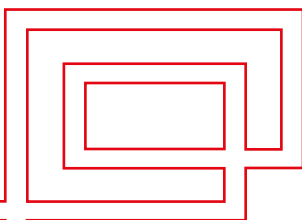


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

**L'AFPEP – SNPP fête ses 50 ans
d'engagements et d'actions**

**Dossier Spécial :
Le management de la santé**

N° 77 - Novembre 2019

AFPEP – SNPP

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

Les publications :

Psychiatries
revue de recherche et d'échanges

BIPP
Bulletin d'Information
des Psychiatres Privés

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

Caractères
la newsletter

Secrétariat de la Rédaction

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

Responsable de la publication :
Michel Jurus

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Comité de rédaction :
Olivier Brunschwig
Rania Gard
Michel Jurus
Adeline Metten
Sophie Stein
Élie Winter

Sommaire

Éditorial – Michel Jurus	p. 3
Informations AFPEP – SNPP	
- Arnaque à la confidentialité – Élie Winter	p. 6
- Secret médical et enfant – Claude Gernez	p. 7
- Note sur le secret médical – Jérémie Sinzelle	p. 8
- CSMF – Claude Gernez	p. 9
- Cour des comptes – Michel Jurus	p. 10
- Le péché originel de la psychiatrie – Thierry Najman	p. 10
- Eskétamine : nouvel antidépresseur en spray nasal ! Élie Winter	p. 15
- Appel à cotisation – Béatrice Guinaudeau	p. 15
Le mot du rédacteur – Thierry Delcourt	p. 16
Annonce-information de l'ODPC – PP	
- Le point du secrétaire général – Olivier Brunschwig	p. 16
Bulletin de l'AFPEP	
- Impressions après les Journées Nationales de Biarritz ? – Ilan Attyasse	p. 19
- Journée de printemps à Reims – Thierry Delcourt	p. 20
- Prochaines journées nationales à Arles – Patrice Charbit	p. 22
- Congrès Français de Psychiatrie à Nice Marc Antoine Crocq – Thierry Delcourt	p. 23
Dossier spécial : Le management de la santé	
- Qualité en psychiatrie – Michel Jurus	p. 24
- Diagnostic et management – Michel Jurus	p. 25
- IPA en santé mentale - Interview – Élie Winter	p. 26
- Un frémissement ? Un retour de la complexité ? Un retour possible de la clinique du sujet ? Patrick Landman	p. 28
- Ravage au travail – Olivier Brunschwig	p. 30
- L'expertise et l'emprise du numérique – Thierry Delcourt	p. 32
- Le management de la qualité : enjeux psychiques et conséquences pratiques sur l'évolution de la psychiatrie – Jérémie Sinzelle	p. 35
Mémoires de psychiatre – Paul Lacaze	p. 40
TRIBUNE LIBRE	
- Secret partagé et pédopsychiatrie, Que feriez-vous ? – Françoise Duplex	p. 41
- Enseignants – Françoise Duplex	p. 42
- De l'autre côté du miroir - Témoignage anonyme	p. 43
- Autre pourrait être le monde – Françoise Labes	p. 47
- Le vigneron et la belle – Frédéric Aumjaud	p. 48
NOTES DE LECTURE	
- Docteur Adélaïde Hautval dite Heidi, « l'amie des juifs » Françoise Labes	p. 51
- Michel Houellebecq « Sérotonine » – Françoise Duplex	p. 52
- Les os des filles – Françoise Duplex	p. 53
- Femme et mère après l'inceste – Thierry Delcourt	p. 54
- L'intime désaccord : entre contrainte et consentement Thierry Delcourt	p. 55
- États de la radicalisation – Thierry Delcourt	p. 55
Informations internationales, nationales et régionales	
- 9 ^{es} Rencontres Francopsies	p. 56
- Journées Cinéma et Psychiatrie de Lyon	p. 58
- Le SNPP	p. 58
- AFPEP – SNPP à Paris	p. 59
- Les 17 ^{èmes} rencontres de la Criée	p. 59
- Cycle de conférences 2019	p. 60

Éditorial

POUR UNE ÉCOLOGIE EN PSYCHIATRIE : LE TEMPS DE LA CONSULTATION

Le temps de la consultation devrait revenir en force dans les préoccupations véritables de notre métier. Pour soigner, il faut du temps. Une des premières conditions de la science est l'observation. L'observation permet de reconnaître une situation clinique. C'est un temps précieux que nous devons respecter pour aider au mieux nos patients avec qui le diagnostic et les thérapies évoluent dans le temps. Pour bien travailler, il faut du temps.

Ces dernières années, des options productivistes ont été privilégiées par les pouvoirs publics sous la direction des pouvoirs financiers au détriment de la qualité du soin. L'industrie, assurantielle et pharmaceutique, privilégie une politique de la psychiatrie de culture intensive avec une réduction massive des lits et des moyens humains. La consultation devrait être brève avec des questions standardisées comme cela se voit dans les nouvelles techniques de management où les cadres doivent réciter des textes comme sur les plates-formes. Les psychiatres devront bientôt, comme des ordinateurs, poser des questions standards comme des logiciels et faire des prescriptions standards.

Combien de temps faudra-t-il pour retrouver un soin authentique respectueux des patients sans qu'ils soient traités comme des consommateurs ?

Il nous faut revenir à une écologie du soin.

Force est de reconnaître que de nos jours, ce temps précieux est bradé au nom d'une science officielle qui se réclamerait de l'Evidence Based Médecine. Evidence Based Medicine dont la définition est amputée des deux tiers en France. En effet la Haute Autorité de Santé a fait preuve de ce qu'elle était vraiment en affirmant, délibérément, que les données de la science seraient l'unique guide de la pratique médicale tout en supprimant volontairement l'expertise du clinicien ainsi que par *la prise en compte des droits, des préférences et de l'épreuve vécue par les patients*. Cette institution montre bien qu'elle n'est pas le bon instrument de mesure pour soigner les gens. Elle n'est pas capable de respecter la définition de l'EBM dont elle se réclame.

La France, comme souvent, prendra sans doute des décennies de retard tant que la Haute Autorité de Santé aura la main mise sur la politique du soin. Cette institution au service des marchés financiers fait d'énormes dégâts en médecine et surtout en psychiatrie par son système d'accréditation. La Haute Autorité est bien basse dans ses intentions. Les financiers de l'Institut Montaigne ont aussi créé, sous la présidence de M. David de Rothschild, la fondation FondaMental, qui utilise des psychiatres pour orienter une psychiatrie « moderne efficace ». Cette fondation veut *intégrer dans la formation des psychiatres l'utilisation des données issues de la médecine fondée sur les preuves pour favoriser l'adéquation entre pratiques cliniques et recommandations professionnelles*. L'Institut Montaigne et l'HAS sont dans une synergie parfaite pour réformer une psychiatrie qu'ils trouvent trop coûteuse.

Nous observons que le diagnostic en psychiatrie serait devenu une affaire de vitesse et de virtuosité. Certains psychiatres se vantent de faire des diagnostics suivis de traitement en quelques minutes. La vitesse serait un critère de qualité dans le soin car cela baisse le coût. Ce qui est dangereux sur les routes le serait moins en psychiatrie. Nous observons que des patients qui se retrouvent dans l'errance diagnostique passant de la schizophrénie à la maladie bipolaire d'un service à l'autre alors qu'il s'agit de pathologie névrotique. Heureusement pour les champions du diagnostic instantané *la schizophrénie et les troubles bipolaires seraient en passe de devenir une seule maladie car elles présenteraient des anomalies cérébrales communes identifiées grâce aux progrès de la neurobiologie et de la neuro-imagerie.*

A ce rythme, il existera bientôt qu'une seule pathologie qui s'appellera maladie de la santé mentale, ce qui ferait un gain de temps appréciable dans la course au diagnostic :-)

Le DSM avait été utilisé pour faire disparaître des troubles, en créer d'autres en provoquant déjà une pauvreté diagnostique affligeante. Ce DSM est de plus en plus remis en question dans de nombreux pays et en particulier aux USA. Le gouvernement américain, par la voix de l'Institut national de santé mentale (NIMH) a décidé de ne plus s'en servir comme référence. Thomas Insel, son directeur, a déclaré : « *La faiblesse du DSM est son manque de validité. Contrairement à nos définitions de la cardiopathie ischémique, du lymphome ou du SIDA, les diagnostics du DSM sont fondés sur un consensus sur les groupements de symptômes cliniques, mais sur aucune mesure objective en laboratoire. Dans le reste de la médecine, cela équivaudrait à créer des systèmes de diagnostic basés sur la nature de la douleur à la poitrine ou sur la qualité d'une fièvre. Or nous savons qu'à eux seuls, les symptômes indiquent rarement le meilleur choix de traitement* ». Il est connu que le DSM est au service de l'industrie pharmaceutique et dérive pour être un manuel à l'usage des assureurs. La France sera sans doute un des derniers pays à l'utiliser et va continuer à faire de la psychiatrie du visible.

Dans l'esprit des décideurs, le temps est coûteux. Pour l'Institut Montaigne et son satellite FondaMental, les maladies mentales affecteraient près de 20 % de la population chaque année. Ces officines se sont concentrées sur quatre pathologies parmi les plus graves : schizophrénie, dépression résistante, troubles bipolaires et autisme. Elles formulent des propositions concrètes pour contribuer à réduire *les conséquences désastreuses* de ces maladies, tant à l'échelle individuelle que collective. Collective ? En 2016, les dépenses liées aux maladies psychiatriques et à la consommation de psychotropes s'élèveraient à 23 milliards d'euros, sur un budget total de 161 milliards d'euros. Elles représenteraient près de 14 % des dépenses totales et se placeraient comme le premier poste de dépenses par pathologie, devant les maladies cardio-vasculaires (16 milliards d'euros) et les cancers (17,4 milliards d'euros). En 2014, les financiers annonçaient la première place en 2020 : c'est dire comme les mesures sont approximatives. Nous comprenons bien où se trouve le désastre pour les financiers ainsi que leur avidité à trouver des méthodes plus profitables pour eux.

Nous comprenons bien aussi le désastre pour les personnels hospitaliers qui se retrouvent dans des conditions professionnelles éprouvantes pour réduire le coût. L'Hôpital psychiatrique public est vidé de ses soignants dans un esprit mercantile et inhumain. Avec un certain cynisme, ces institutions déplorent un manque de vocation pour la psychiatrie tout en privilégiant l'Intelligence

Artificielle (IA) et en décourageant les psychiatres. L'Institut Montaigne se propose *de mesurer les impacts de l'Intelligence Artificielle sur l'emploi dans le domaine de la santé, ce qui permet d'aboutir à une première estimation du taux de substitution (rapport entre le nombre d'activités considérées comme fortement substituables et le nombre total d'activités du métier) moyen pour l'ensemble des métiers des fonctions de support en santé, qui s'établit autour de 15 % : dans ces fonctions support, ce sont donc environ 40 000 à 80 000 emplois qui pourraient faire l'objet d'une automatisation.* A quand la coupe en règle pour la psychiatrie libérale ? Notre aspect artisanal nous condamne aux yeux des profiteurs.

La psychiatrie cousue main devrait faire place à l'industrialisation des moyens. La disparition des psychiatres se fera avec l'apparition de nouveaux forçats : les IPA (infirmiers en Pratique Avancée). En 25 propositions, l'Institut Montaigne (et son sous-traitant FondaMental) visait à apporter des solutions concrètes pour définir une nouvelle politique de santé mentale. La proposition N°19 évoquait *de développer la surspécialisation d'infirmiers cliniciens spécialisés.* La Fondation a été écoutée par l'État et les premières promotions sont en place. Ces IPA vont se retrouver en psychiatrie avec des missions très vastes pour des salaires misérables. La lutte contre les déserts médicaux se fera avec les déserts salariaux. L'argent de la santé ne profitera qu'à quelques-uns mais ni aux IPA, ni aux psychiatres et ni aux malades. Sans doute aurons-nous à réfléchir dans la collaboration que nous aurons avec les IPA pour les soutenir et préserver nos patients.

La stagnation des honoraires semble faire partie de la stratégie pour pousser les psychiatres à travailler plus vite et quémander des primes à la performance. Les ROSP sont faites avant tout pour acheter des logiciels dont nous deviendrons dépendants. Les logiciels sont comme le matériel agricole. Ils deviennent indispensables et coûteux. Il faudra toujours perdre en indépendance pour quêter des primes. Il est temps de se débarrasser de ces primes indignes et piègeantes qui exigeront toujours plus au détriment des malades.

Il est indispensable que la profession se mobilise pour défendre l'acte de consultation par des honoraires plus dignes. Nous aurons aussi à promouvoir la pédopsychiatrie sinistrée dans une spécialité maltraitée. Il faut arrêter de subir les leçons de psychiatrie données par des professeurs de médecine qui n'ont pas pu faire la carrière dont ils rêvaient car ils se sont retrouvés mal classés à l'internat. Nous pourrions les tolérer s'ils n'avaient pas la prétention de vouloir refonder la psychiatrie en discipline vide de sens. Il serait temps qu'un internat de psychiatrie reprenne sa place pour retrouver une discipline cohérente avec des psychiatres motivés par la relation humaine.

La relation humaine, qui s'établit au fil des consultations, est indispensable aux soins. Il est temps de revenir à des méthodes de soins simples et naturelles. Nous ne pouvons plus accepter que le soin soit bradé par des financiers avides de faire de l'argent sur le dos de la population. La promotion de l'acte de consultation est la garantie de notre indépendance professionnelle et de la préservation d'une psychiatrie de qualité pour nos malades. Nous plaçons pour une psychiatrie écologique en adéquation avec son environnement.

Michel Jurus
Président de l'AFPEP – SNPP

Informations AFPEP–SNPP

Attention Arnaques RGPD ! Mais obligation réelle légale de mise en conformité pour protéger toutes les données personnelles (y compris les dossiers papier)

I. L'arnaque :

Après les arnaques à la mise en conformité d'accessibilité handicapé (on en entend moins parler, mais ça existe toujours), voici l'arnaque à la mise en conformité RGPD !

Des démarchages téléphoniques sont en cours, à grands renforts de menaces de sanctions, alertant sur l'obligation de mise en conformité au Règlement Général sur la Protection des Données.

Une consœur s'est récemment fait avoir, et s'est fait prélever 1000 € par une « société » qui, sous prétexte de protéger les données, a pris le contrôle à distance de son ordinateur, installé « des choses » et s'est directement connecté au compte bancaire pour effectuer le prélèvement !

Au-delà de l'arnaque sur la protection des données, il y a aussi effraction dans un système soumis au secret médical, ce qui est un facteur aggravant bien sûr... et qui est précisément ce dont nous avons à nous protéger !

Refusez systématiquement tout démarchage, surtout s'il est menaçant, s'il se prévaut d'une source soi-disant officielle, et de manière générale, ne donnez accès à une aide à distance de votre ordinateur qu'à des services de confiance que vous avez-vous-même sollicité (télétransmission carte vitale, service de la CPAM, etc...).

Inutile de discuter avec votre interlocuteur : le fait de discuter ne fera que le convaincre que vous doutez. Il faut juste raccrocher, et éventuellement « bloquer » ce correspondant sur votre téléphone portable.

Le site de la CNIL vous précise toutes les informations utiles sur ces arnaques : <https://www.cnil.fr/fr/pratiques-abusives-mise-en-conformite-RGPD-CNIL-DGCCRF>

II. Les obligations réelles :

A noter tout de même, la mise en conformité au Règlement Général sur la Protection des Données est bien une obligation légale, Y COMPRIS VOUS N'AVEZ PAS D'ORDINATEUR. Les données personnelles sur

du papier doivent être protégées, vous devez pouvoir garantir que vous avez tout fait pour qu'elles résistent au vol, au piratage, au feu, et tout autre aléa. En cas de vol ou perte de données, vous êtes responsable de ne pas avoir protégé suffisamment vos données (dossiers médicaux en particulier) et vous devez prouver avec un « registre des activités de traitement » que vous aviez bien anticipé ce risque.

La tenue d'un « registre des activités de traitement » est obligatoire pour les cabinets médicaux. Vous trouverez toutes les informations « simplifiées » sur le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-et-professionnels-de-sante-liberaux-ce-que-vous-devez-savoir>

Au minimum, vous devez verrouiller votre ordinateur dès que vous quittez votre bureau (mettre en place un verrouillage automatique après une durée d'inactivité de l'ordinateur), changer votre mot de passe tous les 6 mois (et tenir un registre montrant que vous avez effectivement fait ces changements).

Les dossiers papiers doivent être dans une armoire fermée à clé.

Concernant la communication par email de données médicales, il est formellement interdit

- d'utiliser vos boîtes email habituelles, tant pour échanger avec un confrère concernant un patient. Il est obligatoire (et très pratique à l'usage) d'utiliser une messagerie email sécurisée pour toute communication concernant un patient, en particulier celle proposée par l'Ordre des Médecins « Mailiz MS Santé : <https://mailiz.mssante.fr/> »

Ce service est gratuit, sécurisé par votre carte professionnelle de santé (CPS), et permet de trouver facilement l'adresse email sécurisée de tout médecin via l'annuaire intégré.

- de communiquer avec les patients via une adresse email... ce qui fait le bonheur de doctolib et d'autres nouveaux « services » payants notamment de téléconsultation, permettant par exemple l'envoi d'une ordonnance de manière « sécurisée ».

III. Conclusion :

Tout ça pourrait certes donner envie de céder aux sirènes des sociétés qui nous démarchent... à ceci près que la mise en conformité doit être renouvelée régulièrement, et que rien ne vous garantit que ces sociétés effectuent un travail de qualité suffisante. La nature même de leur mode de travail est déjà une infraction à la protection des données !

Vous risquez donc de payer une fortune, et de ne pas du tout être aux normes !

En cas de doute, contactez le Syndicat National des Psychiatres Privés (SNPP). Le SNPP est membre de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), qui met à votre disposition les informations nécessaires : <http://www.csmf.org/rgpd-vous-avez-des-regles-respecter>.

Elie Winter

Secrétaire général de l'AFPEP – SNPP

Prise en charge de mineur en cas de séparation des parents

La pratique auprès des enfants, au-delà de ses particularités, comporte une difficulté supplémentaire quand il s'agit d'une aide demandée par un des parents lorsque que le couple est séparé.

Il convient d'emblée de s'assurer que l'adulte qui accompagne l'enfant se trouve bien dépositaire de l'autorité parentale, et se renseigner sur l'accord de l'autre parent. Il convient aussi, au regard de la loi, de demander à le rencontrer, s'il se trouve aussi partager l'autorité parentale, ceci sans omettre d'inscrire dans le dossier de l'enfant que cette démarche a bien été effectuée, avant même que la consultation du second parent soit effective.

En principe, la décision doit être prise en commun par les mères et les pères puisqu'il s'agit d'un traitement médical.

Cependant, selon l'article 372-2 du code civil, un parent peut prendre seul une décision relative à la personne de l'enfant. Ceci signifie qu'il existe à l'égard des « tiers de bonne foi » une présomption d'entente entre les parents et donc que le soignant qui pratique « un acte usuel » peut se contenter, dans ces conditions, de l'accord d'un seul parent.

Il convient donc de définir ce qu'est un acte « usuel » en ce qui concerne notre pratique.

Remarquons que le terme « usuel » ne signifie pas bénin, il recouvre des soins de routine, un traitement d'une maladie récurrente, les vaccinations (qui peuvent cependant donner lieu à contestation par un parent « anti vaccin » ou les soins de maladie infantile ordinaire.

Le terme « usuel » s'applique donc à des soins qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant, et, bien sûr, encore moins son pronostic vital.

Une hospitalisation n'est pas un geste usuel et requiert l'accord des deux parents, il en va de même pour un traitement médicamenteux prescrit pour le long terme.

A défaut d'accord, la non-opposition du second parent, si elle est acquise et vérifiée, permet la prise en charge.

Il n'y a aucune ambiguïté concernant les psychothérapies : même sans prescription médicamenteuse, elles relèvent d'un acte « grave » et non plus « usuel ». Il en va de même pour les consultations pédopsychiatriques, si un parent interdit la poursuite de la prise en charge, celle-ci doit s'arrêter et le fait doit être consigné dans le dossier.

Il ne reste donc que les consultations « ponctuelles » visant à donner un avis sans engagement dans le temps qui puissent être dans le registre de « l'usuel » et se limiter à l'accord d'un seul parent.

Il convient de rappeler aussi que les poursuites ne commencent que si l'un des parents porte plainte, ainsi le conseil de l'ordre départemental, qui reçoit les plaintes, ne peut en aucun cas initier une poursuite dans ce cadre. Une fois la plainte posée à cet échelon, il revient à cette instance d'organiser une réunion de conciliation entre plaignant et psychiatre concerné quand il s'agit d'un praticien exerçant dans le cadre de son cabinet privé.

En situation de conflit entre les parents concernant la poursuite d'une psychothérapie ou sa mise en œuvre, si les avocats, premier recours habituel, n'ont pas réussi à parvenir à un accord, il faut saisir le juge du tribunal de grande instance délégué aux affaires familiales (JAF), qui « veille à la sauvegarde des intérêts des enfants mineurs » pour régler les questions relatives à l'autorité parentale (article 373-2-6) mais ce même JAF peut aussi être saisi par le procureur de la République ou par un tiers, parent ou non, notamment en cas de suspicion de maltraitance, pour statuer sur les modalités de l'exercice de l'autorité parentale. (article 373-2-8).

Concernant l'opportunité d'un traitement médical, le juge aux affaires familiales n'est pas compétent pour l'apprécier.

