certes cela est peu adapté, mais qu'on en tiendra compte. Voilà bien une question essentielle. On a vu que pour les services d'addictologie, on prendrait en compte une spécificité. Or elle ne joue en rien pour la psychiatrie et dans tous les services que j'ai pu contacter, je n'ai vu que les mêmes protocoles appliqués de la même manière. Souci probable d'aligner, une bonne fois pour toutes, la pratique psychiatrique sur le modèle médical. Ou bien encore peut-on craindre un souci politique de reflux des institutions de soin vers le médico-social, qui pour le moment échappe à ce décervelage.

De fait, notre direction a soulevé ces derniers mois et face à ces échéances, la question d'un passage du sanitaire vers le médico-social.

Vint le jour de la visite. Nos deux experts sont homme et femme. Lui est non médecin, travaille dans le milieu hospitalier. Elle est médecin généraliste, mais a des activités, selon mes informations, comme « qualitative » dans un établissement psychiatrique (?) Cela sous condition, car il ne faut pas savoir qui ils sont, d'où ils viennent. Ils ne doivent pas exercer dans le domaine qu'ils contrôlent. A notre époque il n'est pas difficile de se renseigner. Ce soit disant secret est puérile (tiens, encore!) Qu'en est-il de la transparence, non seulement affichée par les experts, mais de plus exigée de l'institution visitée ?

Nous les accueillons courtoisement, ils revendiquent la transparence, un point matinal sera fait chacun des quatre jours de la visite. Ils ne me font aucun effet, je les trouve seulement « sans vie ». Je me demande néanmoins ce qui peut faire qu'un professionnel soignant s'engage dans une telle pratique. Cela me semble peut être signer une situation d'échec professionnel. Lors de mes rencontres avec cette collègue, je me suis demandé pourquoi elle n'était pas, ce jour-là auprès de ses patients, partant du fait que la seule vraie gratification dans notre vie professionnelle, c'est celle que nous donnent nos patients (et notre pratique) Peut être la question est-elle hors sujet ?

La méthode est celle du patient traceur, il s'agit de choisir des dossiers patients, et de les éplucher pour y trouver tout ce qui ne va pas. J'avais un dossier à présenter, un jeune autiste, adulte, capable de communiquer car il est convenu qu'il aura un entretien avec l'expert. Il est chez nous depuis quelques années, il a fort progressé, on travaille à son orientation et sa sortie. Il n'a pas de gros problème chez nous ou il fait toute sorte de choses.

Ces choses n'intéressent nullement notre expert. Elle veut vérifier que tout, je dis bien tout, est consigné dans le dossier. J'ai omis de préciser cela, il faut tout noter et surtout ne rien noter ailleurs. Ainsi avons-nous dû faire disparaître nos notes personnelles, nos comptes rendus personnels de réunion et synthèse. Il a fallu cacher les documents. Tout ce qui pouvait évoquer une référence psychanalytique (annonces de séminaires, colloques) a dû disparaître, car nous savons que cela est un des motifs de nos ennuis avec les tutelles. Nos experts le savent, ils n'en disent rien, tout le monde sait, c'est le règne du grand silence, et de la censure, pourquoi ne pas le dire. La référence « centre psychanalytique » qui fait notre histoire et figure sur les tampons a dû être caché. Je n'en revenais pas !

Plutôt que de décrire par le menu deux heures de cette séance dossier, je prendrai un petit épisode signifiant. Il s'agit des premières pages où l'on trouve une chemise sur le suivi médical, très à jour, vaccinations, allergies, antécédents, traitements, vingt pages. Il y figure une courbe de poids, celle que l'on utilise dans les dossiers pédiatriques. Cela m'agace dans cette institution car pour ce jeune de vingt ans, qui n'a pas de traitement et aucun problème de poids, j'estime qu'il s'agit d'une pratique inutile et, pour le compte, aussi infantilisante. Or ma « collègue » experte pointe du doigt, en haut de la courbe un léger décrochage de deux ou trois millimètres, avant de se tourner vers moi pour me dire que la « courbe de poids c'est intéressant ! » et « l'avez-vous remarqué ! » « Qu'en pensez-vous » Ayant déjà eu affaire à des situations sensibles, j'ai su rester parfaitement stoïque, inexpressif, jugeant que je n'avais rien à répondre. La dame a compris le signal et est passée à autre chose, elle m'avait testé. Ai-je l'air aussi crétin qu'elle l'imaginait ?

J'ai pensé qu'elle se comportait volontairement ainsi, tester l'interlocuteur, juger du terrain, savoir si l'infantilisation et la culpabilisation avaient dépassé le monde des professionnels de base pour atteindre les médecins du lieu. Si cela est le cas, y aller carrément, sinon, faire attention. Tout un monde ! Le reste s'est bien passé, tellement nous nous étions préparés (jeu de rôle, simulations, répétitions, peaufinage des documents, affichages généralisés, badges nominatifs) Ce qui a le plus agacé nos experts était de ne rien se

mettre sous la dent, même l'infirmerie et les fiches de prescriptions étaient irréprochables (c'est là-dessus qu'ils « alignent » la majorité des services).

Au plus a-t-il été noté deux « écarts » qui est tout en bas de l'échelle du reproche, sur des points d'ailleurs inexacts qui proviennent de leur incompétence réelle quant à la nature de notre travail, je ne détaille pas mais ce serait un bel argument dans un séminaire spécialisé.

En conclusion, il faudrait se garder de toute réaction rapide. Tout cela est bien le reflet de notre société infiltrée et manipulée dans le sens d'une mise aux normes, une mise en ordre qui prend des formes inquiétantes.

Pourrons-nous continuer à travailler ? Si l'on suit strictement ces préconisations, la réponse qui s'impose est non. Pouvons-nous ménager un espace de travail où une pensée authentique, c'est à dire autonome, adulte, pas trop névrosée, pourra s'exercer. Comment accepter de telles dérives ? Je voudrais surtout insister sur le non-sens du procédé. Rien ne permet de prêter à ces gens une quelconque compétence pour juger nos pratiques.

Nous avons été « visités », mais je devrais plutôt dire perquisitionné pendant quatre jours. Il a fallu ouvrir les armoires, les placards, les registres, les dossiers. A quoi cela ressemble ? J'ai questionné autour de moi, on me dit qu'il s'agirait de se protéger (qui?) des éventuelles plaintes des patients, que trop d'institutions dysfonctionnent.

Nous ne pouvons recevoir ces arguments. Nous avons nos directions, elles contrôlent et évaluent, nous avons notre déontologie, pour ne pas dire notre morale. Nos pratiques sont rôdées, nous nous formons, nous cherchons des réponses aux questions difficiles des pathologies. Il nous a été répondu par les experts que ce qui était vérifié ce n'étaient pas les pratiques, mais les dossiers. Ne le croyez pas. On vous refuse de prendre des notes de vos réunions de synthèse, de vos réunions de travail, celles qui vous permettraient de réfléchir. Celles qui vous permettraient des écrits cliniques.

Nous avons le droit de ne pas imposer à nos jeunes psychotiques et autistes de se laver les mains, avec un produit dangereux en attendant ainsi peut être qu'ils s'obsessionnalisent au point de chasser le microbe. Nous essayons quotidiennement de respecter la place de l'éducatif et du thérapeutique. Nous savons aussi ce qui revient aux parents dans l'éducation de leur enfant, fut-il autiste ou psychotique. Nos institutions ont leurs histoires, les projets thérapeutiques y sont à chaque fois différents et il le faudrait, originaux. Les tentatives de normalisation sont, dans les pratiques psychiatriques, toujours destructives. Il conviendrait de réintégrer les processus d'évaluation et de contrôle à l'intérieur de

chaque institution. Comment penser que des instances de contrôles viendraient nous protéger de patients ou de leurs familles dont nous-mêmes n'avons pas peur. Sans quoi nous ne pourrions pas travailler auprès et avec eux et ferions mieux de changer de métier.

Je crains qu'il s'agisse de la part des experts et de leurs commis d'une grave incompétence, celle qui empêche de comprendre la nature de l'objet que l'on veut contrôler. Tout argument sur la nature de ce que nous faisons est évacuée, niée, incomprise. Nos professionnels ne peuvent que se sentir niés, je crains à plus long terme les effets délétères d'une telle « descente » dans notre institution. On pourrait prononcer le mot humiliation si nous ne devions nous habituer à la violence quotidienne dans le travail.

Si les professionnels de l'endroit ont pu échapper à cette mise en condition, infantilisation, culpabilisation, discours du savoir d'allure paternaliste, on peut craindre des effets à long terme. Se sont-ils senti niés, humiliés, violentés ? On a fait intrusion dans ce monde fragile, car la relation au sujet gravement atteint est fragile de nature, longue à mettre en place, tenant à peu de chose.