Ce sera alors au parent, qui craint un danger pour l'enfant notamment pour manque de soins ou soins inadaptés, de saisir le juge pour enfant afin de solliciter une mesure d'assistance éducative.

Enfin, les juges saisis peuvent solliciter, à la demande des parties, une expertise médicale pour rendre leurs décisions.

En pratique, le secret professionnel auquel est soumis le praticien empêche d'établir un certificat concernant la nécessité du suivi de l'enfant.

Cependant, le médecin peut transmettre un certificat médical avec les dates de rendez-vous auxquelles a été reçu le mineur.

Une position plus « militante » consiste à prendre l'enfant en charge même si l'autre parent n'est pas prévenu. Certains pensent que cette position met les enfants en « conflit de loyauté » et qu'elle leur serait en tant que telle préjudiciable.

Le risque encouru par le praticien est alors une plainte du parent non consulté devant les instances ordinaires.

Ce texte vise, au delà de l'information, à initier un débat entre nous.

Claude Gernez

Note sur le secret médical

En fait, pour se souvenir c'est simple.

On n'est compétent qu'en médecine.

* Et pour cela on doit connaître l'histoire de la maladie et donc du patient.

* Il se peut qu'on ait des infos sur ses conditions de vie.

1/ On ne parle de médecine qu'avec des médecins. Pas d'exception.

Parce que les autres n'y connaissent rien et donc ne connaissent pas le langage médical et ne peuvent comprendre ce qu'on dit.

Pas d'exception : c'est donc NIET pour les avocats, les juges (sauf commission rogatoire avec saisie de dossier en présence d'un représentant du conseil de l'ordre, c'est la SEULE exception), les professeurs, les éducateurs, les assistantes sociales...

NB: les médecins conseils sont partie prenante de la prise en charge donc sont autorisés à parler avec nous des soins.

2/ Si on a connaissance d'une maltraitance probable de la part d'un tiers chez quelqu'un de vulnérable (enfant ou personne âgée isolée), on n'a pas le droit d'être seul à le savoir. Exception au secret médical : comme tout citoyen, on a l'obligation de transmettre l'information. Puisque notre responsabilité médicale est engagée, on doit l'assumer à l'écrit, et donc envoyer une « information préoccupante (nominative) » par MAIL ou FAX (puisque du coup ça devient des informations administratives et donc les protections habituelles des données médicales sautent) à la CRIP du département. Si on ne le fait pas, on peut être poursuivi. Mettre le minimum d'arguments médicaux (surtout parce qu'ils peuvent ne pas être compris), et être factuel sur ce qu'on a constaté soi-même.

Si quelqu'un veut savoir ce que l'on pense, si c'est « chaud », on envoie à la CRIP, et eux feront redescendre l'information.

Jérémie Sinzelle

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

N'hésitez pas à vous connecter

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

Évolution de la CSMF

L'Université d'été de la CSMF doit être considérée comme un événement tant sur le plan de la présentation et du format que du renouvellement.

Les interventions se sont déroulées selon le format des tables rondes contradictoires, dont je vais reprendre l'essentiel de ce qui nous importe plutôt que de résumer chacune d'entre elle.

Il importe, à l'heure où d'autres, parmi les généralistes, veulent imposer la forfaitarisation pour toutes les Affections de Longue Durée, de souligner que l'attachement au paiement à l'acte a été réaffirmé comme soutenu par la CSMF surtout dans la branche spécialiste.

A la table ronde portant sur l'accès aux soins, Jean-François Revel, directeur de la CNAM, a précisé que ses services avaient étudié une meilleure rémunération des actes effectués en urgence, mais, considérant que ces actes ne sont ni plus longs ni plus complexes que les consultations banales quelle que soit la spécialité, il n'avait pas estimé devoir changer la nomenclature les concernant. A cette même table ronde, il a aussi été largement question de l'organisation de la médecine libérale en cabinet de groupe, constituant de fait une « entreprise » dont les médecins devront savoir prendre la direction.

Agnès Buzyn, ministre de la santé, n'a pas pu se déplacer comme prévu en raison du débat parlementaire concernant la PMA, son intervention s'est déroulée en visioconférence, puis elle a répondu aux questions en direct. Elle a affirmé que la question des retraites, et donc des 7 milliards de la CARMF, n'était pas tranchée, que le gouvernement s'était donné une année de discussions et rencontres pour trouver une solution satisfaisante pour le corps médical.

Mais le véritable événement de ces journées s'est déroulé durant la table ronde syndicale, où tous les représentants syndicaux avaient été invités ; ceux du SML, pourtant inscrits, n'étaient pas présents. Les syndicats des jeunes ont montré qu'eux non plus n'ont pas su s'organiser de manière unitaire : ils étaient quatre organisations, très participantes, mais ne tenant pas de revendications très différentes les uns des autres.

Patrick Gasser, président de l'UMSPE, a annoncé à ce moment la création de « Avenir spé » syndicat qui s'ouvre à tous, y compris médecins spécialistes en médecine générale, qui veulent y participer. Le but étant notamment de dépasser les clivages entre les centrales syndicales. Cette structure a été largement approuvée par le vote du comité directeur, les critiques des médecins généralistes ont porté sur le risque de conflit entre les deux instances, mais il a été rappelé qu'eux aussi s'étaient organisés en un syndicat, « les généralistes CSMF » sans remettre en cause l'existence de la CSMF en tant que telle.

Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF, a conclu en saluant le nouveau syndicat, et en annonçant une fonction d'aide à la création d'entreprises innovantes dans le domaine de la médecine, en utilisant les différents « savoir » faire de la centrale syndicale.

Ces annonces, en ces temps de désaffection syndicale, gardent aussi en perspective les élections aux Unions Régionales des Professions de Santé qui se tiendront dans 2 ans si la date en est maintenue.

Claude Gernez

La Cour des comptes s'alarme des dépenses « particulièrement dynamiques » d'indemnités journalières en cas de maladie. Que propose la cour des comptes pour arrêter cette dérive ?

Encore une fois, nous ne pouvons que déplorer que les conclusions hâtives de la Cour des Comptes et à l'HAS. Comme d'habitude, les économies visées se feront sur le dos des médecins et des malades.

La CNAM avait été bien plus audacieuse en repérant les entreprises responsables, en reconnaissant enfin des accidents du travail et maladies professionnelles pour causes psychiatriques. Selon les magistrats, les mesures lancées par l'Assurance Maladie seraient *peu efficaces* malgré des campagnes de sensibilisation, une surveillance des gros prescripteurs, des fiches repères avec durées indicatives d'arrêt de travail par pathologie ainsi qu'échange avec des entreprises qui avaient un taux élevé d'arrêt de travail.

Pour *guider* les prescripteurs d'IJ, les juges souhaitent utiliser les référentiels de la Haute Autorité de santé sur la durée indicative des arrêts de travail en fonction des pathologies. En cas de « *dépassement sans justification suffisante de la durée d'arrêt prévue par les fiches repères* », la CNAM devrait pouvoir sanctionner directement en « *réduisant* » le montant de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). La ROSP qui est donc confirmée dans un rôle de moyen de chantage.

La cour des comptes ne semble pas évoquer le durcissement du travail, en particulier dans la fonction publique et dans les hôpitaux. Ni l'augmentation des IJ du fait de restructurations déguisées qui virent parfois à la maltraitance.

Les psychiatres sont confrontés à des demandes toujours plus nombreuses en lien avec le monde du travail. Actuellement une demande sur deux concerne le Burn-out et la maltraitance professionnelle.

Les magistrats et leurs experts auraient eu, sans doute, une audace bien plus judicieuse en préconisant de lourdes sanctions financières pour les entreprises responsables d'une inflation d'IJ et une poursuite pénale pour les dirigeants d'entreprises maltraitantes. Nous pourrions alors espérer sans doute voir un recul significatif des IJ.

Les juges semblent préférer la facilité et ne voir que les conséquences sans s'intéresser aux causes.

Les médecins et les psychiatres ne font que constater les dégâts de la réorganisation du travail en France et agissent en conséquence.

Pour la prochaine étude, la Cour des Comptes serait inspirée de demander l'avis des psychiatres libéraux mais le résultat conviendrait-il ?

Michel Jurus

Le péché originel de la psychiatrie

Article publié dans la Revue Juridique Personnes & Famille (RJFP no10, oct. 2019)

La question de la restriction des libertés des malades mentaux se pose depuis la naissance de la psychiatrie comme discipline médicale, c'est-à-dire selon les historiens de la spécialité depuis la Révolution française. Depuis cette époque, folie et liberté constituent les deux faces indissolublement liées d'une même médaille. Au risque de surprendre le lecteur, nous soutiendrons en ces lignes que la thématique

de la contrainte et de l'enfermement demeure comme une sorte d'impensé de la psychiatrie, presque son point aveugle, son paradoxe essentiel. Nous en prendrons pour preuve la régression permanente de la psychiatrie hospitalière en matière d'isolement, de contention et de contrôle des patients depuis les années 1990, autrement dit depuis l'entrée de la spécialité dans une période « néoaliéniste », qualificatif

dont nous avons précisé la signification électorale dans un ouvrage récent⁽¹⁾. À cet égard, la loi du 5 juillet 2011 réformée le 27 septembre 2013⁽²⁾ a constitué un accélérateur indéniable.

L'inflation statistique permanente des admissions sans consentement en établissement de santé s'accompagne d'une dégradation des pratiques des professionnels de terrain. Ce constat affecte l'ensemble du spectre des dispositions de contrainte. Celui-ci balaye un large éventail de possibilités, allant de l'interdiction des vêtements, du téléphone ou la limitation des visites des proches, jusqu'à la mise sous contention physique, en passant par les restrictions en matière de pratique religieuse ou politique et bien d'autres contraintes encore. Depuis une dizaine d'années, les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de libertés sont tout à fait éloquents sur ce point. Les scandales récurrents relayés par la presse concernant les impressionnantes dérives de divers hôpitaux témoignent de l'actualité brûlante du sujet. Du centre psychothérapique de l'Ain à Bourg-en-Bresse⁽³⁾ jusqu'à l'hôpital psychiatrique d'Évreux⁽⁴⁾ en passant par le CHU de Saint-Etienne⁽⁵⁾, les gros titres se multiplient, doublés de temps à autre par la réaction émue d'un ministre de la Santé ou des autorités de tutelle.

La distinction entre isolement et contention : un impensé

Comment, en effet, aborder autrement que comme un impensé, un scotome fondamental de la psychiatrie, l'amalgame systématique entre contention et isolement ? Les rapports d'experts, les lois, les textes réglementaires ou les articles mélangent presque à chaque fois les deux notions, les confondent et les unissent, comme si attacher un individu aux quatre membres et à l'abdomen sur un lit équivalait à limiter sa liberté de déambulation à une pièce ou un espace clos. La Haute Autorité de santé intitule par exemple « *Isolement et contention en psychiatrie générale* » ses recommandations de bonnes pratiques publiées en mars 2017. Ainsi également de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, dite loi *Touraine*⁽⁶⁾, disposant : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours* ».

Plusieurs arguments forts nous amènent à penser que ces pratiques méritent pourtant une différenciation tranchée, sans laquelle la réflexion ne peut avancer décemment. Isolement et contention constituent à nos yeux des méthodes hétérogènes aux potentialités et aux conséquences radicalement distinctes.

Isoler un patient et limiter ses possibilités de circulation soulève bien entendu de nombreuses questions d'ordre juridique, éthique, clinique, sécuritaire ou sociétal. Nous partageons la conception développée par le psychiatre Jean Oury, selon laquelle la liberté d'aller et venir constitue un préalable à la possibilité même d'un soin en établissement de santé⁽⁷⁾. Pour autant, restreindre cette liberté en isolant un patient nous paraît non seulement occasionnellement défendable, mais peut même s'avérer transitoirement indispensable dans des situations où ledit patient présente un risque élevé de passage à l'acte suicidaire imminent.

A contrario, plusieurs arguments solides nous conduisent à affirmer que les *contentions devraient être bannies en pratique hospitalière quotidienne*. L'usage des contentions mécaniques conduit à une immobilisation complète du corps et des membres loin d'être anodine pour un individu donné, notamment concernant sa santé physique et psychique. Le sujet bascule dans une passivité absolue et une dépendance totale. Il devient redevable de son environnement et des personnes alentour, y compris pour ses besoins physiologiques les plus archaïques. Il est offert aux bons soins, au regard et à la volonté de l'autre. Pour le meilleur et pour le pire.

Aucune étude n'a jamais démontré l'intérêt des contentions physiques comme thérapeutique, pas plus que pour la sécurité des patients ou des services hospitaliers. Simultanément, de graves effets indésirables peuvent découler de leur usage. Plusieurs études ont mis en évidence les conséquences psychologiques délétères, en particulier les traumatismes psychiques liés à l'utilisation des contentions, mais aussi les lésions musculo-squelettiques pouvant en résulter. Plus dramatique encore, il arrive que des patients décèdent des suites de cette pratique. La mort peut découler d'un étouffement⁽⁸⁾ lié à la pression physique des sangles, de l'inhalation du contenu acide de l'estomac, ou bien

(1) Najman Th., *Lieu d'Asile. Manifeste pour une autre psychiatrie*, Odile Jacob, 2015.

(2) L. n° 2011-803, 5 juill. 2011, JO 6 juill. et L. n° 2013-869, 27 sept. 2013, JO 29 sept.

(3) Voir Favereau E., *Psychiatrie, l'enfer derrière les portes*, Libération, 25 mars 2016.

(4) Voir Goanec M. et Michel P., *À Évreux, l'hôpital psychiatrique paye dans la violence le prix de son sous-financement*, Mediapart, 23 juin 2019.

(5) Voir Jacquin J.-B., *Psychiatrie : des traitements inhumains à l'hôpital de Saint-Etienne*, Le Monde, 1^{er} mars 2018.

(6) L. n° 2016-41, 26 janv. 2016, JO 27 janv.

(7) Oury J., *La psychothérapie institutionnelle. De Saint-Alban à La Borde*, Éditions d'une, 2016, p. 18.

(8) Voir AFSSAPS, *Rapp.*, 28 févr. 2011, *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*.

encore des suites d'une phlébite et d'une embolie pulmonaire. Les contentions peuvent tuer. Ce n'est pas le cas de l'isolement.

Nous n'hésiterons pas à affirmer l'existence d'un certain tabou sur ce sujet dans la psychiatrie d'aujourd'hui, étant donné l'absence de statistiques concernant des effets indésirables aussi tragiques. Quel médicament, quelle autre méthode « de soins », disposerait dans notre pays d'une autorisation d'usage par les instances concernées sans qu'une évaluation précise des conséquences soit mise en œuvre ?

Il n'est pas indifférent qu'un pays comme l'Islande ait tout bonnement aboli l'usage des contentions de sa psychiatrie hospitalière depuis 1932, suite aux initiatives du psychiatre islandais Helgi Tómasson⁽⁹⁾. Une telle réforme implique bien entendu une remise à plat de l'organisation des soins. Mais elle indique aussi la possibilité d'une évolution des pratiques que la majorité des psychiatres et des infirmières de notre pays considère comme impossible. En France, plusieurs équipes, peu nombreuses au demeurant, ont déjà décidé d'exclure cette méthode extrême, localement, à l'échelle d'un service. Elles prennent pourtant en charge les mêmes pathologies, les mêmes problématiques que les autres. Les professionnels opèrent une forme de franchissement subjectif dès lors qu'ils refusent l'inacceptable. À partir de cette position éthique et clinique s'ouvrent de nouvelles questions, du côté de la recherche de dispositions alternatives à l'usage des contentions. Une telle hétérogénéité des approches thérapeutiques entre les services hospitaliers n'est pas sans soulever une question de fond. Elle est à nos yeux l'un des révélateurs d'un non-dit et d'un impensé fondamental concernant la psychiatrie.

La psychose prête le flanc à la maltraitance

Ce trou symbolique, cet espace resté vacant dans la conceptualisation des pratiques psychiatriques interroge selon nous la conception même de la maladie mentale. La grande majorité des patients admis en hospitalisation souffre de diverses pathologies regroupées le plus communément sous le terme de « *psychose* ». La psychose est ainsi venue se substituer dans le vocabulaire des professionnels à ce que le langage populaire qualifie usuellement de « *folie* », les médecins ayant eux-mêmes adopté successivement les mots « *d'insensé* » sous l'ancien Régime, puis « *d'aliéné* » à partir de la création des asiles, à l'orée du XIX^e siècle. De nos jours, le diagnostic de schizophrénie est devenu la catégorie de psychose de loin la plus usitée pour les malades hospitalisés, en particulier pour ceux soumis à des pratiques de contraintes. Ces patients souffrent

notamment d'idées délirantes et d'hallucinations le plus souvent auditives, c'est-à-dire verbales.

Il est, à nos yeux, peu probable de développer un accueil convenable de ces patients en institution si l'on ne prend pas en compte une donnée cardinale de la problématique psychotique : la *psychose prête le flanc à différentes formes de maltraitance*. La formule peut surprendre, mais elle relève d'un constat clinique à la portée de chaque praticien exerçant à l'hôpital.

Le modèle psychanalytique amène à concevoir la maladie mentale comme relevant de la répétition d'une expérience première fondatrice. Dans le cas de la schizophrénie, ce moment matriciel a été perçu par le futur patient comme un temps d'insécurité psychique profonde. C'est pourquoi les malades mettent à l'épreuve, de façon récurrente, des questions de sécurité. De nombreux patients tendent la main au personnel soignant pour se faire malmener. Ils conduisent les professionnels vers des pratiques de maltraitance, à leur insu, sans jamais s'en rendre clairement compte, car ils ont ressenti dans les instants premiers de leur existence, le douloureux sentiment d'être psychologiquement voire physiquement menacés. Ils ont, à tort ou à raison, interprété cette situation première comme empreinte de malveillance. Ils dupliquent ainsi les circonstances inaugurales de leur vie, au cours des épisodes critiques de leur maladie, comme si la réédition de l'expérience originelle allait permettre d'en corriger les aspects dommageables. Ce faisant, si les professionnels restent dupes de ces mécanismes, ils risquent d'être eux-mêmes happés, avec leurs patients, vers des mesures de plus en plus contraignantes, de plus en plus sécuritaires, dans une surenchère sans limite, pouvant mener aux contentions physiques et même au-delà, le cas échéant jusqu'à l'inéluçable.

Voilà probablement le refoulement premier de la psychiatrie, son péché originel, son aspect de plus en plus oublié dans les formations comme sur le terrain, le plus écarté des conceptualisations modernes : la dimension de l'inconscient à l'œuvre non seulement dans l'attitude des patients psychotiques, mais aussi dans celle des soignants. Dans ces circonstances, une jouissance inconsciente est palpable, tant du côté des professionnels que du côté du public admis à l'hôpital psychiatrique. Cette jouissance apparaît comme le concept jumeau de celui d'inconscient. Il prolonge la découverte freudienne en même temps qu'il la complète, renouvelant les hypothèses psychanalytiques sur la pulsion de mort. Cette jouissance masochiste n'entretient aucun lien de parenté ni avec le plaisir, ni avec l'extase, pas plus qu'avec une quelconque volonté consciente de nuire. Cette jouissance exerce une contrainte sur

les patients, à la mesure des dispositions de contrainte que les services hospitaliers développent en miroir sur ces mêmes patients. Il est possible que cette notion de *jouissance*, particulièrement reprise et développée par les élèves du psychanalyste Jacques Lacan, puisse choquer certains lecteurs non avertis. Nous postulons, à tout le moins, une corrélation intime entre la réaction épidermique, voire le refus de ce concept, et le constat d'un impensé dans la réflexion sur l'enfermement et les restrictions de liberté. Ce rejet d'une jouissance inconsciente est articulé au refoulement de la question de la contrainte psychiatrique et de ses conséquences fâcheuses.

Il existe cependant bel et bien, qu'on le veuille ou non, des phénomènes de jouissance masochiste sous-jacents aux épisodes pathologiques de nos patients attisant des processus analogues chez les professionnels. Voilà pour quels motifs les patients prêtent si souvent le flanc à des attitudes confinant à diverses formes de maltraitements institutionnelles. Il n'est pas rare que les professionnels se laissent ainsi piéger par la maladie et le contexte asilaire. Le piège se referme lorsque les soignants ne démêlent pas suffisamment la logique de la psychose, à travers leur formation, à travers leurs réunions institutionnelles et leurs élaborations théorico-cliniques collectives et individuelles.

Les soignants, des experts en désescalade ?

À cet égard, il n'est pas neutre qu'un service hospitalier de psychiatrie cumule en son sein, par vocation, de nombreux facteurs propices à l'agitation, à l'agressivité et à une bascule dans la violence. Tout est réuni pour qu'un engrenage délétère s'enclenche dans une direction contre-productive du point de vue des soins et de la sécurité.

Une telle institution a, en effet, pour mission d'admettre en un même lieu plusieurs individus en crise subjective aiguë, en pleine déconstruction existentielle et identitaire, dans un espace clos, à temps plein, de jour comme de nuit, parfois sous le coup d'une mesure de contrainte légale, donc contre leur propre volonté. Les risques en matière de sécurité psychique, de sécurité matérielle et physique, sont donc poussés dès le départ à leur acmé. Les coordonnées du passage à l'acte sont posées d'emblée, dès l'entrée à l'hôpital. De nombreux patients arrivent envahis d'angoisse, d'hallucinations et d'idées délirantes plus ou moins structurées. Une forme d'agitation est donc déjà là. Il s'en faut de peu pour basculer dans la violence.