L'estime d'eux mêmes des professionnels est essentielle, ils sont déjà fort mal traités socialement, mal payés, dévalorisés dans l'échelle moderne des valeurs sociales. Que sortira-t-il du traitement ainsi subit ?

Mon experte visiteuse a reçu mon jeune patient autiste. Celui-ci est sorti quelques minutes après, assez agité, plein de stéréotypes, qu'il avait de moins en moins en temps normal. Nous pourrions tous témoigner de l'anxiété soulevée chez les patients (mais nous ne pourrions le faire). Il a fallu être vigilant auprès de certains que nous avons dû éloigner de nos visiteurs. L'une d'elles dont le symptôme principal est un jeu exubérant de la parole, criait tout haut ce qu'il fallait surtout ne pas dire des experts, et que tout le monde pensait tout bas. Nous lui avons organisé une sortie.

La méthode, de nature policière (je regrette le terme car les policiers, les vrais, sont respectables, ils font eux, leur vrai métier) est préoccupante et détestable. Pourrait-on imaginer entreprise ou administration où un étranger au domaine, viendrait un jour en sus de la hiérarchie, vider tous les placards, les tiroirs, éplucher les documents, demander le pourquoi du comment sur tout, imposer des normes étrangères au travail qui se fait ? On évoquerait un grave désordre, une remise en cause de la hiérarchie fonctionnelle de l'endroit. On évoquerait la nécessaire culture d'entreprise, la vraie, celle qui sait exploiter au mieux les compétences, absorber et gérer les crises.

Même la saisie judiciaire d'un dossier est mieux protégée et gérée que ce simulacre d'évaluation.

Nos références, notre culture, notre compétence se voient niées, au moment où elles seraient à protéger face à une demande sociale de plus en plus pressante. La réalité d'un monde socio-économique, culturel, intellectuel de plus en plus clivé entre une catégorie de « hiérarques et leurs commis comptables » qui domine et écrase tout, et un « monde réel » qui subit, se voit bien dans cet épisode.

Comment avons nous perdu à ce point tout pouvoir dans nos institutions ? Que ferons-nous de cette constatation ?

Dr Daniel Moreau

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

N'hésitez pas à vous connecter

sur le site : www.psychiatries.fr

Courriel : info@afpep-snpp.org

NOTES DE LECTURE

L'artiste et la folie - Créer au bord de l'abîme

Ed. Max Milo, 2018

Ce livre est le fruit d'une recherche sur le processus de création artistique, et fait suite aux ouvrages publiés aux éditions L'Âge d'Homme : *Au risque de l'art*, 2007, *Artiste féminin singulier*, 2009, *Créer pour vivre - Vivre pour créer*, 2013.

Il s'appuie sur les œuvres et les parcours parfois très chaotiques d'artistes connus : ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils en ont dit, ce qui les a poussé à créer, ce qu'ils engagent de leur être intime dans leur acte de création, jusqu'où leur passion de créer les conduit, ce qui leur a permis de devenir des artistes épanouis, ou au contraire, d'éprouver une grande souffrance psychique ou de sombrer dans la folie, parfois jusqu'à se donner la mort.

L'ouvrage est concret. Sa lecture est accessible à un public de non-spécialistes intéressés par l'art, la création, la psychologie et la vie des artistes. Il est divisé en trois parties :

La première explore la fonction de recours existentiel de la création artistique et l'histoire dans laquelle s'inscrit l'œuvre de ces artistes (histoire personnelle, contexte social et historique).

La seconde repère le moment de bascule de la création vers une forme de folie ou d'autres troubles psychiques. Elle vise à éclairer le trait de faille à l'origine de la catastrophe pour certains artistes.

La troisième explore une autre face, celle d'une folie ou d'une souffrance psychique qui a besoin de s'exprimer. L'être en souffrance parvient à se soigner lui-même grâce à sa production créative qui peut prendre une forme artistique, bien que ce n'en soit pas le but premier.

L'ensemble est divisé en *douze chapitres* qui posent, chacun, la problématique d'un artiste dans la relation singulière à son œuvre et à son histoire. Ma recherche est adossée à une documentation et à des références fiables. Elle vise à éclairer les différents aspects de l'interaction entre l'acte de création et les bouleversements de la vie, entre le processus créatif et l'existence. Elle s'intéresse aussi aux liens et aux affinités qui existent entre certaines formes de création artistique et certains troubles neuropsychiques.

Avec : ANTONIN ARTAUD, FRANCIS BACON, CAMILLE CLAUDEL, ALOÏSE CORBAZ, SALVADOR DALI, GÉRARD GAROUSTE, ALBERTO GIACOMETTI, ZORAN MUSIC, MICHEL NEDJAR, AURÉLIE NEMOURS, VASLAV NIJINSKI, NIKI DE SAINT PHALLE, VINCENT VAN GOGH, VLADIMIR VELICKOVIC

Mail : dr.thierry.delcourt@gmail.com

Site : <http://www.thierry-delcourt.fr/>

Pour les parents d'enfants Autistes : Marie-Dominique Amy

Marie-Dominique Amy – Ed. Érès, 2018

Voici un livre que nous pouvons recommander aux parents d'enfants autistes que nous connaissons, recevons en consultations, parents et/ou enfant. Précieux à lire pour nous spécialistes, il est écrit par une femme forte d'une longue expérience. Ce document aborde avec humilité, sans se placer du côté du savoir, comment décoder le mystère des attitudes des enfants/adolescents/adultes autistes, dont aucun langage ne permet de les éclairer, et qui laissent décontenancés, c'est une euphémisme, tant de parents et intervenants. Ces écrits ne font pas usage de concepts obscurs pour les familles concernées. C'était là un des vœux de l'auteure. Il n'en perd pas pour autant sa richesse.

Sexualité & diversité II

Numéro 13 – Revue semestrielle

L'originalité de ce numéro réside dans la diversité de points de vue avec laquelle les auteurs analysent la question de la conception du sexuel dans le débat contemporain, dans l'histoire de la psychanalyse et de ses institutions, la société aujourd'hui. Le croisement de ces apports noue une problématique multi-modale des parcours pour penser la question sexuelle et le sens que nous donnons aux mots. Les discussions sur le caractère pathologique de l'homosexualité ont imprégné la psychanalyse jusqu'aux jours actuels et ont été à la base du rejet profond que certains ont produit vis-à-vis de la psychanalyse. L'homosexualité, la filiation, la définition même du sexe voient leurs limites morales et culturelles bouger. Les critiques au nom de crimes contre la nature sont à la fois plus bruyantes

mais moins solidement fondées. Leur étendue dépasse les débats d'école pour s'inscrire dans le débat social à l'échelle mondiale, c'est-à-dire politique, et s'écrire dans la réalité juridique et réglementée. La sexualité est au cœur de la découverte freudienne de l'inconscient qui s'articule à un autre concept fondamental : la pulsion sexuelle. Il est fort saisissant que tout discours sur la sexualité dans la psychanalyse soit basée sur ce seul concept qui, après avoir été introduit en 1905, s'adjoint des précisions et des augmentations dans le cours de la pensée freudienne qui débouchent sur la pulsion de mort.

Ce numéro ambitionne d'apporter sa pierre au débat sur la question de la diversité sexuelle.

Histoire de la médecine suivie de : Eléments pour une Histoire de la psychiatrie dans l'histoire de la médecine

Ed. Cercle de Recherche et d'édition Henry Ey, déc. 2017

Réunis par Henri Maurel, psychiatre et helléniste, les textes de l'« Histoire de la médecine » d'Henri Ev répondaient à son vœu d'écrire une « Histoire de la psychiatrie dans l'histoire de la médecine » pour dialoguer avec le Michel Foucault de l'« Histoire de la folie à l'âge classique » et de la « Naissance de la clinique ». Il fallait donc au grand psychiatre la force d'aller puiser aux sources mêmes du corpus hippocratique, pour réfléchir au « miracle grec », ce moment où se fonde la rationalité du logos face au mythos et où émerge l'idée de « nature » et d'organisation face aux représentations archaïques du corps.

La médecine est née en se séparant des croyances magico-religieuses et en objectivant le mal qui, débarrassé du péché et des Dieux, devient maladie. Ainsi les symptômes peuvent être lus comme des signes fondant la « sémiologie », permettant le diagnostic et le pronostic. De ce moment inaugural

naissent les conditions de possibilité (épistémè) pour que la médecine basée sur la connaissance objective du corps, vingt siècles plus tard, puissent s'appliquer.

La psychiatrie, quant à elle, mettra encore plus de temps pour émerger, car il lui faudra dégager la folie des croyances et de la sorcellerie pour décrire et classer les régularités de ses formes cliniques. Puis, elle devra résoudre le problème de la nature de la folie, soit le problème des rapports du corps et de l'esprit sans les opposer dans un dualisme toujours stérile. Ce n'est qu'avec PH. Pinel, au tout début du XIXe siècle, et sa prise en compte de la subjectivité des aliénés, que naît le Sujet de la folie (G. Swain). Fidèle à cette perspective, H. Ev expose dans cet ouvrage ce qui fonde la psychiatrie dans la nature émergente du « corps psychique » et accomplit ce qui a toujours été son projet : faire une Histoire naturelle de la folie, folie qui aliène l'homme dans sa liberté.