Les professionnels de la psychiatrie doivent dès lors se montrer, avant toute chose, des experts en prévention du passage à l'acte ainsi qu'en matière de désamorçage des situations tendues. Si l'on admet, conformément à une perspective psychanalytique, que la psychose

peut être définie comme un processus de rupture du lien à l'autre, du lien social, la mission des soignants relève d'une gageure. Le travail thérapeutique vise en effet à injecter de l'humain au cœur d'un processus déshumanisant, à la façon d'un d'alchimiste cherchant à transformer du plomb en or. Les équipes soignantes s'attellent à développer une relation humanisée là même où celle-ci est la plus menacée. Il s'agit d'instaurer un lien de confiance dans le cadre d'une pathologie générant méfiance et sentiment de persécution.

Dans ce contexte, il n'est pas rare qu'un patient soit perçu comme « dangereux », c'est-à-dire au seuil de la violence. Quelle démarche les soignants peuvent-ils alors adopter ? À nos yeux, le modèle heuristique en l'espèce consiste à concevoir le binôme soignant-soigné comme situé sur une ligne de crête. Cela signifie que le comportement dudit patient peut déraiper vers un passage à l'acte destructeur, comme il peut tout autant, à partir de petits riens, glisser vers un apaisement, un désamorçage salutaire, et même une relation de confiance avec les soignants. C'est pourquoi cette notion de ligne de crête mérite d'être hissée à la hauteur d'un concept de la psychiatrie, tout comme cette idée de « *petits riens* » subtils au cœur d'un équilibre précaire. En psychiatrie, l'essentiel se joue souvent dans les interstices.

Face à un individu angoissé et impulsif une simple proposition de promenade dans un parc – comme il en existe dans tous les hôpitaux –, de modification d'activité ou d'écoute attentive, peut parfois suffire à désamorcer une situation crispée, là où un accroissement de mesures sécuritaires peut mener à une surenchère de violence, et même au pire. Une fraction de seconde, un détail infime dans l'attitude ou les dispositions adoptées peut ainsi favoriser une bascule d'un côté ou de l'autre, comme si violence et humanité pouvaient muter l'une en l'autre en fonction d'une alchimie subtile. Le même patient, la même situation peut connaître des orientations aussi antinomiques du fait que le malade n'est pas dangereux en lui-même. La dangerosité n'est pas constitutionnelle. Elle relève d'un processus. Le malade est emporté, comme les professionnels qui l'accompagnent, dans un mouvement comportant des risques de dérapage. Ce processus implique des étapes successives et des facteurs influant sur le cours des événements.

Le collectif soignant copie parfois les mécanismes de la pathologie

Une réflexion approfondie sur la désescalade et l'apaisement de l'ambiance est ainsi consubstantielle à l'élaboration du soin lui-même en établissement de santé⁽¹⁰⁾. Une carence d'élaboration en la matière peut

(9) Conférence du psychiatre islandais Pall Matthiasson du 14 mars 2017 lors de la journée du CCOMS à Paris, intitulée *Contrainte et liberté en psychiatrie : des expériences, des résultats*.

(10) Najman Th., *La liberté. Une dimension du soin*, in *Pratiques en santé mentale*, n° 3, sept. 2016, p. 11 à 15.

amener le collectif soignant à mimer, ni plus ni moins, les mécanismes de la psychose. Il s'agit là d'un des phénomènes des plus singuliers et des plus significatifs de la dynamique inconsciente des équipes lorsqu'elles sont gagnées – comme les patients – par l'angoisse ou un sentiment d'insécurité. Comme les patients, elles peuvent ressentir la pathologie comme une menace à leur organisation et leur intégrité d'équipe.

Les mesures d'isolement ou de cloisonnement dupliquent ainsi dans la réalité concrète d'un hôpital les mécanismes psychiques de clivage à l'œuvre chez les malades. Les murs des bâtiments hospitaliers ou les sangles sur les lits reproduisent alors les barrières psychiques, mais dans l'environnement du patient. L'installation de caméras ou la mise en place d'œilletons sur les portes des chambres viennent matérialiser les phénomènes de persécution paranoïaque de nombre de patients. Le sentiment d'être observé et surveillé trouve là une traduction tangible, venant parfois confirmer ou nourrir les idées délirantes.

Lacan avait avancé en son temps que dans la psychose, « *ce qui n'est pas venu au jour du symbolique apparaît dans le réel* »⁽¹¹⁾. C'est exactement ce que nous observons ici, mais à travers un cheminement par le collectif soignant. Paraphrasant le célèbre psychanalyste, nous pourrions dire que ce qui n'a pas été suffisamment élaboré et symbolisé par la réflexion des professionnels fait retour dans la réalité des dispositions adoptées par les soignants. Ce qui est rejeté de l'inconscient des patients devient un impensé du côté des soignants. Ces derniers, empruntant alors des mécanismes propres à la psychose, mettent en œuvre des contraintes aussi puissantes que peuvent l'être les injonctions hallucinatoires de la psychose.

Pour le dire autrement, la psychose se révèle congruente à la logique sécuritaire développée par de nombreuses équipes, en tant qu'elle constitue elle-même une réaction de défense face à une menace ressentie.

Les libertés fondamentales marchent de concert

Les équipes de psychiatrie ne mesurent pas toujours qu'une négligence concernant les droits des patients finit tôt ou tard par impacter les droits des professionnels eux-mêmes. Les libertés fondamentales ne se découpent pas. Elles sont solidaires les unes des autres, comme les cinq doigts de la main. L'atteinte de l'une d'entre elles entraîne inexorablement, à nos yeux, des répercussions progressives sur le vaste ensemble qu'elles constituent, au fondement même de la conception moderne des démocraties.

Les libertés fondamentales ne se découpent pas, car la liberté d'expression ne peut se déployer décemment sans une liberté de réunion. Quant à la liberté de réunion, il n'est guère possible de l'envisager sans une liberté d'aller et venir. Et ainsi de suite pour l'ensemble des droits fondamentaux. C'est pourquoi le mot « libertés » ne peut s'orthographier qu'au pluriel.

De telles considérations prennent une tournure particulière transposées dans l'écosystème hospitalier et dans la réflexion sur le soin. Ainsi, c'est parce qu'il ne peut exister d'inventivité ni de créativité authentiques sans libertés préalables, qu'aucun soin digne de ce nom ne peut être proposé sans une attention soutenue aux droits des patients comme à ceux des professionnels. Le soin psychique, corrélatif des différentes formes de psychothérapie, requiert une liberté de pensée comme une liberté d'expression et une liberté d'opinion, ainsi qu'un travail permanent sur l'ensemble de ces dimensions de la vie psychique et de l'humanité de l'homme.

Dans cette perspective, il convient de souligner l'articulation intime entre les libertés des patients et celles des professionnels. La liberté des uns ne va pas sans celle des autres. Le moins que l'on puisse dire est que cela ne saute pas aux yeux de certaines équipes de soins. Il s'agit pourtant d'une réalité indéniable si l'on prend au sérieux la signification profonde du mot liberté, en ses fondements philosophiques. Ce postulat se révèle d'autant plus vrai que l'on tente d'imaginer un soin au-delà d'une action biologique pure. La liberté des soignants marche avec la liberté des patients parce que le processus de soins relève de mécanismes subjectifs analogues, et d'une énergie créatrice de même nature. Dans un contexte de réformes des organisations hospitalières et de l'arrivée de nouvelles formes de *management public* depuis les années 90, les professionnels des hôpitaux se sentent de plus en plus souvent menacés dans leurs libertés de travail, dans leurs choix d'outils théoriques par exemple.

Voilà pour quelles raisons les soignants devraient se montrer vigilants, et de la plus extrême prudence, avec tout ce qui entoure les libertés fondamentales des patients. Lorsque les professionnels de la psychiatrie ne manifestent pas une attention des plus rigoureuses aux libertés des malades, tôt ou tard, ce sont les libertés des soignants eux-mêmes qui se trouvent entravées, écornées et menacées, dans un mouvement de retour inéluctable.

Thierry Najman

*Psychiatre, Paris, ancien chef de pôle hospitalier,
auteur de *Lieu d'asile*.*

Manifeste pour une autre psychiatrie (Odile Jacob, 2015)

(11) Lacan J., Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la « Verneinung » de Freud, in *Écrits*, Seuil, 1966, p. 388.

Eskétamine : nouvel antidépresseur en spray nasal !

Le laboratoire Janssen Cilag met prochainement sur le marché une toute nouvelle sorte d'antidépresseur à base d'eskétamine. Cette molécule (énantiomère S de la kétamine), initialement utilisée en anesthésie, est connue pour ses effets psychiques, notamment pour ses détournements d'usage comme stupéfiant. Il s'agit donc d'une toute nouvelle famille thérapeutique avec ses modalités particulières, notamment via des ordonnances sécurisées.

L'AMM du produit est très encadrée : nombreuses contre-indications somatiques (ATCD AVC, cardiaque, de manie, de psychose, thyroïdiens...), interactions médicamenteuses...

L'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) indique : « Traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs différents de deux classes différentes au cours de l'épisode dépressif actuel modéré à sévère, chez des adultes présentant une contre-indication à l'électroconvulsivothérapie (ECT) ou n'ayant pas accès à l'ECT ou étant résistants à l'ECT ou ayant refusé l'ECT. ESKETAMINE JANSSEN doit être co-administré avec un nouvel antidépresseur (AD) par voie orale. »

Nous rappelons qu'il est certes possible de prescrire hors AMM, mais qu'il faut pouvoir le justifier, ce qui n'est pas possible sans aucun recul sur le médicament. Ceci est d'autant plus vrai avec des patients qui seraient très demandeurs d'un nouveau traitement dont ils ont entendu parler. Nous vous appelons donc à respecter scrupuleusement l'AMM, et à bien vous renseigner sur le produit avant de le prescrire, y compris quand il s'agit d'un renouvellement.

Nous appelons donc nos adhérents à nous faire part de leurs retours d'expérience sur leurs premiers usages de ce produit, et à faire des déclarations de pharmacovigilance si besoin en parallèle. Merci de nous indiquer les données nécessaires pour comparer les situations : âge du patient, tentatives de prises en charge précédentes, intensité et durée de la dépression, éléments psychopathologiques en jeu, etc.

Elie Winter

Appel à cotisation

Chères Conscœurs et Confrères,

L'AFPEP-SNPP représente les psychiatres d'exercice privé, c'est-à-dire ceux installés en libéral, en clinique ou travaillant dans le médicosocial. De multiples réformes apparaissent ou de nouveaux métiers émergent tels les Infirmiers en Pratique Avancée, les Assistants Médicaux. Elles sont portées par un gouvernement qui a une vision hospitalière de notre métier, le psychiatre devenant une sorte de manager d'équipe mais sans équipe au sens d'un travail commun, tout cela uniquement pour répondre à une injonction, réguler le flux des demandes en souffrance des patients.

Tout cela semble bien loin de la conception de notre métier, tel que la plupart d'entre nous l'ont choisi, au plus près du dialogue singulier avec chaque patient. Il faut nous adapter au prétexte de modernisation de la société, mais ce n'est pas être loin des impératifs de la société que de questionner ce qui fait société, ce qui la défait comme le montre l'explosion de la souffrance au travail. Notre gouvernement semble enfin avoir pris conscience de la nécessité de recevoir les « corps intermédiaires » dont nous faisons partie, comme en témoigne notre rencontre avec Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie.

Les différentes instances, où nous siégeons, nous permettent de mesurer l'importance d'y porter et représenter notre profession. L'AFPEP-SNPP repose sur le bénévolat. Autant d'autres représentants syndicaux, hospitaliers, peuvent se rendre libres sur leur temps de travail, autant chacun de nos représentants prend sur son travail et donc sur sa rémunération pour défendre notre conception humaniste de la psychiatrie.

Pour que cette représentation syndicale perdure nous avons besoin de votre adhésion et pas uniquement financière pour vous défendre et défendre notre conception du métier.

Béatrice GUINAUDEAU
Trésorière AFPEP-SNPP

Le mot du rédacteur

Vous recevez encore une fois ce BIPP 76 qui, à raison de 3, puis 2 numéros par an, vous est adressé gracieusement depuis de nombreuses années. Digne successeur du bulletin Dire et agir, le BIPP est devenu, au fil des ans, une revue à part entière. Au vu de vos commentaires, il a réussi à atteindre son but : informer sur le plan syndical et sur le plan scientifique, publier des articles de fond, réaliser des dossiers spéciaux au fil de l'actualité et des préoccupations des psychiatres, suivre les formations actuelles avec un éclectisme de plus en plus large, et permettre à chacun(e) de publier un article dans la section tribune libre. Tout cela représente un énorme travail réalisé par les membres bénévoles du comité de rédaction qui ont fait le choix de s'engager dans cette transmission et cette volonté de partage professionnel.

Aujourd'hui, nous songeons à la refonte de nos publications, nos revues papier BIPP et Psychiatries et nos publications dématérialisées via le site AFPEP SNPP. Pourquoi ?

La bonne conscience hypocrite nous ferait dire pour un motif écologique, mais les vraies raisons sont ailleurs : le coût financier de plus en plus important des publications papier, l'évolution de nos pratiques de lecture avec une facilité accrue de la lecture dématérialisée, y compris associée à la vidéo, ce que notre site Internet permet. Nous réfléchissons à la fusion des deux revues sur un mode qui reste à définir, sachant que nous tenons autant à Psychiatries, revue historique de l'AFPEP, qu'au BIPP, revue historique du SNPP.

Rien n'est encore décidé, et votre avis, chères lectrices, chers lecteurs, nous intéresse.

Autre sujet, et non des moindres, nous sommes à l'aube du Jubilé de l'AFPEP, 50 ans d'engagements et d'actions pour défendre une psychiatrie clinique à visage humain, une psychiatrie de la rencontre qui ne

se refuse pas pour autant à la science et à l'évaluation, mais pas n'importe lesquelles. Et il faut le dire, nous jubilons de moins en moins. C'est d'ailleurs le sujet de notre dossier spécial dont la première partie est publiée dans ce numéro.

Il n'en reste pas moins que nous allons fêter dignement ces 50 ans. Dignement, pour l'AFPEP SNPP, cela signifie faire la fête, ce qui sera le cas lors de notre Journée de printemps à Reims, le 21 mars 2020, mais aussi de nos Journées Nationales à Arles du 2 au 4 octobre 2020. Mais cela signifie aussi, engagement oblige, un retour éclairant sur le travail accompli, sur l'histoire de l'AFPEP SNPP et de la psychiatrie privée. Ni nostalgie, ni « c'était mieux de notre temps » d'anciens combattants, n'en déplaise à certain(e)s, mais une recherche réalisée par les jeunes psychiatres de l'AFPEP SNPP sous la houlette de Jérémie Sinzelle, notre historien en chef.

Dernier point avant de vous laisser lire ce BIPP, nous aimons, nous avons besoin d'échanges et de réflexions en commun avec les psychiatres, les internes et les autres professionnels de la psychiatrie. Nos articles, qui ne craignent pas ni la polémique ni l'adversité, sont là aussi pour susciter une vraie discussion, et même la dispute au sens constructif de celle-ci.

Ceci est une invitation, et je la réitère à chaque numéro, pour vous inviter à nous adresser courriels et lettres, en nous précisant si vous souhaitez une réponse personnalisée, ou que ce soit publié. Il n'est pas indispensable d'être adhérent de l'AFPEP SNPP pour profiter de ces échanges et d'une publication, mais votre adhésion représente un soutien considérable, tant sur le plan financier pour poursuivre nos actions que sur le plan du partage d'expérience.

Thierry Delcourt

Annnonce-information de l'ODPC – PP

Le point sur 2019

Le bilan de l'année 2019 est un peu mitigé, car si l'intérêt et la qualité des sessions que nous avons programmées ont été de haut niveau comme toujours depuis la création de notre association odpcpp, la fréquentation a été moins soutenue qu'auparavant. Pour expliquer ce constat, ont été remarqués plusieurs

facteurs convergents, ayant comme effets de réduire le nombre d'inscription et de dissuader ceux qui le pourraient de participer aux sessions.

En premier lieu l'augmentation importante des départs en retraite de consœurs et confrères, phénomène de grande ampleur et largement perceptible cette

année, et qui va se maintenir encore quelque temps ; s'y associe la trop faible quantité de psychiatres nouvellement installés en libéral, mais il semble que ce phénomène tende à diminuer, notamment à cause de la dégradation catastrophique des conditions de travail et des attaques répétées contre l'éthique en psychiatrie publique. Celles-ci en effet incitent les psychiatres souhaitant travailler dans de meilleures conditions à se tourner vers l'exercice privé en cabinet. Toutefois les praticiens ayant récemment quitté les structures collectives (hôpital, CMP...) ne ressentent le plus souvent la nécessité de la formation continue en DPC qu'après plusieurs années de pratique privée ; ils ne viennent donc pas rapidement grossir les rangs des participants aux sessions dans leurs premières années d'exercice libéral.

Par ailleurs, les collègues désireux de s'inscrire à des formations en 2019 ont pu être dissuadés, voire empêchés, par d'autres faits. D'une part, l'absence de vérification par les autorités de tutelle d'une pratique, pourtant présentée comme obligatoire, et dont la non réalisation ferait encourir des risques voire des sanctions ; comme il n'en est rien, et que ceci est de notoriété publique dans la profession, de nombreux médecins (de toutes pratiques et spécialités) préfèrent conduire leur formation continue selon des affinités et des critères personnels ne les faisant pas passer obligatoirement par les circuits reconnus par l'ANDPC. Ils ne s'adressent donc pas à des associations telles que la nôtre.

D'autre part, le fonctionnement de cet organisme officiel, particulièrement irrégulier et difficile à comprendre cette année, a provoqué un surcroît des complications administratives à des praticiens déjà surchargés de tâches de ce type.

Cette désorganisation de l'ANDPC a d'ailleurs eu des conséquences scandaleusement dommageables sur l'organisation de certaines sessions : alors qu'il avait déjà fallu les années précédentes que notre association s'habitue à une longue attente pour obtenir la validation administrative des programmes, nous avons été contraints, à partir du printemps, d'attendre le feu vert jusqu'à quelques jours seulement avant la date prévue de tenue des sessions.

Les services de cet organisme, complètement saturés de travail et manifestement en sous-effectif, voire en insuffisance budgétaire, ont été incapables, pendant toute une partie de l'année, d'accomplir correctement leur tâche. Outre le mépris que cela signifie, envers les

organiseurs (artisans bénévoles en ce qui concerne l'ODPC-PP) et les participants, ce fonctionnement nuit gravement au maintien d'une qualité des formations, ce qui est pourtant une part essentielle de sa mission. En effet, le manque de sérieux que cela manifeste dans la tenue des dossiers de validation par la tutelle fait logiquement naître un doute sur la nécessité de s'y soumettre et favorise un désinvestissement pour cette forme de travail ; bien que les praticiens soient en général constamment intéressés à se former et se perfectionner sur des sujets très variés, touchant à leur exercice.

Nous avons eu aussi à subir un refus catégorique de reconnaissance d'intérêt formateur par l'ANDPC, d'une session qui pourtant portait sur un sujet situé au cœur de la pratique d'un médecin libéral : *la rédaction des certificats médicaux*. Le refus a été d'autant plus choquant qu'il ne nous a été signifié que quelques jours avant la date prévue, et qu'il a été impossible d'argumenter auprès de l'organisme sur ce que nous pensons être le bien-fondé de cette formation. Mais, et un tel phénomène ne surprendra pas les psychiatres, entraînés à constater que la butée sur une impossibilité peut être suivie d'un succès, nous avons constaté que cette session non validée par l'ANDPC a néanmoins réuni une quinzaine de participants (sur la vingtaine prévue) ; ceci prouve que l'intérêt pour les sujets choisis et pour le mode de travail en commun l'emporte sur d'éventuels calculs de cumul de points de validation ou d'indemnisation financière ; cela montre également que le choix des sujets, hors du passage sous les fourches caudines des conceptions labellisées par l'HAS, peut susciter l'approbation et la participation des collègues en exercice. Ceci met une fois de plus en évidence, s'il était besoin de le vérifier, que les contraintes de choix de sujet et de mise en forme des formations continues des médecins imposées par la tutelle ne sont pas l'alpha et l'oméga de ce qui est jugé utile, voire nécessaire, par les praticiens cliniciens engagés quotidiennement dans la relation à visée thérapeutique avec les malades.

En 2019, les thèmes abordés ont été variés : la psychosomatique, les pratiques de prescription en psychiatrie, les souffrances au travail, la réflexion éthique dans les pratiques complexes, la souffrance au travail des médecins libéraux, la perte d'autorité au cours des ruptures de traitement, les relations entre autorité éthique et psychiatrie. Et la rédaction des certificats médicaux, mais donc non labellisée par la tutelle.

Nos projets pour 2020

Nous avons, comme c'est courant depuis maintenant plusieurs années, très peu de visibilité sur l'avenir de la formation médicale continue, même à brève échéance.

Nous nous attendons désormais à des modifications des règles de fonctionnement en cours d'année, tant le fonctionnement des années passées nous a fait connaître d'imprévus. Deux raisons principales à cela : le chantier toujours en cours sur la recertification, qui intégrera probablement la formation continue dans son cursus, mais sans que l'on sache encore précisément de quelle façon ni dans quels délais, et la dimension insuffisante du budget alloué annuellement à la formation des professions de santé.

Une nouveauté tient à la publication récente par l'ANDPC, de nouvelles orientations pour une période de deux ans ; les orientations définissent le cadre conceptuel auquel une formation doit être référée par ceux qui la conçoivent et l'organisent, pour qu'elle soit validée par l'organisme de tutelle. Ces orientations ont été, cette fois, élaborées de façon à définir des contenus plus proches de la réalité de la pratique des médecins libéraux.