L'intime désaccord – Entre contrainte et consentement

Sous la direction de Patrick Faugeras, Ed. Érès, 2018, Sud/Nord N°27

« Je vois le parti le meilleur, je l'approuve, mais je choisis le pire » Ovide

Comment comprendre qu'un individu puisse, dans sa quotidienneté la plus ordinaire jusque dans les moments les plus atroces de l'Histoire, librement consentir, voire mettre en œuvre, exécuter, qu'il s'agisse de petites lâchetés ou des crimes de masse, ce que par ailleurs la conscience morale, dont parfois il s'honore, ne peut que réprouver ou condamner ?

Comment un « homme de bien » peut-il, sans qu'un doute n'affecte sa conscience, se laisser glisser toujours plus vers cette part d'ombre où un pan de son

humanité semble se dissoudre ? Et comment se fait-il que sous les pressions conjuguées de la menace et de la suggestion, « un homme se scinde en deux hommes », comme l'écrivait Karl Jaspers, se soumettant volontairement à ce qui le contraint, acquiesçant ainsi à ce qu'il condamne ou le condamne ?

Accusant les douloureuses secousses que l'actualité nous inflige, nombre d'auteurs, du sein de leur propre discipline, écrivains, historiens, médecins, philosophes, psychiatres, psychanalystes, sociologues, ont accepté de faire face à ce difficile questionnement et de figurer au sommaire de ce numéro.

La dépression périnatale - Approche clinique et psychanalytique

Marie-Aimée Hays – Préface de René Roussillon - avec la contribution d'Anne-Marie Ballain, Ed. Érès, 2018

Devenir parents est un processus continu : il commence dès la conception puis la grossesse et se déploie progressivement dans les liens d'attachement au bébé. Certains parents, qui connaissent des difficultés dans cette création identitaire, souffrent de dépression périnatale. Cette affection dont les ressorts restent méconnus est un problème de santé publique tant par sa prévalence (jusqu'à 20% des mères, 10% des pères) que par ses effets, notamment sur le développement de l'enfant.

S'appuyant sur son travail de recherche, son parcours psychanalytique et son expérience en maternité, l'auteur a élaboré une pratique de prévention précoce des troubles de la relation mère-père-bébé liés à la dépression périnatale.

Attentive tant aux communications primitives du bébé qu'aux réminiscences parfois traumatiques de l'infantile des parents, dans le vif des séances psychothérapeutiques, elle s'intéresse aux difficultés présentes des mères et des pères à se sentir compétents pour leur enfant.

Marie-Aimée Hays livre le récit détaillé de séances et leur reprise théorique, précise et accessible, où se dessine le processus thérapeutique : mères, bébés, pères cheminent vers la subjectivation. Elle transmet aux professionnels de la périnatalité des éléments de compréhension de la dépression périnatale, utiles au diagnostic, à l'orientation et à la technique de soin et de prévention qui témoignent de sa réflexion théorique et de sa pratique clinique.

Marie-Aimée Hays est psychologue clinicienne, docteur en psychologie, psychanalyste membre de la Société psychanalytique de Paris, membre de la WAIMH-France (Association mondiale pour la santé du nourrisson). Elle exerce en maternité et néonatalogie (clinique Belledonne Saint-Martin d'Hères) et en cabinet (Meylan) près de Grenoble. Elle dispense des formations auprès des personnels de périnatalité.

Congrès Français de Psychiatrie

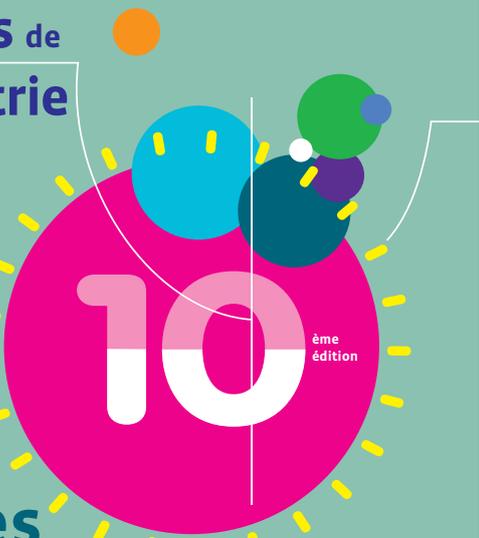
Nantes 2018

La Cité Nantes Events Center

28 novembre - 1^{er} décembre

Le temps

www.congresfrancaispsychiatrie.org

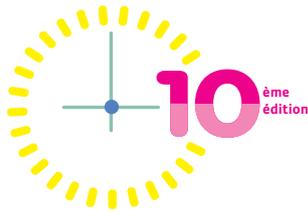


1^{ère} annonce

Information & inscriptions
CARCO - 6, cité Paradis - 75010 Paris, France
T + 33 (0)1 55 43 18 18 • F + 33 (0)1 55 43 18 19
info@congresfrancaispsychiatrie.org



- Comité National d'Organisation**
- Président
Maria MELCHIOR, Paris
 - Vice-Président
Marc Antoine CROCO, Mulhouse
 - Secrétaires généraux
Patrice BOYER, Paris
Frédéric ROUILLON, Paris
 - Membres du Bureau
Rachel BOCHER, Nantes
Michel BOTBOL, Paris
Philippe CLÉRY-MELIN, Garches
Emmanuelle CORRUBLE, Le Kremlin-Bicêtre
Philip GORWOOD, Paris
Marion LEBOYER, Créteil
Denis LEGUAY, Angers
Jean-Pierre LÉPINE, Paris
Frédéric LIMOSIN, Issy-les-Moulineaux
Luc MALLET, Créteil
Nidal NABHAN ABOU, Laval
Michel REYNAUD, Villejuif
Brigitte RIMLINGER, Montpellier
Yves SARFATI, Paris
Gérard SCHMIT, Reims
 - Membres institutionnels fondateurs
Fédération Française de Psychiatrie représentée par son Président :
Jean-Jacques BONAMOUR DU TARTRE, Paris
AFFEP représentée par son Président :
Audrey FONTAINE, Lille
 - Comité Jeunes Psychiatres
Olivier ANDLAUER, Londres
Marion AZOULAY, Paris
Louis BINDLER, Nantes
Renaud DAVID, Nice
Frédéric HAESEBAERT, Québec
Benjamin LAVIGNE, Limoges
Aude van EFFENTERRE, Paris
 - CQFPsy
 - Rédacteur en chef
Luc MALLET, Créteil



- Comité Local d'Organisation**
- Président d'Honneur
Jean-Marie VANELLE, Nantes
 - Président
Rachel BOCHER, Nantes
 - Vice-Président
Marie GRALL-BRONNEC, Nantes
 - Membres du Comité Local d'Organisation
Olivier BONNOT, Nantes
Paul BRUNAUT, Tours
Vincent CAMUS, Tours
Thomas DESMIDT, Tours
Dominique DRAPIER, Rennes
Yannick FUSEAU, La Roche sur Yon
Lucie GAILLEDRAI, Bouguenais
Annelise GALLOYER-FORTIER, Les Ponts de Cé
Christine GARRIGOU, Nantes
Bénédicte GOHIER, Angers
Claire GORZÉNO, Nantes
Armelle GRENOUILLOUX, Nantes
Olivier LAMBERT, Les Ponts de Cé
Manuel ORSAT, Allonnes
Claire PEROUZE, Nantes
Gabriel ROBERT, Rennes
Didier ROBIN, Saint-Avé
Anne SAUVAGET, Nantes
David TRAVERS, Rennes
Hélène VERGNAUX, Nantes
Caroline VICTORRI VIGNEAU, Nantes
Michel WALTER, Brest

Programme « d'un coup d'œil »