Ceci n'a pu d'ailleurs se faire, il faut le signaler au passage, que grâce à l'engagement résolu de certains d'entre nous dans la fabrication et la rédaction de quelques-unes de ces orientations, spécifiquement destinées aux psychiatres.

Donc, en cohérence avec l'esprit animant notre partenaire l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (AFPEP), nous avons décidé d'organiser en 2020 une quinzaine de sessions. Quelques-unes ayant déjà été tenues et ayant suscité intérêt et satisfaction de la part des participants seront reconduites, concernant divers domaines : *les souffrances au travail, la prescription des psychotropes, les implications éthiques dans la pratique psychiatrique, la souffrance des médecins libéraux, la psychosomatique, les paradigmes impliqués dans les soins aux personnes alcooliques, les comportements à risque à l'adolescence.*

S'y ajouteront des formations sur des thèmes qui sont également souvent rencontrés dans la pratique courante ou qui peuvent l'être : *l'accueil des migrants, réfugiés et demandeurs d'asile ; la précarité ; la médicalisation de l'échec scolaire ; les préventions primaire et secondaire chez l'adolescent ; la radicalité (et la radicalisation) ; les soins sous contraintes ; l'expertise psychiatrique.*

De plus, toute autre idée émanant d'un lecteur sera la bienvenue, pour être suivie d'une élaboration en commun avec l'équipe des concepteurs de l'ODPC-PP.

D'autre part, le bureau de notre association travaille afin de pouvoir proposer en 2020 un autre type de formations, sous le label du Fond d'Action et Formation (FAF), dont le fonctionnement diffère du DPC et permet d'aborder des sujets complémentaires, non inclus dans les domaines définis par les orientations de l'ANDPC.

Nous souhaitons vous recevoir nombreux dans les formations que nous organisons, dans cet esprit inventif et participatif qui nous est cher. Ces temps d'échange en présentiel entre pairs et "experts", psychiatres en exercice et autres professionnels issus de champs conceptuels variés, sont très bénéfiques. Ce mode de travail favorise non seulement la mise à jour et le développement des connaissances qui nous sont toujours nécessaires, mais également la constitution et l'entretien d'un tissu relationnel, voire associatif, très utile (pour chacun et pour notre discipline) dans cette période où les attaques contre une conception humaniste de la psychiatrie se multiplient et trouvent chaque jour plus d'écho auprès du public et de certains décideurs.

Olivier Brunschwig
Secrétaire général ODPC-PP

Je tiens à remercier particulièrement Olivier Brunschwig, notre Secrétaire général ODPC-PP qui a abattu un travail de forçat cette année, souvent dans l'urgence, compte tenu de tous les obstacles que nous avons rencontrés, et qu'il vous décrit ci-dessus. Avec l'aide de Rania Gard, notre collaboratrice, on peut tout de même dire que cette année 2019 est couronnée de succès, au vu de votre présence avec nous et de vos commentaires souvent positifs après nos sessions.

Que vive 2020 et de nouveaux projets particulièrement attractifs !

Thierry Delcourt
Président de l'ODPC-PP

Bulletin de l'AFPEP

Impressions Journées Nationales Biarritz

Les Journées Nationales de l'AFPEP-SNPP sont une manifestation rare dans le panorama psychiatrique, tant dans son déroulement que dans son positionnement éthique, et celles de Biarritz auront été pour moi parmi les premières occasions d'entrer dans ce que j'aurai personnellement décidé comme orientation de travail dans le métier et la profession que j'exerce en tant que psychiatre.

En effet, jusqu'alors interne puis psychiatre hospitalier, j'avais toujours bénéficié du budget hospitalier dédié à la formation nécessaire à tout médecin pour rester « à la page » au niveau scientifique et pour entretenir un réseau de connaissances permettant d'asseoir une facilité pour le travail clinique ou pour la recherche. Ces décisions se sont faites au gré du vent, par des propositions diverses faites par les amis pour les accompagner mais sans réel engagement de ma part (cela ne voulant pas dire que je n'étais pas intéressé, mais disons que je n'étais pas pro-actif dans la décision de me rendre à telle ou telle manifestation scientifique).

Parmi mes différentes expériences, j'ai fréquenté divers congrès de différentes associations d'obédiences contrastées, parmi lesquelles les Journées de l'AFPEP qui se tinrent à Lille (en 2017) et telle une Annonciation païenne, quand il se fut agi de décider quelle serait ma chapelle en tant que psychiatre où évoluer et avec qui partager les joies et les peines de notre travail quotidien à sans cesse remettre sur le métier, ce fut assez spontanément que je pensai et acquis, de mon propre investissement, mon inscription aux Journées de Biarritz.

Le thème « Autorité et perte de reconnaissance » étant terriblement dans l'air, je craignais et ne voulais pas entendre ce que l'on constate partout dans le champ social (il suffit de se connecter sur n'importe quel réseau social pour observer avec un certain étonnement la façon péremptoire avec laquelle l'autorité peut s'exercer qui, sous couvert d'anonymat, dévoile les forces pulsionnelles tyranniques et sadiques qui animent les interventions des interlocuteurs) ou dans le champ politique (bien qu'en mon for intérieur j'admette bien la dégradation des conditions de vie dans lesquelles notre métier se paupérise, et n'ose imaginer ce que les plus anciens déplorent quand ils mesurent la qualité de travail il y a quelques décennies avant je n'exerce moi-même). J'en fus détrompé, et assez heureusement, je dois avouer.

J'ai personnellement retenu trois moments saillants et qui m'ont parlé, là où j'en suis actuellement de mon exercice : en effet, je crois que l'on ne peut entendre et intégrer une notion que lorsque la place pour l'y accueillir est déjà formée - ainsi, ne seront en rien minorées les interventions de l'éminent sociologue Luc Boltanski ou du vif Patrice Charbit, mais il faudra assurément une seconde écoute pour une appropriation propre à mon fonctionnement.

D'une part, Michel Jurus qui rappela la crainte partagée par nombre de mes jeunes confrères de la terreur qui paralyse et empêche de penser par la crainte d'être pénalement attaqué si l'on n'est pas assez vigilant dans sa pratique, alors qu'il n'y a aucun contre-pouvoir quand il s'agit d'être trop protectionniste, voire autoritariste. Comment mesurer alors la tempérance dans l'exercice et comment user de l'inventivité dans le soin quand on doit se censurer par crainte des représailles que l'on s'imagine soi-même et que l'on devance parfois des textes de lois jamais assez sécuritaires ? Et quel sort faudra-t-il réserver aux phénomènes de contre-écoute que l'on met en place pour se protéger avant que de protéger le patient ?

L'allocution plus libre de Bernard Golse, clinicien à la proverbiale joute oratoire, a permis de dessiner les contours d'une autorité acceptée parce qu'acceptable : c'est par les mouvements d'identification à l'agresseur, au non, à l'adulte que se mue l'interdiction en interdit, et ces mouvements d'agressivité normale sont développementales ; de là à faire croire que tout est naïf dans le monde des enfants innocents, il y a tout un champ de la culpabilité dont l'éventail s'étire de la normalité à la pathologie.

Enfin, malgré les déboires suscités par la validation ou non du DPC, l'après-midi passée à la session sur les certificats médicaux a permis de décortiquer les aspects tant médicaux qu'éthiques (sous la rédaction d'un écrit, se profile la personnalité du médecin qui parfois trop écrit, et il convient alors de n'en trop pas dire...). Autant pragmatique (sur des cas cliniques) qu'éthique, cette session de travail s'ancrait nécessairement dans le quotidien du médecin sollicité incessamment pour donner toujours plus d'expertises et autres assurances que la gestion sociale de la maladie mentale est bien responsabilisée par des personnels identifiés ; ce qui revient à dire combien les lendemains ne seront pas des plus chantants.

Mais ce n'est pas sur cette note que mes impressions de ces Journées perdurent : au-delà de la rigueur et l'ascèse scientifiques, c'est par une chaleur d'être avec des collègues avec lesquels on partage quelque chose en commun et d'assez inestimable, que je fus plutôt bien et me félicita de mon choix de venir à Biarritz. Alors que l'objet de la psychiatrie est sans cesse un peu fuyant, se frotter auprès de ces amis dans des rapprochements d'idées et de pratiques permet de

lutter contre l'isolement qui guette, mené de front par l'assèchement des moyens matériels et par la rudesse de la folie.

Assurément que je penserai, pour l'année prochaine, à perdurer ces liens et poursuivre mes réflexions, là où se situeront les prochaines Journées Nationales de l'AFPEP, sur cet objet fuyant comme l'est la présente et insaisissable Arlésienne.

Ilan Attyasse

Journées de printemps à Reims

Les risques actuels à l'adolescence Comprendre, Prévenir, Soigner

Maison de la Vie Associative : 9, rue Eugène Wiet - Reims

Le samedi 21 mars 2020 de 9 h à 17 h

Le monde bouge, il nous bouscule et bouscule les adolescent(e)s qui en sont les témoins, les acteurs-trices, parfois les otages et victimes. Il suffit d'un rien pour que la vie d'un(e) ado bascule : une rupture sentimentale, une recherche d'identité troublée par des situations existentielles difficiles, un mal-être, une mauvaise rencontre...

De nouvelles formes de violences se développent chez les ados, notamment à travers les réseaux sociaux qui banalisent ces actions et peuvent conduire les victimes au suicide. La mise en scène de soi, de sa souffrance, peut conduire à des actions irrémédiables, tels ces autodestructions en direct qui font le *buzz*.

Dans une société en mutation frénétique, l'adolescent(e) peine à trouver sa place et son projet de vie ; il-elle tente maladroitement d'exprimer son malaise et ses attentes. Pris(e) dans des contradictions anxiogènes, il-elle tente de se frayer un chemin dans une société complexe dont il-elle n'a pas toujours les codes d'accès. L'accroissement des addictions de tous ordres, des conduites extrêmes, la dérive délinquante, l'engagement terroriste ont mis en exergue ce désarroi et la quête d'identification qui peut s'égarer dans l'illusion de toute-puissance, d'héroïsation et de destructivité aux accents suicidaires.

Quoi faire, comment faire face à ces risques ? Qui doit s'en charger et qui fait quoi ? Parent, milieu scolaire, ados entre eux, psychiatre, psychologue, éducateur-trice, forces de sécurité, chacun doit tenir son rôle sans confusion et dans le respect de l'ado, afin de comprendre, de cadrer, de soigner plutôt que stigmatiser l'ado dans son comportement déviant. Cette attention permet d'anticiper la phase critique du passage à l'acte, de limiter sa brutalité et son imprévisibilité.

Mais ne dramatisons pas, nombreux-ses sont les ados qui vont bien et l'adolescence reste un passage délicat qui oblige à franchir des épreuves, et donc des dangers. Si on constate que les ados sont de plus en plus nombreuses à être en souffrance, c'est probablement qu'ils-elles osent le dire, faire appel et consulter des psys, parfois de leur propre chef.

Comment le psy peut agir pour les accompagner dans ce parcours d'obstacles et parfois d'errance, pour qu'ils-elles prennent une consistance existentielle ? N'oublions pas que la période adolescente est aussi riche d'un potentiel créatif qu'il faut révéler et valoriser.

Thierry Delcourt

Programme

9 h	Accueil
20 h	Introduction par Jacques Barbier et Thierry Delcourt, psychiatres, Reims
9 h 30	Prévention, accompagnement des ados : dispositifs et résultats Daniel Coum, psychologue clinicien, directeur des services Parentel. Psychanalyste. Brest Gweltaz Fily, psychologue clinicien Parentel/Pasaj Brest Modérateur-trice, Françoise Duplex, Olivier Brunnschwig, psychiatres, psychanalystes, Paris
10 h 20	État des lieux des risques et dangers à l'adolescence Thierry Delcourt, psychiatres, psychanalyste, Reims Modérateur-trice, Sofia El Alami, psychiatre, Reims, Michel Jurus, psychiatre, Lyon
11 h 10	Soin aux jeunes migrants Jean-Hugues Lamy et éducateur-trice Modérateur Claude Gernez, psychiatre, psychanalyste, Enghien-les-Bains
12 h - 13 h 30	Déjeuner libre
13 h 30	Questions de prévention : qui, quoi, comment - Débat avec la salle Modérateurs : Jérémie Sinzelle, Jacques Barbier, Adeline Metten, Gweltaz Fily
14 h	Actu -info et leçon sur le numérique et l'adolescence Une spécialiste du numérique dans tous ses états Modérateurs : Elie Winter, psychiatre, Paris
14 h 30	Nouvelles drogues, nouvelles dérives - Reims Un(e) toxicologue (intervenant à définir) et Romain Bouillaud Modérateur Jean-François Visseaux, psychiatre, Reims
15 h	Epistémè : un soin-étude sur mesures Patrice Charbit psychiatre, psychanalyste, Saint-Martin de Vignogoul Modératrice, Béatrice Guinaudeau, psychiatre, Bordeaux
15 h 30	PEJ Point écoute jeune Annie Douce, Psychiatre, psychanalyste, Reims Modératrice Adeline Metten, psychiatre, Reims
16 h	Culture, éducation et prévention François Millard-Rannou, Principal collègue Modérateur Thibault Moreau, psychanalyste, Reims
16 h 30	Les Tribunes de l'Adolescence - Sébastien Delval Modérateur Thierry Delcourt



INSCRIPTION à la Journée de Printemps :

Membres psychiatres AFPEP et/ou ARDPF :	35 €
Membres psychiatres remplaçants, retraités non actifs. installés moins de 3 ans :	25 €
Psychiatres non-membres :	60 €
Autres non-membres AFPEP ou ARDPF :	35 €
Internes et étudiants :	Gratuit

Auprès du secrétariat de l'AFPEP – SNPP, 21 rue du Terrage, 75010 Paris - info@afpep-snpp.org
Ou de l'ARDPF : 24 rue Payen 51100 Reims - dr.thierry.delcourt@gmail.com

Addictions, conduites extrêmes et suicidaires, souffrance adolescente Dispositifs et modalités d'une prévention des risques à l'adolescence

MVA, Maison de la Vie Associative, Entrée principale : 9 rue Eugène Wiet - Reims

Le Vendredi 20 mars de 16h30 à 20h30

Intervenant : Daniel Coum – Thierry Delcourt

Sur inscription à mondpc, **attention, places limitées à 25.**



RÉSERVATION Session DPC :

Dr :

Adresse :

Portable :

Mail :

Coupon à renvoyer par mail info@odpcpp.fr ou courrier à OODPC - PP – 21, rue du Terrage – 75010 Paris avec chèque de caution de 50 euros à l'ordre de l'ODPCPP pour la session qui vous sera restitué lors de votre présence à la session DPC.

Journées nationales 2020 à Arles

49^{èmes} journées pour un 50^{ème} Anniversaire

Les journées 2020 de l'AFPEP-SNPP se dérouleront à Arles les 2, 3 et 4 Octobre prochains. Nous célébrerons les 50 ans de notre association au sein même de l'espace Van Gogh mis à disposition par Monsieur le Maire d'Arles et le thème retenu par notre conseil d'administration pour cet événement exceptionnel en sera « Le lien ».

Le format des journées sera quelque peu modifié à cette occasion. Notre Assemblée Générale annuelle aura lieu l'après-midi du vendredi 2 octobre. La conférence inaugurale ouverte au public aura lieu le vendredi 2 au soir. Les journées proprement dites s'étaleront du samedi matin au dimanche après-midi.

Une soirée festive digne du cinquantième anniversaire de l'AFPEP-SNPP sera organisée le samedi 3 octobre au soir. Il convient de souligner la dimension particulière de ce temps fort et nous souhaitons vous voir très nombreux à cette occasion.

S'il reste encore quelque chose d'une Psychiatrie digne de ce nom, s'il persiste des pratiques à transmettre, si l'éthique du soin a encore un sens, les psychiatres privés peuvent très largement en revendiquer leur part et c'est aussi cela qu'il convient de célébrer. Cet engagement de 50 ans en est le reflet, une lueur dans l'aridité ambiante.

Aborder « Le lien » dans ces circonstances nous est apparu particulièrement ajusté. Le lien de ceux qui nous consultent avec leur entourage, avec l'Histoire, avec la société, selon leur âge mais également le lien qu'il nous faut examiner entre nous, avec les autres instances, sous d'autres cieux.

Ne manquez pas cet événement et inscrivez-vous dès que cela sera possible afin que les acteurs de l'AFPEP-SNPP, tous bénévoles, puissent s'organiser au mieux.

Nous souhaitons un très bel anniversaire à l'AFPEP-SNPP.

Patrice Charbit

Congrès Français de Psychiatrie Nice 2019

Comme les années précédentes, l'AFPEP sera présente lors du CFP avec un stand et deux moments de communication :

Le **mercredi 4 décembre** dans le cadre du Forum des associations autour de la question de l'autorité dont nous avons débattu lors de nos Journées Nationales de Biarritz. Intervenants : Michel Jurus et Claude Gernez.

Le **samedi 7 décembre** dans le cadre des Rencontres avec l'expert, Adolescence actuelle : questions d'identité et de sexualité - Addictions sexuelles liées au cybersexe – Remaniement identitaire transgenre - Expert Thierry Delcourt

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

*Certains sont pris dans une addiction à la pornographie sur internet qui s'aggrave tandis qu'ils se replient sur eux-mêmes, de plus en plus incapables d'affronter une relation sociale.

*D'autres en viennent à confondre la réalité avec une réalité virtuelle de plus en plus palpable. Grâce aux technologies numériques qui se sont enrichies de contenus interactifs en 3.0 et 4.0, ils concrétisent des fantasmes jusque-là inimaginables qu'ils osent à peine décrire lors des consultations (zoophilie, nain en situation incestueuse, violences sexuelles meurtrières...).

*D'autres présentent des troubles obsessionnels compulsifs et phobies d'impulsion de passage à l'acte envahissantes après avoir visionné des contenus pornographiques traumatiques.

*Se posent également de façon aigüe des questions d'orientation et de choix sexuel après des expériences en groupe et/ou bisexuelles qu'ils/elles ont eu « pour faire comme les autres ».

*De plus en plus souvent, un(e) adolescent(e) d'allure androgyne vient demander, et parfois exiger un certificat pour effectuer une réattribution de genre qu'il/elle a décidé par soi-même.

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

Est-il, doit-il être encore un soignant qui s'attarde au sens d'un comportement générateur ou révélateur de mal-être ? Quand et comment (re)devient-il un thérapeute face ces adolescents en pleine mue sociétale qu'il ne

s'agit ni de juger, ni de remettre dans le droit chemin, mais qui ne sont pas à l'abri de décompensations graves, y compris de conduites suicidaires.

Le Congrès Français de Psychiatrie (CFP) se tiendra à Nice du 4 au 7 décembre 2019 sur le thème de « la Crise ». Dans la médecine hippocratique, la crise désignait des bouleversements soudains dans le cours d'une maladie, annonçant une issue funeste ou heureuse (crise « salutaire »). En grec, le verbe « krinein » signifie « décider ». Cette étymologie indique que la réflexion sur la crise ne se limite pas à un constat pessimiste des difficultés actuelles, mais comporte aussi une prise de décisions pour gérer avec succès des transformations rapides.

La connotation politique ou économique de la crise n'apparaît qu'au début du XIX^e siècle. Auparavant, le sens classique était purement médical ; cela est décrit dans L'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert, dans un article exhaustif signé par le Dr. de Bordeu, un proche de Diderot. Il y est rappelé en introduction que « Galien nous apprend que ce mot crise est un terme du barreau que les médecins ont adopté, et qu'il signifie, à proprement parler, un jugement ». Le rythme des crises est un objet d'étude privilégié. En 1751, l'académie de Dijon proposa encore un prix à qui étudierait « si les jours critiques sont les mêmes en nos climats, qu'ils étaient dans ceux où Hippocrate les a observés ». On a longtemps pensé que les crises « salutaires », conduisant à des guérisons complètes, survenait plutôt lors de multiples du chiffre 7, aux 7^e, 14^e ou 21^e jours. Théophile de Bordeu a été oublié comme spécialiste de la crise, mais il reste connu en tant que personnage du « Rêve de d'Alembert » (1769) ; Diderot y imagine un dialogue entre Julie de Lespinasse, femme de lettre, et le Dr. de Bordeu, autour d'un verre de Malaga, à propos du mélange des espèces et des lois civiles et religieuses que les hommes ont établies autour de « l'acte de la génération ».

Deux cent cinquante ans plus tard, dans l'anticipation du CFP 2019 de Nice, un autre dialogue, éminemment salutaire, sur l'état d'urgence de la psychiatrie, a été lancé par Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca dans un ouvrage paru en septembre 2018 chez Fayard. Ce livre propose des solutions au malaise actuel de la psychiatrie. Une analyse fine des contradictions de notre système suggère que la solution de la crise pourrait imposer des décisions réformant profondément l'organisation des soins. Notre pays est au 4^e rang pour le nombre de psychiatres par habitant dans les pays de l'OCDE, mais de nombreux postes de praticiens sont vacants en dehors des villes universitaires. La langue

de la psychiatrie était le français jusqu'à la fin du XIX^e siècle et la recherche sur les antipsychotiques a débuté chez nous ; cependant, les publications psychiatriques dans des revues indexées, rapportées au nombre d'habitants, sont maintenant 6 fois plus nombreuses au Pays-Bas qu'en France. Le CFP 2019 à Nice sera le

lieu idéal pour réfléchir aux décisions qui doivent être prises pour aider la psychiatrie française, en mutation rapide, à se développer heureusement.

Cordialement vôtre.

Marc Antoine Crocq

Dossier spécial

Le management de la santé

Qualité en psychiatrie selon l'HAS

Le mot Qualité est trompeur en médecine et en psychiatrie. Il ne s'intéresse pas seulement à une prestation de qualité mais plutôt à un management pour rendre un système économique le plus efficient possible.

Petite leçon de grammaire : l'efficacité n'est pas l'efficacités. L'efficacités est la capacité d'un système à obtenir le maximum de résultats avec le minimum de moyens. Un travail efficace peut être coûteux en moyens. Un travail efficient ne sera jamais coûteux en moyen.

La Qualité est considérée comme un véritable pilier du monde de l'entreprise. Le management de la qualité regroupe l'ensemble des concepts et méthodes qui permettent de maîtriser l'aspect qualitatif d'une organisation. Cette discipline a notamment pour but d'établir un système de gestion efficace afin de garantir la satisfaction de toutes les parties prenantes. La démarche qualité est une référence à la production de masse et au taylorisme. Nous devons quitter le monde de l'artisanat psychiatrique pour la production de masse avec un contrôle qualité nécessaire.

La psychiatrie n'est pas efficiente et il faut la rentabiliser : réduction des lits et des personnels ; appel à du personnel moins qualifié et moins payé pour s'occuper de malades au faible potentiel évolutif en termes de guérison donc coûteux.

Frederick W. Taylor était le théoricien d'une organisation scientifique du travail pour obtenir le meilleur rendement de la productivité basée sur l'analyse scientifique des processus de travail. La HAS, suite à F. Taylor, a établi quatre grands principes qui sont la base de son action encore aujourd'hui :

Premièrement. La direction (HAS) doit développer scientifiquement une nouvelle technique pour chaque aspect de la tâche d'un travailleur (Médecin), pour remplacer la méthode empirique utilisée traditionnellement.

Deuxièmement. La direction doit choisir, entraîner, instruire et développer chaque travailleur, lequel, par le passé, déterminait par lui-même la façon d'exécuter sa tâche et se formait de son mieux par ses propres moyens (Les recommandations).

Troisièmement. La direction doit coopérer avec enthousiasme avec les travailleurs pour s'assurer que chaque tâche soit exécutée suivant les principes et les techniques qui ont été développés (La certification).

Quatrièmement. Une répartition égale du travail et des responsabilités doit être établie entre la direction et les travailleurs. La direction doit prendre en charge les tâches pour lesquelles elle est mieux pourvue que les travailleurs, tandis qu'auparavant presque tout l'ouvrage et la plus grande part des responsabilités étaient assumées par les travailleurs. La responsabilité sera pour la direction et le travail sans initiative pour le psychiatre exécutant.

C'est cette combinaison du « sans initiative » des travailleurs, couplée aux nouvelles responsabilités de la direction, qui fait que la direction scientifique du travail s'avère nettement plus efficace que l'organisation traditionnelle d'après Frederick Winslow Taylor, l'HAS et les ARS.

« L'amélioration continue de la qualité est un outil de management interne ayant pour objectif premier la satisfaction des clients » précise l'ANAES dans un document de 1999 qui conclue 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 ».

C'est ainsi que nous était présenté à l'HAS, en 2005, les principes de la direction scientifique des entreprises de Frederick Winslow Taylor qui demandait des mesures incitatives de différentes formes : la promesse d'une promotion rapide ; des gages plus élevés, des

prix généreux pour le travail à la pièce, des primes de rendement ou un bonus quelconque pour un travail de qualité effectué rapidement ; des heures de travail écourtées ; des meilleures conditions de travail, etc. A ce jour, seul un bonus quelconque pour un travail de qualité effectué rapidement a été retenu : les ROSP. Le reste semble trop généreux.

Michel Jurus

Diagnostic et Management

Dans l'esprit des décideurs, le temps est coûteux. Pour l'Institut Montaigne et son satellite FondaMental, les maladies mentales affecteraient près de 20 % de la population chaque année. Ces officines se sont concentrées sur quatre pathologies parmi les plus graves : schizophrénie, dépression résistante, troubles bipolaires et autisme. Elles formulent des propositions concrètes pour contribuer à réduire les conséquences désastreuses de ces maladies, tant à l'échelle individuelle que collective.

Collective ? En 2016, les dépenses liées aux maladies psychiatriques et à la consommation de psychotropes s'élèveraient à 23 milliards d'euros, sur un budget total de 161 milliards d'euros. Elles représenteraient près de 14 % des dépenses totales et se placeraient comme le premier poste de dépenses par pathologie, devant les maladies cardio-vasculaires (16 milliards d'euros) et les cancers (17,4 milliards d'euros). En 2014, les financiers annonçaient la première place en 2020 : c'est dire comme les mesures sont approximatives.

Nous comprenons bien où se trouve le désastre pour les financiers ainsi que leur avidité à trouver des méthodes plus profitables pour eux. Nous comprenons bien aussi le désastre pour les personnels hospitaliers qui se retrouvent dans des conditions professionnelles éprouvantes pour réduire le coût. L'Hôpital psychiatrique public est vidé de ses soignants dans un esprit mercantile et inhumain.

Avec un certain cynisme, l'Institut Montaigne, déplore un manque de vocation pour la psychiatrie tout en privilégiant l'Intelligence Artificielle (IA) et en décourageant les psychiatres. *L'Institut se propose de mesurer les impacts de l'Intelligence Artificielle sur l'emploi dans le domaine de la santé, ce qui permet d'aboutir à une première estimation du taux de substitution (rapport entre le nombre d'activités considérées comme fortement substituables et le nombre total d'activités du métier) moyen pour l'ensemble des métiers des fonctions de support en santé, qui s'établit autour de 15 % : dans ces fonctions*

support, ce sont donc environ 40 000 à 80 000 emplois qui pourraient faire l'objet d'une automatisation. A quand la coupe en règle pour la psychiatrie libérale ? Notre aspect artisanal nous condamne aux yeux des profiteurs.

Force est de reconnaître que de nos jours, ce temps devenu si précieux est bradé au nom d'une science officielle qui se réclamerait de l'Evidence Based Médecine. Evidence Based Medecine dont la définition est amputée des deux tiers en France. En effet la Haute Autorité de Santé a fait preuve de ce qu'elle était vraiment en affirmant, délibérément, que les données de la science seraient l'unique guide de la pratique médicale tout en supprimant volontairement l'expertise du clinicien ainsi que par la prise en compte des droits, des préférences et de l'épreuve vécue par les patients. Cette institution montre bien qu'elle n'est pas le bon instrument de mesure pour soigner les gens. Elle n'est pas capable de respecter la définition de l'EBM dont elle se réclame. La France, comme souvent, prendra sans doute des décennies de retard tant que la Haute Autorité de Santé aura la main mise sur la politique du soin. Cette institution au service des marchés financiers fait d'énormes dégâts en médecine et surtout en psychiatrie par son système d'accréditation. La Haute Autorité est bien basse dans ses intentions. Brutalement et surement, la volonté de faire entrer la psychiatrie dans le champ économique nuit à ce qui fait le soin, la relation humaine au nom de la qualité rentabilisée. En France, les diagnostics seront encore plus simplifiés.

Le DSM avait été déjà utilisé pour faire disparaître des troubles, en créer d'autres en provoquant déjà une pauvreté diagnostique affligeante. Ce DSM est de plus en plus remis en question dans de nombreux pays et en particulier aux USA. Le gouvernement américain, par la voix de l'Institut national de santé mentale (NIMH) a décidé de ne plus s'en servir comme référence. Thomas Insel, son directeur, a déclaré : « La faiblesse du DSM est son manque de validité. Contrairement

à nos définitions de la cardiopathie ischémique, du lymphome ou du SIDA, les diagnostics du DSM sont fondés sur un consensus sur les groupements de symptômes cliniques, mais sur aucune mesure objective en laboratoire. Dans le reste de la médecine, cela équivaldrait à créer des systèmes de diagnostic basés sur la nature de la douleur à la poitrine ou sur la qualité d'une fièvre. Or nous savons qu'à eux seuls, les symptômes indiquent rarement le meilleur choix de traitement ». Il est connu que le DSM est au service de l'industrie pharmaceutique et dérive pour être un manuel à l'usage des assureurs.

IPA (Infirmier en Pratique Avancée) en santé mentale : un infirmier qui prescrit

La mise en place des premiers diplômes d'IPA ouvre autant d'espoir que de craintes chez les professionnels en psychiatrie. Conçu pour être un nouveau métier intermédiaire entre les médecins et les infirmiers, les IPA pourront prescrire des médicaments et des examens complémentaires dans un cadre très limité défini par la loi.

Sera-t-il un concurrent des médecins (qui pourrait faire une grande part du même travail pour moins cher) ou interviendra-t-il en délégation de tâche pour agir là où un médecin n'est pas strictement nécessaire, libérant ainsi du temps médical ?

Sera-t-il juste bon à compenser la pénurie de médecins, en particulier dans les zones déficitaires ? ou ne pourra-t-il travailler que là où il y a au moins un psychiatre pour l'encadrer, l'aidant ainsi à organiser les soins ?

Y a-t-il une façon intelligente de créer ensemble ce nouveau métier pour la satisfaction de tous ?

Ce sont quelques éléments du défi qui nous attend... qui commence forcément par une rencontre. Nous sommes donc allés chercher un étudiant IPA en 1^{ère} année de master pour nous entamer le dialogue... en espérant aller vers une co-création de ce nouveau métier.

Interview de Romain PEROT, infirmier au CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil du Groupement Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences), Etudiant en master 1 d'infirmier de pratique avancée (IPA).

L'apparition du nouveau métier d'IPA suscite à la fois intérêt, curiosité, espoir... et inquiétudes des différents professionnels. Nous avons rencontré Romain PEROT, infirmier diplômé d'Etat, qui est inscrit en 1^{ère} année de master IPA.

Les terribles rétrécissements diagnostiques inspirés par l'Institut Montaigne feront bientôt que le DSM apparaîtra comme un manuel bien trop brouillon. Le diagnostic low-cost est en place.

Plus besoin de psychiatre pour faire des diagnostics que tout le monde fera en se brossant les dents. L'emprise économique nord-américaine est une douce plaisanterie au regard d'une emprise bien française.

La France va continuer à faire de la psychiatrie du visible.

Michel Jurus

EW : Bonjour, vous êtes parmi les premiers inscrits à la formation pour devenir IPA en santé mentale, qu'est-ce qui vous a motivé ?

RP : Je suis diplômé infirmier depuis 7 ans. Durant mon parcours, j'ai pu travailler au sein des urgences générales et d'un service universitaire de psychiatrie. Actuellement j'exerce au CPOA de l'hôpital Sainte Anne à Paris. Ce nouveau métier d'IPA est l'occasion pour moi de gagner en compétences et en savoirs, pour les mettre ensuite en pratique à l'hôpital. Dans mon idée, l'IPA apportera quelque chose de nouveau aux patients dans leur parcours de soins. Dans le premier décret d'application définissant son rôle (Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée), ce qui est dit et redit, c'est que l'IPA travaillera dans une équipe coordonnée par un médecin. Pour la santé mentale, le médecin devra être psychiatre. Pour l'infirmier, c'est donc un gain d'autonomie, mais toujours en lien avec les médecins. L'IPA est un infirmier diplômé d'Etat (IDE) qui a au moins 3 ans d'expérience professionnelle, et qui fait 2 ans de master. La première année est un tronc commun pour tous les IPA. La 2^e année est spécifique à chaque des options proposées (oncologie, santé mentale, pathologies chroniques stabilisées, néphrologie...).

EW : Quelle sera la place de l'IPA en psychiatrie en particulier ?

RP : En psychiatrie, le lien entre les professionnels, et avec les patients est particulièrement important. L'IPA aura une autre place que l'infirmier au sein de l'équipe de soin. Sa pratique est très encadrée par décrets et arrêtés. Les missions spécifiques en santé mentale sont surtout décrites par l'arrêté du 12 août

2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. Dans le cadre d'un protocole d'organisation établi avec les médecins il participe au suivi, l'éducation thérapeutique, le renouvellement et l'adaptation des traitements médicamenteux, et la prescription des bilans biologiques de suivi du traitement du patient. Il n'est pas question qu'il effectue par contre des bilans à visée diagnostique, par exemple de recherche de diagnostic différentiel de pathologies somatiques. Par exemple, pour un patient sous clozapine, il pourra prescrire les NFS de suivi afin de procéder au renouvellement de l'ordonnance. Une procédure de soin expliquant les enjeux et les risques thérapeutiques sera établie entre l'IPA et le psychiatre référent du patient concernant le renouvellement de la prescription ou adaptation éventuelle de la posologie des régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs), psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés. Après chaque consultation, l'IPA enverra un compte-rendu au psychiatre référent.

EW : et pour les psychothérapies ?

RP : Les psychothérapies ne font pas partie des fonctions de l'IPA. Le titre de psychothérapeute est protégé et suppose une autre formation depuis l'amendement Accoyer (Article 52 loi du 9 août 2004 encadrant le titre de psychothérapeute). Dans la 2^e année de master IPA en santé mentale, il y aura une formation pour connaître les différents types de psychothérapies afin de conseiller le patient dans son parcours.

EW : comment voyez-vous votre futur exercice d'IPA ?

RP : Pour l'instant je suis en formation. Je réfléchis activement avec le Dr Raphaël GOUREVITCH, chef de service du CPOA, la direction des soins du GHU et mon équipe d'encadrement au projet que nous allons monter pour septembre 2021. Il pourrait s'agir de faire le lien entre les différents intervenants autour d'un patient, hospitaliers et libéraux, de travailler sur des actions de prévention auprès d'une population spécifique et de participer aux activités de recherche du service et aux groupes transversaux de l'hôpital. A titre d'exemple, au sein du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, des infirmiers étudiants en pratique avancée travaillent déjà avec les personnes âgées, les patients souffrant de traumatisme psychique ou encore coordonnent des programmes d'éducation thérapeutique.

En plus de son rôle clinique l'IPA pourra avoir des missions transversales à l'hôpital (mais aussi en maison de santé), différentes des missions des cadres de santé. Et pour finir, ils auront aussi à identifier les besoins de formation des équipes de soin, et organiser des analyses de pratiques professionnelles.

EW : Et en libéral ?

RP : A titre personnel, je ne me projette pas exercer en libéral. L'hôpital finançant ma formation, j'ai un engagement à y travailler quelques années encore. Mais tout reste à créer. Avec les possibilités qu'offre le code de la santé publique en matière de pratique avancée infirmière, c'est aux professionnels de se regrouper et de déterminer comment travailler ensemble.

EW : Avez-vous des chiffres sur le nombre d'IPA en formation ?

RP : il y a déjà quelques IPA en fonction, qui avaient déjà fait des masters, et doivent juste valider quelques unités d'enseignements (UE), mais c'est encore très anecdotique à l'échelle nationale. Pour le Groupe Hospitalier Universitaire (GHU de Paris : Sainte Anne, Maison Blanche, Perray Vaucluse Henri Ey), nous sommes moins d'une dizaine d'inscrits en master cette année. Dans notre promotion en première année, nous sommes 113 (IPA toutes spécialités confondues). Dans les autres universités les promotions sont plus petites et comptent entre 20 et 40 étudiants environ. En santé mentale, on prévoit une centaine d'IPA spécialisés pour toute la France en 2021. Toutes spécialités confondues, ça devrait faire 800 IPA pour toute la France. Le métier va mettre du temps à s'installer dans le paysage.

EW : Et côté rémunération, en ajoutant 2 ans de master à votre formation initiale, votre rémunération doit être augmentée ?

RP : C'est encore très flou. Quelques chiffres circulent... A l'hôpital, l'augmentation qui est pour le moment prévue n'atteint pas les 100€ supplémentaire au salaire d'IDE. C'est trop peu. Pour l'instant les quelques IPA diplômés sont embauchés sur des contrats d'infirmiers classiques en attendant la sortie des grilles de salaire ! En libéral, un projet de rémunération au forfait est en cours de discussion avec les représentants des différentes parties prenantes, de l'ordre de 160 € par an pour 4h d'entretiens annuels. Avec tout le travail de mise en réseau et de compte-rendu des entretiens, le niveau de rémunération ne motivera pas les IDE libéraux à devenir IPA.

EW : merci pour toutes ces informations. Bon courage à vous, les psychiatres de l'AFPEP-SNPP (libéraux et salariés du privé) resteront attentifs à l'évolution de ce nouveau métier, et proposent que nous puissions travailler ensemble à la mise en pratique de ce nouveau métier, en cours de création.

Elie Winter

Un frémissement ? Un retour de la complexité ? Un retour possible de la clinique du sujet ?

Après des années de triomphe une certaine psychiatrie utilisant le discours du DSM et de la psychiatrie dite biologique comme pensée unique en s'appuyant sur les neurosciences, la génétique, la pharmacologie et s'accompagnant d'un bashing de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle et du secteur semble freinée dans son ascension, accumuler des réserves et provoquer des désillusions graves.

Enfin pure coïncidence temporelle la sortie d'un livre sur le psychiatre autrichien Hans Asperger repose de multiples questions en particulier : Peut-on faire un diagnostic psychiatrique éthique ?

Il y a quatre ans déjà Thomas Insel directeur du NIMH qui avait trouvé le DSM insuffisamment scientifique en voulant lui substituer les RDoC écrivait en forme d'aveu et de conclusion :

"I spent 13 years at NIMH really pushing on the neuroscience and genetics of mental disorders, and when I look back on that I realize that while I think I succeeded at getting lots of really cool papers published by cool scientists at fairly large costs—I think \$20 billion—I don't think we moved the needle in reducing suicide, reducing hospitalizations, improving recovery for the tens of millions of people who have mental illness." *

« Pendant 13 ans passés au NIMH, j'ai vraiment insisté sur les neurosciences et la génétique des troubles mentaux et, lorsque j'y repense, je me rends compte que, même si je pense avoir réussi à faire publier un grand nombre d'articles très intéressants à des coûts assez élevés – je pense 20 milliards de dollars – je ne pense pas que nous ayons réussi ne serait-ce que d'un pouce à réduire le nombre de suicides, le nombre d'hospitalisations et à améliorer le rétablissement des dizaines de millions de personnes atteintes de maladie mentale. »

Voilà la confirmation que la psychiatrie biologique n'existe pas encore, qu'il existe une psychiatrie pharmacologique et des recherches scientifiques qui n'ont pas donné lieu jusqu'à ce jour à des applications utiles aux patients. Ne confondons pas la réalité avec ce que François Gonon appelle « la rhétorique de la promesse ».

Cette affirmation de Thomas Insel est conforme à ce qu'on connaît du pragmatisme américain, après avoir dérivé dans une tendance extrême se produit un virage fait d'autocritique et de remise en question jusqu'à l'arrivée d'une autre tendance extrême aussi dévastatrice.

Le scientisme psychiatrique est loin d'être mort, il conserve des adeptes croyants malgré la faiblesse ou même l'inexistence des preuves tant vantées, il alimente encore le militantisme communautaire allant chez certains adeptes du naturalisme intégral jusqu'à nier l'existence, non seulement du psycho-sexuel mais de la vie psychique même.

Cependant nous devons être attentifs à une nouvelle tendance made in USA.

En fait cette nouvelle tendance semble à mon avis déjà se dessiner, c'est l'expansion conquérante depuis deux décennies de la pensée issue des « disability studies ». C'est une pensée fondée sur le rejet de la conception médicale du handicap au profit de sa conception sociale : les handicapés mentaux sont vus globalement comme une minorité opprimée, dominée et subissant la discrimination du fait de la non acceptation de la neuro diversité ; et c'est cette situation qui serait causale de leur handicap. Le remède est social et politique mais pas médical. En France, cette tendance qui parfois « romantise » la condition autistique, vient de marquer un point décisif avec la politique de l'inclusion « générale et pour tous les sujets inclus dans le fourre-tout des troubles du spectre de l'autisme ».

Le problème avec cette tendance idéologique que j'ai nommé « disability studies », c'est qu'elle énonce et surtout se fonde, en particulier avec cette idée de l'inclusion, sur des principes généraux comme l'égalité des conditions juridiques ou le refus de la discrimination contre lesquels il est impossible de s'élever. Elle fait abdiquer la raison dans un premier temps mais son application se heurte à des obstacles qui ne sont pas seulement économiques mais aussi cliniques et éthiques.

Son application sans discernement et sans tenir compte des données cliniques risque de provoquer des phénomènes de rejet et d'exclusion.

Certaines institutions psychiatriques ou médico-sociales recueillent « les exclus de l'inclusion », ces échecs prouvent à contrario l'intérêt en amont de l'inclusion d'une évaluation clinique et contextuelle au cas par cas, d'une clinique du sujet.

Plus récemment et plus important peut-être, le Superior Health Council de Belgique (l'équivalent de la H.A.S) recommandait dans un rapport, de ne pas utiliser les catégories du DSM dans beaucoup de circonstances **.

« The report has five key recommendations aimed at clinicians, policy makers, and the general public: (1) default non-problematizing and non-medicalising approaches to mental complaints or crises because they might express existential and social problems; (2) careful listening to subjective experiences; (3) providing help and support for mental complaints or crises without a formal diagnosis as a precondition; (4) taking the perspective of people with mental complaints or crises and the way in which they give meaning as central to diagnosis and treatment; and (6) when formulating a case, paying close attention to the person-specific way in which, among other things, mental, existential (giving and losing meaning), biological, social, and cultural factors take shape. »

« Le rapport contient cinq recommandations principales destinées aux cliniciens, aux décideurs et au grand public : (1) des approches par défaut non problématiques et non médicalisantes des plaintes ou des crises mentales, car elles peuvent exprimer des problèmes existentiels et sociaux ; (2) écouter attentivement les expériences subjectives ; (3) fournir une aide et un soutien en cas de troubles mentaux ou de crises mentales sans diagnostic préalable formel ; (4) prendre le point de vue des personnes souffrant de troubles mentaux ou de crises mentales, et la manière dont elles donnent un sens au centre du diagnostic et du traitement ; et (6) lors de l'étude d'un cas, en prêtant une attention particulière à la manière spécifique dont prennent forme chez une personne, entre autres, des facteurs mentaux, existentiels (donner et perdre du sens), biologiques, sociaux et culturels. »

Ces deux événements, le discours de Thomas Insel et le rapport du SHC, indiquent qu'il existe une opportunité pour faire valoir dans le champ des idées au côté de l'approche bio-comportementale, celles fondées de façon multi-référentielle sur les approches psychopathologique, existentielle et sociale, opportunité d'autant plus qu'il semble que certains leaders d'opinion du *Royal College of Psychiatrists* au Royaume Uni plaident dans ce sens permettant d'espérer un possible alignement du NICE sur la position belge.