Mercredi 28 novembre	Judi 29 novembre	Vendredi 30 novembre	Samedi 1 ^{er} décembre
9h00 - Accueil - Ouverture de l'exposition	8h00 - Rencontres avec l'expert	8h00 - Rencontres avec l'expert	8h00 - Rencontres avec l'expert
9h15 - Forum des Associations	9h15 - Sessions thématiques	9h15 - Sessions thématiques	9h15 - Sessions thématiques
10h00 - Symposium satellite	10h45 - Conférence	10h45 - Conférence	10h45 - Conférence
12h00 - Ouverture du congrès	12h00 - Débat	12h00 - Débat	12h00 - Séance de clôture
12h30 - Remise prix meilleures publications jeunes et bourses CFP	12h30 - Débat	12h30 - Débat	12h00 - Séance de clôture
13h00 - La conférence 2018	13h30 - Conférence	13h30 - Conférence	13h00 - Séance de clôture
13h30 - Symposium satellite	13h30 - Sessions thématiques	13h30 - Sessions thématiques	13h00 - Séance de clôture
14h00 - Symposium satellite	14h00 - Symposiums satellites	14h00 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
14h30 - Symposium satellite	14h30 - Symposiums satellites	14h30 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
15h00 - Symposium satellite	15h00 - Symposiums satellites	15h00 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
15h30 - Symposium satellite	15h30 - Symposiums satellites	15h30 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
16h00 - Symposium satellite	16h00 - Symposiums satellites	16h00 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
16h30 - Symposium satellite	16h30 - Symposiums satellites	16h30 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
17h00 - Symposium satellite	17h00 - Symposiums satellites	17h00 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
17h30 - Symposium satellite	17h00 - Symposiums satellites	17h00 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
18h00 - Symposium satellite	18h00 - Symposiums satellites	18h00 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
18h30 - Symposium satellite	18h00 - Symposiums satellites	18h00 - Symposiums satellites	14h00 - Séance de clôture
19h00 - Symposium satellite	18h30 - Best of : la psychiatrie dans les meilleures revues du monde	18h30 - Posters-tour	14h00 - Séance de clôture
	20h00 - Best of : la psychiatrie dans les meilleures revues du monde	20h00 - Posters-tour	14h00 - Séance de clôture

Soutenir la connaissance

Le Congrès Français de Psychiatrie souhaite favoriser le soutien aux travaux de recherche de qualité en psychiatrie des pays francophones.

Ainsi, le CFP s'associe à AVIESAN (via l'ITMO Neurosciences) pour décerner :

6 Prix « meilleures publications en psychiatrie de l'année »

→ Date limite de soumission : vendredi 19 octobre 2018

Ces prix annuels récompensent les meilleures publications francophones de l'année en cours (dans une revue avec comité de lecture).

L'article doit avoir été référencé dans les banques de données PubMed et/ou Medline (donc publié, ou sous presse), et de l'année universitaire précédant le congrès.

Les candidats doivent être soit (1) des cliniciens juniors impliqués dans la santé mentale (CCA, assistant, jeune psychiatre PH ou jeune psychologue...), soit (2) des chercheurs dont la publication est directement en rapport avec la santé mentale.

Les 3 meilleurs candidats de chacune des 2 catégories seront invités au Congrès Français de Psychiatrie 2018 à Nantes, et y effectueront une communication relatant leur travail de recherche.

Les prix (3000 € le premier, 2000 € le deuxième, 1000 € le troisième) seront officiellement remis lors de la cérémonie d'ouverture du Congrès Français de Psychiatrie

7 Bourses de recherche

→ Date limite d'envoi des candidatures : vendredi 19 octobre 2018

Le Congrès Français de Psychiatrie délivrera à Nantes en 2018, sept bourses de recherche (Master 2) de 5000 euros chacune pour favoriser la recherche en santé mentale

180 Secondes Pour Innover (180 SPI) - Sélections Régionales

Avec le concours du Comité Jeunes Psychiatres du CFP, de l'AFFEP et de l'AJPIA, ce concours permet à des internes en psychiatrie de présenter une simple idée ou hypothèse de travail, un sujet de recherche à venir, en cours ou abouti en termes simples à un auditoire diversifié. Chaque participant doit faire, en trois minutes, un exposé clair, concis et néanmoins convaincant sur son projet de recherche.

→ Plus d'information sur www.congresfrancaispsychiatrie.org

- Appel à communication**
- La soumission de résumés pour les rencontres avec l'expert, les sessions thématiques, les débats, les posters et les sessions Forum Associations du Congrès Français de Psychiatrie - 10^{ème} Édition - se font exclusivement en ligne sur le site internet du congrès : www.congresfrancaispsychiatrie.org.
 - Précision : une même personne ne peut intervenir qu'une seule fois en tant qu'orateur. Il en est de même pour la fonction de président, modérateur ou discutant. Toutefois, un orateur peut accepter la fonction de président, modérateur ou discutant et vice versa (la charte des intervenants est consultable sur le site du CFP).
 - Le Bureau privilégiera, à qualité scientifique égale, les sessions thématiques (1 président, 3 intervenants), proposant des communications d'équipes d'origine différentes.
 - Nous vous demandons de bien vouloir vous conformer strictement aux consignes de rédaction mentionnées dans la rubrique concernée du site internet.
 - Il est indispensable que le Président d'une session thématique ait obtenu l'accord préalable de chaque orateur et de sa disponibilité durant toute la durée du congrès avant de soumettre son résumé au Bureau.
 - Un auteur ne peut soumettre qu'un seul poster en première signature.
 - La sélection des rencontres avec l'expert, des sessions thématiques, des débats et des posters sera effectuée par le Bureau du Congrès Français de Psychiatrie.
 - Date limite de soumission des communications orales (rencontres avec l'expert, sessions thématiques, débats, sessions Forum Associations)
> mercredi 28 février 2018
 - Date limite de soumission des posters
> mardi 31 juillet 2018