Il ne s'agit en aucun cas de rejeter globalement les neurosciences et encore moins l'approche scientifique fondée dont la valeur épistémique est indéniable, mais de rejeter le scientisme, le réductionnisme, toute forme de suprémacisme (biologique, social ou psychanalytique) et de faire une place à la complexité. Deux propositions pour avancer dans ce sens, dont l'une est déjà en phase préparatoire.

1) En s'appuyant sur le rapport d'experts du SHC, un colloque franco-britannique à visée internationale est en préparation avec pour thème l'évaluation de l'utilisation du DSM. Ce colloque sera ouvert au plus grand nombre.

2) L'autre projet serait de renouveler une requête à la HAS de faire comme son institution équivalente belge : réunir un groupe d'experts pour évaluer l'utilisation du DSM dans la clinique, l'enseignement, la recherche, la carrière des chercheurs, l'épidémiologie, la médico-économie. On peut objecter qu'en France, le DSM n'a pas force de loi, mais cette objection se heurte à une réalité. De fait il est de plus en plus une référence et la CIM 11 qui elle, a force de loi, ne se différencie plus beaucoup de lui sur le plan conceptuel.

3) J'ai parlé d'un troisième événement : c'est la sortie du livre en français d'Edith Sheffer « Les enfants d'Asperger » *** grâce aux efforts d'au moins deux de nos collègues Yann Craus et Jérémie Sinzelle.

Ce livre remarquablement documenté et argumenté doit nous interroger sur le sens et l'utilisation des diagnostics psychiatriques. Edith Sheffer qualifie l'état nazi d'état du diagnostic généralisé pour déterminer dans une optique eugéniste qui est en droit de vivre et qui ne l'est pas.

Elle parle à propos de l'opération T4 de « génocide psychiatrique », opération dans laquelle furent assassinés des milliers d'enfants qui ne répondaient pas aux critères fixés par l'état nazi. Hans Asperger a participé à l'assassinat de 44 enfants en les sélectionnant en vue de leur extermination.

Bien sûr, il s'agissait d'une politique criminelle d'état qui, heureusement, n'est plus d'actualité, mais y a-t-il une postérité même de moindre degré à cette utilisation du diagnostic psychiatrique à cette utilisation des classifications, y a-t-il des dérives ? Y a-t-il une possibilité d'utiliser de façon éthique le diagnostic psychiatrique ?

C'est une des questions que posent ce livre remarquable.

Au-delà du problème des classifications, nous devons faire face à cette interrogation de nature éthique pour mieux défendre notre discipline, ou comme le dit Pierre Delion, notre « combat pour une psychiatrie humaine ».

*https://www.wired.com/2017/05/star-neuroscientist-tom-insel-leaves-google-spawned-verily-startup/?mbid=social_twitter_onsiteshare

**[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30284-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30284-6/fulltext)

*** Edith Sheffer « Les Enfants d'Asperger » Flammarion 2019

Patrick Landman

Ravages au travail : un point de vue de psychiatre

Quelques réflexions, nées de la fréquentation assidue des effets d'une déraison répandue, dans les organisations professionnelles.

Ce qui vient à nous

Pour dire au mieux ce phénomène de la dégradation de la santé en milieu professionnel, faut-il penser « ravages au travail », ou « ravages du travail » ? Certains jours, à entendre toutes ces personnes parler de ce qu'elles endurent dans leur vie professionnelle et à cause d'elle, à recevoir en flot continu quotidien ces demandes de consultation parfois très urgente à cause d'une « souffrance au travail », je ne sais plus quel abord l'emporte sur l'autre, à quelle conception je devrais me référer pour garder une pensée claire et distanciée. Puis, je me rappelle que l'un ne contredit pas l'autre, et que les deux aspects se nourrissent et s'amplifient réciproquement, formant une spirale délétère que rien ne semble pouvoir arrêter. À entendre ce que relatent tous les collègues exerçant en privé que je rencontre, nous avons tous, sans exception, une expérience similaire de l'évolution de ces demandes de soins depuis quinze à vingt ans : d'abord une augmentation impressionnante du nombre de ces motifs de consultation, puis une explosion ces dernières années. Parfois, me vient la comparaison avec une médecine sur un champ de bataille : j'y rencontre en grand nombre des blessures de gravité diverse, j'en découvre de dangereuses derrière une apparence bénigne, les conséquences en sont variables en fonction de l'état de santé préalable à la bataille, mais très peu de participants en ressortent totalement indemnes... et j'ai le sentiment de ne pouvoir, définitivement, absolument pas agir au niveau des causes premières de ces blessures, de ce qui organise leur survenue.

J'utilise ce terme, blessure, car, sans du tout me référer à une conception strictement victimaire de ces situations, en résistant même parfois farouchement à la tendance à la victimisation de certaines personnes, je constate qu'il y a très souvent une composante traumatique au vécu de ces demandeurs de soins. Ceci conditionne leur façon de supporter ce qui leur arrive, leurs tentatives pour le penser ; par conséquent cela doit orienter la façon que nous, psychiatres, devons avoir de leur répondre. Car il faut répondre, toujours, quelque chose ; on pourrait presque dire peu importe ce que l'on va dire dans un premier temps, car ce qu'il faut répondre c'est « présent » : répondre une présence à un être humain qui est en train de se défaire, de décrocher de son humanité à force d'avoir été poussé à bout de ce qu'il peut supporter, et ce d'autant plus s'il a résisté à peu près efficacement.

Cette manifestation de présence est nécessaire car il a eu, et il a encore très peur. Il est dans la crainte permanente d'une multitude de pensées, de souvenirs de sentiments, qui se bousculent en lui et additionnent ses effets jusqu'à lui faire perdre de vue tous ses repères habituels : peur de perdre son travail (avec toutes les conséquences imaginables), d'être (encore une fois) humilié, d'être dévalorisé, rétrogradé, de ne pas dormir la nuit prochaine (encore et toujours), de devoir à nouveau faire face au « n+1 » qui le maltraite ou le néglige, d'avoir le sentiment de n'être pas entendu, d'être incompris, de ne pas tenir le coup...

De plus aussi il est en train de perdre confiance ; ou il a perdu confiance mais il lutte pour ne pas s'en apercevoir. La confiance dégradée l'est autant envers lui-même qu'envers certaines personnes en particulier, puis l'effet s'étend aux relations et aux êtres humains en général. C'est, de mon point de vue, un des éléments générateurs essentiels de ce ravage durable de l'humanité dans le contexte professionnel organisé par le libéralisme économique actuel.

Il est donc très vulnérable, le restera d'ailleurs longtemps, et cela nécessitera des soins parfois de longue durée, au-delà du temps nécessaire à l'amélioration des symptômes visibles.

Question de temporalité

Un aspect majeur des soins tient au respect de la dimension temporelle dans laquelle évolue la personne, car pour être accueillant et efficace il faut tout autant repérer à quel stade évolutif elle en est au moment où on la rencontre, qu'instaurer une temporalité sans laquelle aucun soin ne peut avoir d'effet réparateur persistant. Il sera donc nécessaire à certains moments de rester neutre pour entendre si des pensées et des comportements de lutte sont encore vécus par la personne comme indispensables pour assurer son existence (dans la réalité et dans son histoire fantasmatique). À d'autres moments il faudra lui faire entendre (parfois avec insistance, parfois en urgence) la nécessité de cesser de lutter et de débiter le temps de récupération ; cette phase est rythmée par la prescription de l'arrêt de travail, dont il y aurait énormément de choses à dire pour décrire au mieux toutes les implications et conséquences de cet acte médical. Je me limiterai à en évoquer certains points saillants constatés dans ma pratique.

C'est une prescription que je fais, particulièrement dans ces situations, avec le sentiment qu'elle est simultanément un moyen irremplaçable de soulager la personne (et parfois la sauver d'un contexte trop délétère), et qu'elle va déclencher à plus ou moins

court terme une cascade de conséquences pas toujours maîtrisables et parfois très négatives pour la personne concernée et son entourage. C'est toutefois assurément la meilleure protection pour créer un espace-temps qui a fait défaut jusqu'alors, en générant du temps pour : se reposer psychologiquement et somatiquement ; penser à autre chose que le travail ; penser autrement qu'en termes de devoir, production, rentabilité, obéissance, reconnaissance ; s'intéresser à son entourage (le monde environnant, les proches, les relations sentimentales de tout type) qui a été immanquablement négligé à des degrés divers ; se faire du bien, se faire plaisir, prendre soin de soi-même et de quelques autres...

Puis, lorsque l'amélioration de l'état psychosomatique le permet à nouveau, cet éloignement du milieu professionnel sera mis à profit pour réfléchir à l'avenir que la personne se souhaite à elle-même, et qu'elle pourra se construire. L'entrée dans cette phase, de reconstruction et d'invention, ne doit pas être précipitée ; car sous la pression de divers facteurs parfois très réalistes, les personnes peuvent être tentées d'enclencher cette étape trop précocement, avec en point de mire la reprise de l'activité professionnelle. À ce moment, la personne ne fait pas toujours clairement la distinction qui permet de savoir si cette reprise est un but en soi (sans réfléchir à ses conséquences) ou un moyen pour équilibrer sa vie, considérée alors dans une vision plus large. Car la peur est souvent encore présente. Le médecin doit alors faire entendre le respect nécessaire des capacités de la personne à supporter cette remise en charge de la pensée, sur les plans émotionnel et cognitif. Une sollicitation prématurée produit immanquablement une altération anxieuse et déprimée de l'humeur, voire à nouveau du désespoir. Cette phase d'exploration, de relecture des événements et de fabrication de l'histoire est essentielle pour guérir les blessures provoquées au travail ; également pour se prémunir du risque, lorsque l'activité professionnelle sera à nouveau enclenchée, d'entrer à nouveau dans le même type d'engrenages dévastateurs. Elle est réalisée avec l'aide de soignants autres que le médecin : psychologues, psychothérapeutes entraînés à ce type de soins, médecins du travail, travailleurs sociaux, etc.

Car, en dehors des cas bénins ou rencontrés très précocement, le recours à des soins pluridisciplinaires est indiqué ; si possible en réseau, ce qui permet d'articuler au mieux les diverses interventions. Ce réseau peut être structuré ou informel (créé à l'usage

par le praticien). Un point très important sera toujours le respect des différentes temporalités liées aux objectifs de chaque discipline, et leurs articulations réciproques. Par exemple, il ne sera supportable de repenser au vécu traumatique d'une situation de maltraitance au travail, afin de comprendre le déroulement des faits, que lorsque l'état émotionnel de la personne sera suffisamment apaisé pour avoir la distanciation nécessaire.

Ou encore, il ne sera admissible de travailler avec un avocat à l'élaboration d'un dossier juridique, que lorsque cette historicisation aura été produite, et que la personne sera en capacité de supporter l'éventualité d'une déception, à cause d'une non reconnaissance, toujours possible, de sa doléance.

Le médecin n'est pas seul, le patient non plus

On le constate, le traitement de la situation et les soins appropriés sont articulés à plusieurs niveaux, parfois simultanément, parfois successivement, avec des arrêts, des reprises, en fonction de l'évolution au cas par cas, en un tempo que l'on découvre en cours de soins.

Les patients découvrent dans cette fréquentation de professionnels différents (et parfois aussi de groupes de parole à plusieurs patients) les bienfaits d'une narration organisée en fonction de plusieurs discours et paradigmes, et cela les aide grandement à constituer ce qui leur sera nécessaire pour décrypter les messages émis dans le monde professionnel.

Le médecin trouve dans ce mode de travail un complément à son action, qui est le bienvenu car même s'il connaît bien ce domaine il ne peut pas en résoudre tous les tenants et aboutissants. De plus, il ne peut souvent pas, dans son exercice quotidien, dégager tout le temps nécessaire au développement de cette narration indispensable au patient.

Cette prise en compte, active et en actes, de toutes les dimensions concernées par ces cas de lésions psychiques dans le monde professionnel, est actuellement la meilleure, si ce n'est la seule, réponse valable à l'impérative nécessité de reconnaissance de ces ravages que nous constatons au quotidien. Car il y a beaucoup à redire, du développement d'une politique de prévention des risques psycho-sociaux au travail... Mais ceci est un autre chapitre...

Olivier Brunschwig

L'expertise : quel apport possible du numérique ?

Comme en médecine clinique et dans pratiquement tous les domaines, l'avènement du tout numérique pose un certain nombre de questions, notamment en ce qui concerne l'expertise :

Comment aborder la place du numérique dans la pratique expertale ?

Faut-il se réjouir ou s'inquiéter de la montée en puissance du numérique et de l'IA dans l'élaboration des expertises ? Qu'est-ce que ça va changer ?

Cet outil devient-il une aide incontournable et risque-t-il de devenir un empêchement à penser, à élaborer, bref, une sorte de prison algorithmique ?

Comment ne pas être esclave de ce qui devrait raisonnablement rester un outil facilitant ? Cela suppose-t-il de connaître et de maîtriser le maniement et les arcanes de son dispositif ?

Comment accueillir l'IA en gardant son libre-arbitre et sa position critique sur les attendus de ses algorithmes ? Et de fait, qui régit cet outil ?

Si le but est d'aider à la réflexion, à la formation et à la décision, est-il réellement le bienvenu ?

Présentation

Ma fonction d'expert pendant 20 ans dans le domaine criminel sur requête du juge d'instruction, du juge pour enfants, et dans les affaires familiales pour déterminer l'intérêt des enfants m'incite à tenter de répondre à ces questions. La pratique expertale particulière en psychiatrie dépend de la qualité de la rencontre avec la personne mise en cause ou la victime. La dimension subjective y tient une place importante. Et donc, le facteur humain peut tout autant y être une richesse qu'un écueil. Nous avons tous en tête le risque d'égarement de l'expert, soit parce qu'il est manipulé par l'expertisé ou un dossier très orienté, soit parce que, bordé de certitudes, l'expert oublie d'être prudent, studieux et modeste dans sa mission. Nous savons qu'expert ne veut pas dire être dépositaire d'une vérité indéfectible. Une des qualités de l'expert reste son humilité face à la complexité des situations qu'il rencontre.

Entre fascination et résistance

Les pouvoirs du numérique, c'est le sujet de discussion actuel, partout : à table, avec les enfants, au bureau, lors des échanges sociaux et politiques. C'est tout à fait logique dans la mesure où le numérique et tout ce qui s'y apparente, a pris une place centrale dans nos vies et à tous niveaux y compris le plus intime. Dans ces discussions, les oppositions prennent souvent une tournure très conflictuelle. Pourquoi ? Certains idéalisent, d'autres diabolisent : sur quels critères ? En

général, moins on en sait, moins on maîtrise, et plus on diabolise. À l'inverse, plus on a besoin de croire et de se projeter dans une utopie du progrès, plus on idéalise ce qui devrait libérer l'être humain, le transformer et l'augmenter grâce à l'IA. Il n'est pas certain que cette greffe numérique réussisse. Pour cela, l'information et l'éducation doivent être prioritaires afin que ce conflit se dialectise.

Comment ? Dans une troisième voie, plus rationnelle, d'une lucidité curieuse et critique qui évalue l'apport du numérique et des algorithmes, autant que ses risques. Car il faut en connaître les dangers pour profiter au maximum de l'IA et la maîtriser, plutôt que d'être sous son emprise. La prudence est de bon aloi face aux dérives possibles du numérique. Mais prudence ne veut pas dire défiance, et défiance ne veut pas dire refus. On sait qu'à chaque progrès radical, on assiste à la même résistance au changement : l'imprimerie, le train...

Être de son temps, ce n'est pas suivre une mode ou adopter la posture moderne, c'est s'approprier un progrès comme une facilité mais sans en être l'esclave.

Serions-nous de grands enfants ?

À quoi tiennent cette résistance ou cet engouement ? Un facteur important, c'est la façon dont ce progrès est présenté et enseigné, avec une dimension plutôt ludique ou laborieuse. Mais le facteur principal est lié aux qualités et aux capacités des individus. Et là, quels critères interviennent dans l'accueil du progrès : l'âge, l'expérience de vie, l'ouverture d'esprit, la faculté de s'adapter, la tendance au repli anxieux ou à la curiosité, les capacités cognitives et intellectuelles, le potentiel créatif et intuitif... mais aussi, ne l'oublions pas, dans quel climat social et politique l'évolution nous est proposée ou imposée.

Tout cela commence très tôt et dépend de l'histoire infantile et des facteurs environnementaux. Sans parler de destin, certains individus dans certaines conditions vont chercher une sécurité avec une résistance au changement et des rituels qui entravent l'adaptation, alors que d'autres ont eu la chance, ou se sont donnés la chance d'être curieux de découvertes sans crainte de bouleverser leurs habitudes. Ne croyons pas que celui qui a eu une enfance heureuse et tranquille est le mieux préparé à un changement. Pas plus d'ailleurs ne l'est celui qui a subi un traumatisme ou vécu une souffrance sociale. Ils doivent d'autant plus se protéger.

En fait, on va parler d'une capacité dépressive⁽¹⁾. Ce paradoxe utile nous permet de comprendre comment on se prépare à affronter l'existence... et le progrès. Vivre des épreuves, un deuil, un drame, on ne le souhaite à personne. Mais réussir à se relever après la chute, par exemple la mort d'un proche, un accident ou une adolescence chaotique, c'est faire l'expérience qu'on peut se relever, qu'on peut agir sur son destin. C'est ce qui forge la capacité d'exister et de résister. La résilience en est une modalité réussie qui préserve l'ouverture au monde.

Quand on prend conscience qu'une épreuve peut devenir une opportunité créative dans sa vie, on peut d'autant mieux accueillir tout ce qui est nouveau, y compris avec ses obstacles, les imprévus, et réussir à se l'approprier. Il en est de l'IA comme d'autres aventures qui font appel à la créativité et à l'initiative. S'en saisir ne signifie pas y plonger aveuglément mais pouvoir en évaluer l'enjeu et l'apport.

Capacités cognitives et capacité de jugement de l'expert

Le processus d'élaboration d'une expertise fait appel à plusieurs niveaux de nos compétences neuropsychiques : la réflexion intellectuelle, l'intelligence intuitive, la mémoire opératoire, la mémoire synthétique. C'est une alchimie individuelle qui va produire une bonne ou une moins bonne expertise.

La composante subjective se lie à la qualité du doute méthodique⁽²⁾ qui met à l'épreuve l'expérience et la connaissance pour asseoir des conclusions. Ce processus complexe s'opère consciemment, mais aussi inconsciemment. C'est une opération expérimentée qui garantit l'élaboration expertale réussie. Une question importante en découle : si un processus externe y intervient, en l'occurrence des algorithmes de l'IA, comment celui-ci s'inscrit dans le processus neuropsychique de l'expert, et qu'est-ce qu'il va y modifier ou y altérer dans son élaboration ? Ainsi, on peut mieux cadrer les conditions d'un apport bénéfique de l'IA et des algorithmes dans l'assistance à l'expertise à tous les niveaux de son élaboration jusqu'à nos décisions.

Agir comme expert, comment et pourquoi ?

Passons sur une autre question fondamentale, les conditions éthiques de la pratique expertale pour qu'une expertise soit digne de ce nom, et qu'un expert soit digne de son titre. Venons-en plutôt à l'aspect technique de l'expertise qui invite à s'entourer de

toutes les connaissances actuelles et des bilans utiles. Les données complexes et la spécialisation des connaissances obligent de plus en plus à requérir une aide car on ne peut pas tout savoir et maîtriser à l'instant T de l'expertise. Quoi de mieux pour faciliter le travail qu'un apport de méthode et de théorie délivré en temps réel par des données numériques accessibles depuis son bureau ?

La qualité de l'expertise, que nous souhaitons tous, requiert du temps, un libre-arbitre et des compétences. Une aide est la bienvenue mais à condition qu'elle s'inscrive dans la qualité et non dans une approximation qui ne serait que le produit d'un calcul de probabilité quantitatif. Résoudre la complexité par la simplification comptable ne peut qu'altérer la qualité éthique de l'expertise.

Ce qu'on doit demander au numérique, à l'IA et à ses algorithmes, c'est d'être un outil... un outil précieux et performant, mais juste un outil. L'expert va se servir de cet outil pour augmenter la qualité de son expertise, et non pour la situer dans la moyenne statistique quantitative ou dans une médiane prédictive en conformité avec le discours commun ou un standard dicté. Le but est de faciliter le travail et d'apporter une sécurité comparative propice à résoudre le doute méthodique de notre élaboration. Le but est aussi de nous éviter certains écueils et de préserver la dimension réparatrice d'une justice restant à l'échelle humaine tant pour la victime que pour le coupable.

Origine des algorithmes et processus de fonctionnement

Que devient l'éthique de l'expert s'il est prisonnier d'une standardisation et d'une uniformisation de son expertise, soumis à des algorithmes qui seraient conçus dans un but de simplification et d'économie. La prudence veut qu'avant d'utiliser les algorithmes proposés, il faille se renseigner sur quelques questions : qui les conçoit, dans quel but et avec quels a priori conceptuels ? Chacun dans son domaine doit passer à l'épreuve du feu les algorithmes prédictifs, selon leur origine, leur intentionnalité et la nature de l'aide qu'ils apportent.

En médecine, par exemple, nous sommes envahis de recommandations opposables et de directives de bonnes pratiques qui deviennent des obligations alors même que leurs concepteurs ne sont pas des praticiens réellement expérimentés. Ils ont plus ou moins délibérément écarté la complexité des facteurs entrant

(1) Pierre Fédida, *Les bienfaits de la dépression*, O Jacob, 2003 (version poche).

(2) René Descartes est l'inventeur de cette notion et de ce processus de mise au travail de la pensée.

en jeu dans l'abord diagnostique et thérapeutique. Cela permet, comme on le constate aujourd'hui, d'utiliser des opérateurs de santé sous-qualifiés, comme par exemple l'IPA, un infirmier de pratique avancée, afin de réduire les coûts et de résoudre par un tour de passe-passe le problème épineux de la démographie médicale.

Il en va de même pour les experts. Ils coûtent cher et ils sont devenus une denrée rare dans certains domaines, notamment en psychiatrie, donc la tentation serait d'aller vers une protocolisation de l'expertise dans le but de se passer de la qualification d'un expert expérimenté. Il suffit alors de cocher les cases, ce qu'on peut demander à un exécutant un peu cortiqué. On disposera alors d'expertises uniformisées, produit d'une évaluation standardisée, mais qui devient opposable à l'expert qui oserait ne pas se conformer à ces recommandations.

L'intelligence artificielle est-elle la réponse à la modestie de l'expert ?

Pour être performant, un expert a besoin de formation continue et d'une confrontation de sa pratique à celle de ses pairs. Quelles solutions va-t-il choisir ? S'il veut de la qualité, il va privilégier des rencontres comme celle d'un colloque ou de petits groupes de pairs mieux adaptés à l'analyse personnelle de sa pratique. Rien de tel que la confrontation avec des collègues pour remettre en question ses automatismes et pour progresser en analysant sa pratique. Pour la mise à niveau de sa formation, l'expert peut aussi recourir à des données numériques, à condition que leur apport qualitatif soit réel et adapté.

Outre la mise à niveau des connaissances, le déroulé des algorithmes de formation et d'aide à la décision peut aussi s'avérer pertinent s'il regroupe les compétences d'experts reconnus. Si ces algorithmes offrent un cadre d'expérience et d'aide à l'élaboration, ils sont des suggestions bienvenues que l'expert peut mettre à l'épreuve dans la singularité de ses expertises.

Du meilleur au pire

Le mieux, nous l'avons vu, c'est une IA qui se met au service de l'expert en lui apportant un outil dont il se sert à sa façon, quitte à en revoir la forme et à ajuster cet outil, comme le fait l'artisan spécialisé pour forger une pièce unique. Le pire, c'est de devenir un opérateur qui travaille en streaming sans avoir recours à la mémoire de son expérience, d'être un exécutant qui se contenterait de cocher des cases sur la base d'items standardisés. Il ne reste alors à l'outil numérique qu'à compter les points et à remettre la décision et la cotation des différentes évaluations.

Difficile de savoir réellement comment ça se passe dans d'autres métiers mais en médecine, y compris en psychiatrie, les étudiants ont pris l'habitude durant leurs études de cocher des cases, de remplir des QCM et des Quiz sur un mode binaire. Face au malade, ils font de même et ils ne prennent position qu'après avoir multiplié les bilans dont certains sont inutiles et parfois délétères. On leur enseigne que la sécurité et la protocolisation sont prioritaires donc qu'ils ne peuvent se dispenser d'un bilan complet. Alors, ils s'égarer et se privent d'un sens clinique intuitif précieux. Que devient la complexité inhérente à l'être humain s'il se résume à des croix dans des cases face à des items standardisés ?

Pour finir 2 exemples d'expertises épineuses dans le champ psychiatrique :

1) Un procès d'assises pour viol dans un cadre familial puis appel et nouvel appel suite à un élément nouveau. Le petit-fils accusa le grand-père de viol avec moult détails sur lesquels il est revenu progressivement. Une cohorte d'experts est nommée (pédiatres, chirurgiens, psychiatres, psychologues). Certains s'engagent sans aucune prudence avec des affirmations qui n'ont pas retenu la leçon d'Outreau. Or, coup de théâtre lors du dernier appel, le petit-fils avoue qu'il a menti sur toute la ligne. Est-ce vrai, est-ce faux ? En tous cas, le grand-père est innocenté. Aussitôt, celui-ci se retourne contre les experts, tout au moins ceux, dont je ne suis pas, qui ont affirmé sans se prémunir du doute. Quelle aide aurait pu apporter une approche prédictive de l'expertise dans cette situation ? Celle de faire que les experts soient alertés sur la validité des allégations en lien avec une problématique familiale éminemment conflictuelle.

2) Nous sommes 3 experts nommés dans une affaire de meurtre extrêmement violent, manifestement passionnel : 70 coups de couteau de la part d'un homme qui se rend aussitôt chez son voisin, s'effondre et avoue son crime. Contexte dépressif, deuil pathologique de sa première femme décédée d'un cancer, profondément déstabilisé par une femme avide de sexualité et dépensière. Les experts, sans se concerter, sont en accord sur certains points : crime passionnel dans un contexte dépressif nécessitant un soin, mais pas de dangerosité ni a priori de risque de récidive. Il est condamné à 12 ans de réclusion, mais au vu d'une conduite exemplaire et du suivi psychiatrique effectif, il est relâché au bout de six ans. Il va mieux, très apprécié de son entourage, et ira même jusqu'à habiter dans un appartement du même immeuble au même étage que celui qu'il occupait lors du crime. Il s'engage dans une association caritative et arrête son traitement psychiatrique après avoir rencontré une femme avec laquelle il construit sa nouvelle vie. Peu de temps

après, dans un état second, il la tue de 69 coups de couteau puis se rend chez le même voisin, avoue son crime et se montre aussi perdu. Le même policier vient le chercher en lui disant : *ah non, pas vous encore ?* La répétition est telle qu'il est difficile d'y croire, et pourtant, la réalité est celle-ci, aussi terrassante que fascinante pour tous les professionnels et voisins.

Pourquoi lui encore ? Les nouveaux experts nommés sont perplexes car aucune situation similaire n'a déjà été rencontrée, tout au moins dans ce qu'ils connaissent. Disposer d'outils numériques prédictifs aurait-il pu nous permettre de nous montrer plus prudent, encore que nous le fûmes ? Ce n'est pas impossible mais conséquence, cela imposerait dans toute expertise psychiatrique renforcée par les données numériques prédictives, de systématiquement conclure, par prudence, à une dangerosité et à un risque de récidive, donc à l'aggravation des peines.

Résumé

L'adaptation au progrès numérique et à l'IA est nécessaire et profitable à condition que cela reste un outil, qu'on soit capable de le dompter et d'en comprendre les arcanes, y compris comment et pourquoi les algorithmes ont été conçus, dans quelle intention et sur quels critères. En aucun cas l'IA et ses algorithmes ne doivent conduire à utiliser des experts *low cost* ou des exécutants formés à la 6/4/2. Il est des domaines où l'apport de l'IA est plus facile et plus utile que dans d'autres. Particulièrement en psychiatrie, le facteur humain, sa relative imprévisibilité et la multiplicité des exceptions oblige à une élaboration complexe et toujours incertaine. Cela ne nous empêche pas d'accueillir l'apport numérique prédictif et de lui trouver sa juste place.

Thierry Delcourt

Le management de la qualité Enjeux psychiques et conséquences conceptuelles sur l'évolution de la psychiatrie

Devenue une obligation légale dans certains secteurs (auto-évaluation, audit externe, certification, etc), les entreprises ont adopté depuis plusieurs années la « culture de l'amélioration de la qualité », en s'y adaptant chacune selon sa culture interne. S'agit-il uniquement de la qualité du service rendu et de la production, ou s'agirait-il de nouvelles directives imposées d'en haut sans aucun lien avec le terrain ? Ni l'une ni l'autre. Elle se veut bien plus une méthode rationnelle de management, visant à améliorer la communication au sein des entreprises sur des bases objectives. Le but affiché est tout autant de restaurer la motivation et la fierté des employés, que de permettre à l'encadrement d'exercer leurs capacités de réflexion de manière efficace afin d'améliorer la productivité de l'entreprise. Mais pour obtenir ces effets bénéfiques sur le travail en commun au sein de l'entreprise, une méthodologie précise, « le management de la qualité » doit être employé et respecté par tous. Il fut élaboré par des économistes américains marqués par la grande crise de 1929, dont les méthodes purent être mises en œuvre dans le Japon de l'après-guerre, avec le succès que l'on sait, en termes de production et d'innovation.

LE CONTRÔLE STATISTIQUE de Shewhart

Walter Andrew Shewhart (1891-1967), ancien cadre dirigeant de la société de téléphones fondée par Graham Bell (dont il fut l'inventeur avec Elisha Gray en 1876), est considéré aujourd'hui comme l'initiateur d'un changement culturel majeur dans le secteur de l'industrie. Par la mise en place de « graphiques de contrôle » et d'une réévaluation continue des processus, à l'échelle de toute l'entreprise, il démontra dans son ouvrage *Les Fondements de la Maîtrise de la Qualité* (1939), que la croissance économique industrielle peut être garantie par un contrôle statistique et un pilotage global de la production. Shewhart poursuivit toute sa carrière dans la même compagnie, fer de lance des recherches en nouvelles technologies (téléphone, graphophone, audiomètre, détecteur de métaux, poumon d'acier, etc...) et contribua à en faire un géant mondial grâce au concours de chercheurs de renom (par exemple Alan Turing); elle porte aujourd'hui le nom de *Nokia-Bell Labs*. Son collègue direct au sein de Bell, Georges Deforest Edwards fut le premier président de *l'American Society for Quality Control*, association de cadres dirigeants qui milite jusqu'à aujourd'hui pour la

formation des managers du processus qualité. Entre ces pionniers et notre époque s'étend la longue période où Deming œuvra à la généralisation de ces principes à tous types d'activités économiques.

LE CERCLE DE LA QUALITÉ de Deming

William Edwards Deming (1900-1993) est issu d'une famille de fermiers de l'Iowa (Sioux City), de père juriste et mathématicien, et d'une mère musicienne. Il débuta sa carrière en tant que statisticien après une formation à l'université du Wyoming, du Colorado et son doctorat à Yale avant la grande crise économique de 1929. Il compléta sa formation à Londres peu avant la guerre, rencontra Shewhart à Yale en 1935, et collabora au recensement américain de 1940. À l'entrée en guerre des États-Unis en 1941-1942, il se voit chargé de réfléchir à la mise en œuvre d'une nouvelle culture de production de masse du matériel militaire permettant, à moyens constants, d'améliorer la productivité et de réduire le gaspillage. Il s'inspire à cet effet des théories de Shewhart, et applique le cycle d'amélioration de la qualité (que l'on appellera bientôt le Cycle de Deming ou PDCA) qui relie, dans une même démarche continue, quatre processus successifs : la préparation des objectifs et des moyens (en anglais: *Plan*), la mise en œuvre (*Do*), la mesure et le contrôle du résultat (*Check*), et la proposition des améliorations (*Act*). Le « contrôle statistique » des pièces produites devint donc une doctrine généralisable à toute la production industrielle et suscita la mise en place de nouvelles normes garanties par l'*Institut national de normalisation (American National Standards Institute ANSI)*, représentant des États-Unis à l'*Organisation Internationale de Normalisation* (appelée communément de manière standardisée « ISO », siégeant à Genève, et dont le représentant français est l'AFNOR).

Alors que dans l'industrie de guerre les Allemands étaient dépendants d'interventions manuelles ainsi que du travail forcé généralisé, ce qui ne leur permettait évidemment pas d'obtenir une fiabilité suffisante dans leur production, la conversion efficace de toute l'industrie américaine à une économie capable de produire en masse des équipements fiables fut décisive dans l'issue de la guerre. À la victoire des Alliés, Deming fut chargé par Douglas MacArthur (gouverneur du Japon occupé) de réorganiser l'ensemble de l'effort industriel japonais, afin de stabiliser le camp américain en Extrême-Orient. Nous connaissons tous l'efficacité de production et d'innovation du Japon depuis lors. Deming enseigna dans les années 1960-1970 à la New York University, et aux universités de Columbia et de Stanford, puis poursuivit son activité de consultant, tout en élargissant son audience auprès du grand public : son ouvrage classique *Quality Productivity and*

Competitive Position, fut édité en 1982 et traduit en français par Jean-Marie Gogue sous le titre *Hors de la crise* (1991; références à ses pages ci-dessous).

Deming y développe notamment 14 principes fondamentaux de la transformation du management, permettant de « *soigner les maladies mortelles* » de la mauvaise gestion des entreprises, puisque « *les meilleurs efforts ne suffisent pas* p75 ». Loin de correspondre sur le papier à un plaidoyer ultra-libéral, où l'information expertale descendrait du haut de la hiérarchie jusqu'aux exécutants, Deming y prône au contraire une méthode de dialogue où la parole serait libre au sein des entreprises américaines, en mettant fin au « *management par la crainte* p113 », ce qui contribuerait à ce que l'information puisse remonter vers l'encadrement. Si les managers sont en mesure de prendre conscience du travail de terrain, les corrections globales du travail en commun peuvent être effectuées sous le leadership de cadres reconnus, qui acquièrent leur légitimité (comme au Japon, ou en médecine d'ailleurs) par « *un très long apprentissage (4 à 12 ans)* p 96 » de toutes les étapes de la production. Deming reproche en effet aux entreprises de se défausser de leurs responsabilités, du fait que « *95 pour cent des contremaîtres n'ont jamais fait le travail qu'ils supervisent* p99 », et que « *la rotation du personnel augmente en même temps que la production de produits défectueux* p119 ».

Un des objectifs cruciaux de toute la démarche qualité selon Deming serait que chaque employé soit fier de son travail, mais qu'il soit également attaché à ce que les conditions soient optimales pour l'effectuer, et de plus, continuellement formé à cet effet. Nous pouvons souligner que, selon lui, ce qui peut contribuer à la faillite d'une entreprise serait une évaluation individuelle à court terme de l'action de chaque salarié (par exemple des entretiens annuels avec objectifs chiffrés, les exhortations diverses, et les normes d'activité). Il en résulterait une perte de confiance vis-à-vis de la hiérarchie, et par conséquent une mauvaise évaluation de la production globale de l'entreprise par l'encadrement, dont la responsabilité est de fournir les conditions de travail optimales aux salariés. Selon Deming, le fait d'imposer « *un quota est totalement incompatible avec l'amélioration constante des processus* p109 », et le contrôle statistique permanent serait la seule méthode rationnelle possible pour évaluer la production d'une entreprise, ce qui permet en outre d'obtenir en son sein un fonctionnement vertueux entretenant sa bonne santé économique.

Actuellement très en vogue dans la gestion des grandes entreprises, le processus qualité de Deming est appliqué de plus en plus largement dans le monde du travail français, au point de devenir réglementaire

dans des domaines de plus en plus nombreux (par exemple les cliniques, les services hospitaliers et les centres de consultation).

APPLICATION DU PROCESSUS QUALITÉ EN PSYCHIATRIE

En reprenant certains préceptes de Shewhart et de Deming, nous verrons à quel point la psychiatrie semble s'être adaptée très en amont à la culture de la qualité. Tout d'abord condition de l'application de la méthode, puisque « *toute règle de décision nécessite au départ une prévision* p277 », la réflexion statistique est fondamentalement organisée autour de données statiques basées sur des échantillons de très grande taille (de l'ordre du million de sujets) et qui indiquent des ordres de grandeur : l'épidémiologie. Si nous prenons comme hypothèse que la prévisibilité nous est fournie par l'épidémiologie, le modèle pourrait s'appliquer aussi à la psychiatrie.

Plus les échantillons sont réduits, moins leur contenu est prévisible, ce qui implique que la psychiatrie à plus petite échelle semble a priori hors de portée du contrôle statistique : « *lorsque les variations de la qualité sont trop grandes pour que l'on puisse prévoir où celle-ci se placera par rapport au point d'indifférence, nous sommes dans un état de chaos : (...) aucune distribution n'est prévisible* p279 ». La psychiatrie à échelle humaine serait-elle donc le cauchemar de tout statisticien objectif ? Ou plus précisément, pour le statisticien, un jugement de valeur négatif s'applique à ce qui n'est pas mesurable et à ce qui ne peut se justifier de manière chiffrée : « *Quand une unité est dans un état de chaos (mauvais commandement, mauvaise organisation, aucun contrôle statistique), il n'y a pas la moindre possibilité qu'un employé mette en valeur sa capacité de faire du bon travail* p236 ».

Cependant, avant toute interprétation par des statisticiens, l'élaboration du protocole, dont l'application fournira des indicateurs statistiques, doit être réalisée par des experts (dits « *hommes de science* ») en lien direct avec le terrain. Selon Shewhart (1939) : « *pour pouvoir appliquer la technique statistique de contrôle, il est essentiel que l'homme de science relève les données de façon à ce qu'elles puissent être utilisées dans les critères de contrôle. (...) Dès qu'un état de contrôle statistique est atteint, le statisticien peut procéder sans l'aide de l'homme de science pour fixer des règles qui conduisent aux précisions les plus efficaces* p139 ». Ensuite, le processus doit faire partie intégrante du travail des équipes à long terme, ce qui nécessite un temps variable pour changer la culture d'entreprise (jusqu'à plusieurs années). Il est vital d'attendre que les indicateurs puissent être recueillis de manière similaire une fois le processus stabilisé, afin d'être comparés sur la durée : c'est l'état de contrôle statistique. Pour

Shewhart (1931) : « *on n'a pas le droit d'attribuer une précision, bonne ou mauvaise, à une méthode d'essai tant que le système formé par l'opérateur et l'appareil de mesure n'est pas en état de contrôle statistique; ceci quelque soit le prix de l'appareil* ».

Pour mettre en accord la tâche du manager et de l'employé, Deming propose d'organiser le travail non pas à partir de concepts et de critères spécifiques qui décrivent les situations observées, mais au contraire autour de nouveaux critères repérables par le plus grand nombre et permettant la plus grande stabilité de ce qui est décrit, les définitions dites opérationnelles : « *le concept d'une définition est au-delà des mots. On ne peut pas la communiquer à quelqu'un d'autre. Une définition opérationnelle est une définition sur laquelle des hommes raisonnables peuvent se mettre d'accord (...) et peuvent faire une œuvre commune* p258 ». En fait, cette démarche existe déjà en psychiatrie, sous la forme du projet américain DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) : celui-ci redéfinit les maladies non pas en conservant les critères spécifiques observés avec lesquels les maladies psychiatriques ont été décrites, mais au contraire il définit des troubles selon des critères opérationnels ouvrant à une plus grande fiabilité inter-juges, c'est à dire avant tout à une plus grande reproductibilité de l'acte diagnostique (cf : *Qu'est-ce que le DSM ?* de Steeves Demazeux). Ceci ouvre théoriquement la voie au domaine de la recherche, notamment en postulant l'objectivité de la démarche du diagnostic statistique. Elle assimile ainsi la psychiatrie aux autres spécialités médicales et autorise donc l'application des principes de l'*Evidence-Based Medicine (EBM)* à la santé mentale. Ce projet a pour but de standardiser la démarche clinique en la rendant justifiable et opposable, et implique que ce qui n'en fait pas partie soit assimilé à une perte de chance : « *Les définitions opérationnelles sont nécessaires pour l'économie et la fiabilité. (...) Sans une définition opérationnelle, les recherches sur un problème seront coûteuses et inefficaces, et conduiront presque certainement à des querelles sans fin et à des controverses* p265 » nous dit Deming. Cette démarche a pour ambition d'arbitrer et de dégager enfin un consensus (cf : *US-UK Diagnostic Project*, étude comparant les diagnostics de schizophrénie des deux côtés de l'Atlantique, par les ministères de la santé américain et britannique en 1972, dans laquelle Deming est cité comme conseiller) pouvant occuper une place centrale dans la doctrine psychiatrique, qui se trouve ainsi redéfinie non par l'anatomopathologie, mais par l'outil statistique, pour obtenir, comme Deming le recommande « *des définitions que tous les opérateurs, et les inspecteurs aussi, comprenaient de la même façon* p269 ». Comme le prédit Shewhart en économie : « *[Les définitions opérationnelles] présentent aussi un intérêt considérable pour les statisticiens et plus*

généralement pour tous ceux qui s'efforcent d'énoncer ce qu'ils conçoivent et de concevoir ce qu'ils énoncent p179 ». Une des conséquences de cet alignement sémantique a été aussi la transformation profonde de la pensée en psychiatrie.