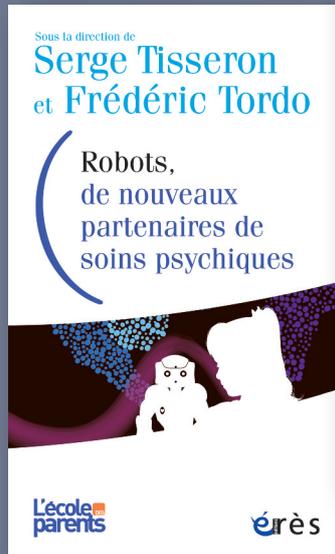
- Secrétariat Général - Organisation scientifique et technique**
CARCO
6 Cité Paradis - 75010 PARIS
Tél. : + 33 (0) 1 55 43 18 18
Fax : + 33 (0) 1 55 43 18 19
- > Coordination Scientifique et Commerciale
Nathalie ISABELLE
nathalie.isabelle@carco.fr
 - > Coordination administrative, technique et logistique
Sébastien CHARY
sebastien.chary@carco.fr
 - > Gestion des orateurs et des invités
Claire RICHARD
claire.richard@carco.fr
 - > Gestion des inscriptions et de l'hébergement
Laurence EYRAUD
laurence.eyraud@carco.fr

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 €



Sous la direction de
Patrick Faugas

L'INTIME DÉSACCORD

Entre contrainte
et consentement

Comment comprendre qu'un individu puisse, dans sa quotidienneté la plus ordinaire jusque dans les moments les plus atroces de l'Histoire, librement consentir, voire mettre en œuvre, exécuter, qu'il s'agisse de petites lâchetés ou de crimes de masse, ce que par ailleurs la conscience morale dont parfois il s'honore ne peut que réprouber ou condamner ?

320 pages, 25 €

Gérard Neyrand

L'AMOUR INDIVIDUALISTE

Comment le couple
peut-il survivre ?

Mort le couple ? Plutôt fragilisé, mais bien vivant. Certes, il n'est plus un passage social obligé, il se défait plus facilement, on n'y recherche plus une relation fusionnelle.

Il demeure cependant le principal instrument de la réalisation de soi. L'ouvrage vient éclairer ce paradoxe.

240 pages, 18 €



Michael Stora

Michael Stora

ET SI LES ÉCRANS NOUS SOIGNAIENT ?

Psychanalyse des jeux vidéo
et autres plaisirs numériques

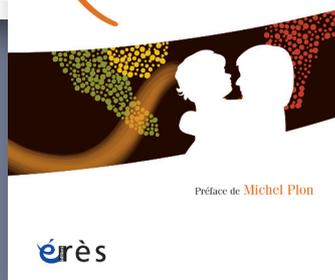
Dans cette réédition actualisée de son ouvrage *Guérir par le virtuel*, Michael Stora s'appuie sur son expérience personnelle pour analyser notre rapport inconscient aux écrans qui, en quelques années, ont connu une véritable révolution en devenant interactifs (télévision, ordinateur, jeux vidéo, smartphones, réseaux sociaux...)

200 pages, 12 €

Laura Pigozzi

Mon enfant m'adore

Enfants otages
et parents modèles



Laura Pigozzi

MON ENFANT M'ADORE

Enfants otages et parents modèles

Dans une belle écriture, où se conjuguent savoir et expérience, psychanalyse et littérature, l'auteur mène une analyse rigoureuse sur les dégâts que provoquent l'évolution de la famille contemporaine et la place accordée à la mère exemplaire. Préface de Michel Plon

224 pages, 13 €

EN LIBRAIRIE

ou à défaut : Éditions ères
33 avenue Marcel Dassault F-31500 Toulouse
Tél. 05 61 75 15 76
e-mail : eres@editions-eres.com

Consultez notre catalogue sur www.editions-eres.com