Cependant, tout comme Robert L Spitzer (directeur du projet DSM-III) expliquait en 1975 qu'il formait encore ses étudiants à tromper l'algorithme de la machine diagnostique (le jeu de l'imitation de Turing sur le logiciel DIAGNO), Deming suggère l'importance du fait que certains puissent toujours avoir une connaissance non uniquement basée sur la culture du processus qualité : « un haut fonctionnaire ne peut pas se contenter de comprendre superficiellement les spécifications de performance, dans le domaine (...) de la médecine ou des efforts humains. Les principes de la théorie de la connaissance, souvent considérés comme des passe-temps sans importance, (...) prennent une extrême gravité pour un homme confronté à des problèmes industriels p265 ». En effet, le processus qualité ne peut modéliser tous les aspects de la production, car « la pratique est plus astreignante que la science fondamentale ; plus astreignante que l'enseignement p258 ». Deming suggère même paradoxalement que les experts du processus qualité soient capables d'être critiques par rapport aux indicateurs tout en conservant la capacité de rester vigilants par eux-mêmes. La connaissance de la situation sur le terrain ne peut se restreindre au point de se confondre avec le processus qualité : « le fait de ne pas pratiquer d'inspection ne signifie pas que l'on ignore la qualité des pièces p277 », ou encore : « si deux hommes qui émettent des opinions indépendantes sont en accord parfait, il ne faut pas en conclure pour autant qu'ils ont raison. Cette constatation signifie seulement qu'ils constituent un système p300 ». La faculté de réfléchir depuis l'extérieur de ce système, avec suffisamment de recul, peut définir les personnes qui maîtrisent le processus qualité et qui peuvent l'interpréter, car pour Deming, « seule une personne qui connaît parfaitement les opérations peut découvrir et éliminer une cause spéciale de variation détectée par un graphique de contrôle p38 ». C'est ce qui permet d'affiner et ensuite de proposer une mesure d'amélioration du savoir-faire. Toutefois, pour Shewhart, les progrès ne se vérifient que dans l'après-coup: « la validité des techniques statistiques ne peut être déterminée qu'empiriquement. En raison de son caractère répétitif, le processus de production de série offre un admirable champ d'action à l'essai des techniques proposées p180 ».

En conclusion de son livre, Deming prend l'exemple des procès dans le monde médical américain pour inciter les médecins à protéger leur exercice et leurs conditions de travail en y appliquant un processus de qualité leur permettant d'être moins vulnérables sur le plan judiciaire: « le problème est de découvrir

si la cause d'un résultat défavorable réside dans le système ou peut être attribué à une cause spéciale. Le système est celui des soins médicaux, dont font partie le médecin, le traitement et le patient. (...) Le monde médical franchira une étape importante le jour où les causes spéciales des échecs thérapeutiques auront reçu des définitions opérationnelles. C'est un travail considérable qui n'aura pas de fin, mais tant que ce travail ne sera pas suffisamment avancé, les médecins des États-Unis et leurs compagnies d'assurances continueront à se battre contre des accusations de négligence parfaitement injustes et à vivre sous la menace d'absurdités parfaitement légales p343 ». La mise en garde est à peine voilée pour le monde médical, qui se retrouverait lui aussi sommé de se conformer à un contrôle statistique justifiable et opposable.

Nous devons préciser que contrairement aux États-Unis, en France le processus qualité n'a pas été envisagé pour être appliqué à la démarche clinique (qui reste libre et respecte l'indépendance de chaque médecin), mais uniquement aux procédures d'organisation des soins et des services médicaux. Cependant, l'influence de la pensée américaine dans le domaine clinique conserve une autorité de tout premier plan sur les cliniciens européens.

ENJEUX PSYCHOLOGIQUES CHEZ DES SALARIÉS

Ceci étant dit, qu'en est-il des conditions de travail des salariés ? L'on ne peut occulter le fait que le Japon d'après-guerre était sous occupation militaire des États-Unis, et que l'application de nouvelles règles économiques fut imposé par la force, en dehors de tout processus démocratique. Les employés et les encadrements ont dû appliquer ces nouvelles règles sans autonomie et sans pouvoir les contester. Deming propose que dans les entreprises, « la direction générale doit s'engager par écrit à ce que personne ne perde son emploi pour avoir contribué à la qualité et à la productivité p 82 ». Dans le contexte actuel de dégradation des conditions de travail et des insuffisances du management, nous pouvons considérer que malgré les efforts soutenus des directions des entreprises, les processus ne sont pas toujours développés de manière optimale, et que les salariés ne sont pas toujours aussi bien protégés que ne le recommande Deming. Dans les manuels plus modernes expliquant la qualité selon Deming, l'on remarque hélas une profusion de diagrammes PDCA, déclinés en des centaines de variantes, ainsi que la proclamation selon laquelle telle ou telle norme ISO 9000x, comme une fin en soi, garantirait l'application la plus pure du processus qualité de l'oracle de Sioux City, William Edwards Deming. Son propos, simplifié à l'extrême, y est souvent grossièrement caricaturé. On y voit disparaître les notions de fierté du travail

et de dialogue social, à tel point que ces démarches en viennent à ressembler à ce que Deming lui-même avait dénoncé: « Un chemin qui mène tout droit à la frustration. Un jour, une société inaugure un programme d'amélioration de la qualité dans l'allégresse générale, avec des exhortations, des réunions de sensibilisation, des affiches et des engagements solennels. La qualité devient une religion p40 ». Deming fustige les situations où la communication prend le pas sur le contenu: « Un programme de qualité totale lancé avec de grandes cérémonies, des discours de ministres, des drapeaux, de la musique, des badges et des applaudissements nourris, est à la fois une illusion et un piège p78 ». Ce jeu de dupes serait délétère à l'entreprise dans tous les cas: « Les affiches et les slogans n'ont jamais aidé personne à mieux faire son travail p104. (...) Les exhortations et les affiches n'engendrent que des frustrations et des ressentiments. Elles font savoir aux ouvriers que le management n'a pas conscience de ce qui les empêche d'être fiers de leur travail p105. (...) On finit par s'apercevoir que la campagne n'était qu'une mystification p106 ».

Pour Deming, il ne peut y avoir de satisfaction à s'éloigner de son métier de terrain : « D'après mon expérience, lorsqu'ils sont confrontés aux problèmes humains (soit ceux des cadres), les cadres sont frappés de paralysie. Ils se réfugient alors dans la formation de cercles de qualité, de groupes de participation des employés et de groupes de qualité de vie au travail. (...) Comme on aurait pu le prévoir, ces groupes se désintègrent au bout de quelques mois à force de frustrations. Ils refusent de participer davantage à un sinistre canular p119 ». Cette frustration se rencontre auprès de nos patients, et l'absence de perspectives au sein de l'entreprise conduit un nombre croissant de salariés à changer de travail, en traversant auparavant des crises psychologiques plus ou moins importantes avant de comprendre que la problématique provient d'une insuffisance de leur management. Jusqu'à aujourd'hui ce sont les médecins cliniciens et médecins du travail qui sont, de manière disjointe et complémentaire, chargés de recueillir les points de vue de ces salariés, et de leur permettre d'avoir accès à des soins et de surseoir à un retour dans un milieu professionnel éventuellement toxique. Il y aurait en tout cas un intérêt majeur à ce que la nouvelle organisation du dialogue social au sein des entreprises (la réforme des CSE) permette de restaurer un peu plus de dialogue entre les différents métiers et échelons au sein de l'entreprise.

Il n'y a pas vraiment d'alternative ni d'outil technique miracle qui fera ce travail à la place des managers. Puisque Deming a fait partie des premiers à pouvoir utiliser des outils informatiques pour ses recherches, il est savoureux de rappeler brièvement son point de vue sur l'informatisation, innovation débutante à l'époque qui ne l'avait pas impressionné, et dont le principal écueil était « l'ordinateur sans maître p67 »: « Quelques

gadgets peuvent augmenter la productivité jusqu'à couvrir leurs propres dépenses, mais l'ensemble des résultats dus aux nouvelles machines, aux gadgets et aux idées brillantes est peu de chose en comparaison des gains de productivité qui seront réalisés par un bon management des entreprises qui survivent au déclin p29 ». Ou encore il rappelle le fait que le logiciel n'est pas en mesure de donner des idées mais que son rôle est avant tout de gérer des tâches répétitives bien maîtrisées: « le chef de service (...) pense que cet investissement éliminera les erreurs et versera un dividende (...) dès sa mise en service. (...) C'est seulement quand les dactylos n'auront plus vraiment besoin de ce logiciel qu'il faudra l'acheter et l'améliorer constamment p85 ». La limite dans l'organisation des entreprises est bien essentiellement liée à des facteurs humains et relationnels.

CONCLUSION

Au nom de la méthodologie objective et opposable, le développement progressif de la culture de la qualité a pour effet que l'EBM/DSM puisse se présenter comme un courant plus solide que les autres, mais il a été construit méthodiquement pour s'adapter aux outils de mesure de sa propre légitimité. Seul courant à pouvoir se soumettre avec succès au contrôle statistique, les autres orientations en psychiatrie sont contraintes de se passer de la morale de l'évaluation chiffrée dont les dés sont pipés, et selon laquelle elles sont d'emblée perdantes.

Cependant, la psychiatrie ne peut probablement pas se réduire à une procédure industrielle chiffrée et objective. La production industrielle et la psychiatrie ne sont probablement pas en tous points comparables. Ce qui n'est pas accessible au processus de qualité correspond probablement à la majeure partie de la psychiatrie, et tous ces courants dissidents à l'idéologie dite objective de la qualité ne sauraient être considérés simplement comme de simples procédures défectueuses. Chaque courant de la psychiatrie possède son périmètre particulier et sa légitimité culturelle, tout aussi fort que les autres. Les psychiatres ont encore le droit de dire ce qui a du sens à leurs yeux, de choisir leur manière de travailler et des références intellectuelles, qui d'ailleurs ne sont pas mutuellement exclusives l'une de l'autre, et qui portent un métier, une praxis, vieille de plusieurs siècles.

Et si le soin de qualité se définissait plutôt humainement, pour chaque patient, non pas grâce à l'épidémiologie et à ses biais liés aux critères opérationnels arbitraires, mais par une personnalisation non protocolaire du soin, ce qui pourrait être la garantie de l'importance que lui accorde son médecin, qui reconnaît alors son patient dans sa souffrance? Le processus qualité dans les soins psychiatriques ne serait peut-être alors qu'une bulle spéculative...

Jérémy Sinzelle
Psychiatre, Paris

Paul Lacaze nous invite à sa rencontre avec la psychiatrie et les vastes horizons qu'elle lui faisait découvrir. La psychiatrie des années 70 était pleine d'espoir et laissait place à l'imagination bien loin de la psychiatrie tristounette de ce début du XXI^e siècle.

Michel Jurus

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

2^{ème} partie

Août 1966, premier pas dans le monde asilaire de l'Hôpital Psychiatrique Font d'Aurette, l'Internat, à midi, pour y retrouver mes nouveaux collègues (seulement 6 au total pour près de 1500 malades !). Je suis accueilli par l'un d'entre eux, avec un verre de Pastis en guise de bienvenue. De quoi vous réjouir puisqu'aussitôt le dialogue s'installe : pourquoi venir ici ? quelle connaissance du Service ? quel projet ?

C'était l'époque où l'on s'interrogeait, et il y avait de quoi car, sans motivation plus ou moins perceptible, on ne disposait que de très peu de supports théoriques ni encore moins techniques susceptibles, comme aujourd'hui, de vous faire « manier » la psychiatrie comme le ferait un ingénieur en spécialité d'organe. Non, hormis quelques molécules « modernes » telles que les premiers neuroleptiques, les tout-premiers tranquillisants puis les antidépresseurs, les techniques de soins se limitaient aux « chocs », chocs électriques (sismothérapie) le plus souvent, à large échelle et « à sec » (sans anesthésie) ou bien chocs thermiques extrêmes (par poussées fébriles en inoculant du Plasmodium Vivax, la malarothérapie) ou bien encore les chocs insuliniques, la fameuse « cure de Sakel » et ses comas hypoglycémiques quotidiens... autant de techniques (parmi d'autres moins courantes) qui venaient se substituer aux « contentions d'autrefois » comme l'hydrothérapie ou la camisole de force, les plus connues ! Dire que les malades s'en réjouissaient serait excessif mais néanmoins ils le vivaient comme une occasion d'être pleinement « pris en charge » – au sens fort de cette expression – donc reconnus, accompagnés, voire soulagés.

Encore fallait-il que de leur côté les soignants, depuis peu (les années 60) formés à la psychiatrie asilaire institutionnelle et motivés pour exercer ce métier, aient le désir d'entretenir un contact humain et de parole avec ces patients, délirants chroniques pour la plupart (schizophrènes, paranoïaques, PMD, PHC, délires sensitifs de Krechmer, paraphrènes, etc.), dont la vie se calquait progressivement sur celle des activités pavillonnaires. C'était, de surcroît, l'époque de la Sectorisation (1965), du développement de l'approche psychothérapique en institution avec, d'une part le travail partagé de notre voisin de St Alban, François

Tosquelles, d'autre part l'enseignement envahissant de la psychanalyse freudo-lacanienne en compétition avec l'organodynamisme de Henri Ey et la phénoménologie de Husserl et Merleau-Ponty. On comprend que, dès lors, l'entrée en psychiatrie d'asile pouvait séduire le jeune interne remplaçant que j'étais, ouvert à ces révolutions psycho-anthropologiques... et que sa réussite au Concours d'Internat suivant ne devait rien au hasard. J'avais signé là un contrat pour 5 années, parmi les plus belles que j'aie vécues !

En prime, Mai 68 ! Tout notre petit groupe d'Internes (5 dans une seule voiture poussive sur la Nationale 7, pas d'autoroute) en avant pour Paris, le Boul'Mich', Dany-le rouge, les barricades, Lacan à l'Odéon, Marx, Marcuse au programme et, par suite, sur notre pression étudiante, la réforme de l'enseignement supérieur par le Ministre gaullien Edgar Faure (et sa fille Sylvie) pour nous concocter la séparation de la psychiatrie et de la neurologie (décrets parus fin 1971) en présence des grands noms du moment : Henri Ey, Pierre Deniker, Jean Delay, Pierre Bailly-Salin, André Green, Paumelle, Paul Sivadon, Charles Brisset, etc. Toutefois, pour en arriver à ce qui aura marqué notre profession depuis lors, il avait bien fallu activer et renforcer l'organisation syndicale nationale qui nous représentait alors, l'association des Internes des hôpitaux psychiatriques, l'AIHP, et c'est ainsi que je me retrouvai, un jour de printemps 1969, autour de la table des négociations au Ministère à la fameuse rue de Grenelle. La « victoire » remportée là, en libérant enfin la psychiatrie de la tutelle de la neurologie, couplée à l'approche désormais reconnue de la psychiatrie de secteur conjugée à la psychothérapie institutionnelle, avait de quoi me donner un grand espoir. Je m'en suis nourri et j'en reste encore aujourd'hui imprégné. La psychanalyse personnelle y aura sans doute contribué aussi.

Quoiqu'il en soit, il me plaît de songer que plus de 2 générations plus tard, les Psychiatres peuvent être fiers d'exercer ce métier. Sauf à se laisser à nouveau séduire par le serpent du tout biologique et des neurosciences. Alors, un combat s'impose, nous en reparlerons...

Paul Lacaze

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

Que feriez-vous ?

Les faits, en septembre 2019 : Sur la messagerie de mon téléphone, une psychologue se présente, menant une enquête sociale ordonnée par du Juge des affaires familiales du tribunal de Bobigny. Je cite « ... Me G. m'a communiqué vos coordonnées me demandant de vous appeler, puisque dans le cadre de cette enquête sociale je dois mener une enquête auprès des différents professionnels qui interviennent autour des parents, et j'ai quelques préoccupations par rapport aux propos de Madame et son attitude vis à vis de ses enfants, notamment. Elle m'a dit que vous meniez un travail d'accompagnement avec elle depuis plusieurs mois maintenant, je voulais pouvoir en échanger avec vous, je vous remercie de bien vouloir me rappeler s'il vous plait au 07,..... ».

Cet appel, quoique aguerrie à la question du secret professionnel, me convoque à un certain trouble, tant il est question de la sécurité d'enfants. Je n'ai jamais pensé que cette dame puisse représenter un danger pour les siens, toutefois, dans le contexte d'un exil, une adaptation à la France et sa langue, d'un divorce, des éléments de persécution sub-délirants sont apparus chez elle. Conjointes plutôt d'un trouble de l'humeur, et traités par un peu d'escitalopram et 200 mg d'amisulpiride par jour.

La patiente n'est pas d'une observance régulière à ses rendez-vous. Quand l'enquêtrice Me. P. téléphone, je ne l'ai pas revue depuis plusieurs semaines, s'est il passé quelque chose? Les interrogations se bousculent, je les garde pour moi.

Je rappelle, Me P. attachée au tribunal, est tout à fait tranquille et ne s'est pas inquiétée un seul instant que j'opposerais une fin de non recevoir à sa demande, elle s'irrite en entendant mes résistances à lui répondre. Je m'en explique :

- 1 - Conversation téléphonique ne permettant pas de s'assurer de qui est au bout du fil ?
- 2 - le secret professionnel total

Et lui suggère de demander au JAF une expertise, seul professionnel autorisé à répondre dans le cadre d'une enquête sociale. Ce qui la contrarie à nouveau fort, non elle ne le fera pas, etc.

Puis je convoque Me B, la patiente, afin d'échanger sur la situation, me tenir au courant, la tenir au courant, elle oubliera le premier rendez vous fixé, sera en retard au second et annonce qu'elle a arrêté tout traitement, elle va bien et me dit au revoir définitivement.

Notons que je juge mineurs les propos qui ont inquiété la psychologue lorsqu'elle a reçu Madame et ses enfants quelques heures avant de m'appeler, si j'en crois la patiente.

En résumé : Dans une telle situation,

- une conversation téléphonique ne révèle pas l'identité de la personne qui appelle donc prudence. On peut convoquer l'enquêteur / trice et demander à voir l'ordonnance du juge.
- Le secret professionnel est absolu
- Un médecin ne parle qu'à un autre médecin inclus dans le parcours de soins, dont le médecin conseil de la sécurité sociale, mais exclut le médecin du travail et médecin expert auprès des assurances par exemple.
- Le /la juge demande une expertise par un.e psychiatre agréé.e qui recevra la famille et rendra son rapport au /la juge.

Relisez l'article de Jérémie Sinzelle, Bipp 71, Nov. 2016, P 25 à 28. Sous forme papier ou sur le site Afpep-snpp rubrique Publications, Bipp. « Éthique et déontologie du secret médical ».

A la question « Qu'auriez-vous fait ? », vous pouvez nous faire part de votre expérience, en écrivant à l'AFPEP – SNPP, que nous publierons avec votre accord, dans un « courrier des lecteurs ».

Françoise Duplex

Corps enseignant et médecine de prévention, dans la fonction publique

« Dans les services de santé au travail interentreprises, la mission du médecin de prévention est exercée par un médecin du travail. Lorsque le médecin du travail a en charge une collectivité de la fonction publique d'état ou territoriale, il prend le nom de médecin de prévention. »

Soit : l'appellation « médecin du travail » est réservée au service de santé de la fonction publique hospitalière. Le terme « médecin de prévention » s'applique dans les services de santé des fonctions publiques d'état et fonction publique territoriales.

Notre débat :

Les enseignants, des professeur(e)s des écoles aux professeur(e)s agrégé(e)s des classes préparatoires, ne rencontrent jamais de médecin de prévention durant leur carrière, hormis la visite médicale d'admission à l'entrée dans les écoles, ex- IUFM. Les calendriers de vaccinations ne sont pas contrôlés alors qu'aucun enfant n'est admis à l'école si celui-ci n'est pas en règle, les enseignants déprimés ne sont pas dépistés, la souffrance au travail n'est pas considérée. Cette affirmation, je me suis permise de l'énoncer, après que de nombreux patients(e)s, ami(e)s, membres de la famille enseignants me l'aient confirmé durant un nombre significatif d'années. Cependant cet échantillonnage trop restreint au sens d'une étude épidémiologique, allait avoir pour mission de s'épaissir dans l'avenir afin de trouver validité. L'actualité, à brûle pourpoint, est venue apporter de l'eau au moulin de ma stupéfaction outrée au travers de la mobilisation très récente d'enseignants du syndicat Sud des pays de Loire. Ce mouvement s'est soulevé à la suite du suicide sur son lieu de travail de Christine Renon, directrice d'école en Seine st Denis. Au-delà de la grande tristesse, le sentiment d'indignation pour la non-considération de la souffrance au travail des enseignants est à son comble.

Le quotidien d'une consultation de psychiatrie nous fait rencontrer ces professeurs, adressés par des médecins agréés, lorsque leur santé psychique et physique est arrivée à un point de non-retour, moment où interviennent les comités médicaux qui valident les longs arrêts de travail transformés en congés longue durée, les reprises en mi-temps thérapeutique, les mises en invalidité, etc. Nous nous félicitons qu'un bon nombre de professionnels pédagogues, sensibles à la question humaine, ont le bon sens de s'engager dans un travail de psychothérapie, ou de psychanalyse de leur propre initiative précocement.

Un mot d'ordre vient d'être lancé par leur groupement, il encourage à réclamer auprès du recteur d'académie un rendez-vous de médecine de prévention selon un protocole codé et telle que la loi l'exige : une visite médicale obligatoire tous les cinq ans. Si les enseignants répondent à cet appel, leur administration va s'en trouver troublée car pas prompt à répondre à une telle demande.

La loi : cas de la fonction publique d'état :

- Loi n° 83-634 du 13 juillet

- Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique de l'État. Décret n° 82-453 du 28/05/1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Dernière modification : Décret n° 2011-774 du 28/ 06/ 2011

Quelques-uns des articles de loi :

Art 11-1 : le médecin de prévention doit être distinct des médecins chargés des visites d'aptitude physique (médecin agréé). Les rôles respectifs du médecin de prévention et du médecin agréé s'exercent de façon complémentaire :

- le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public ;

- le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par l'agent (pas d'avis d'aptitude)

Art 15 : le médecin de prévention est le conseiller de l'administration, des agents et de leurs représentants en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ; l'hygiène générale des locaux de service, l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ; la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ; l'hygiène dans les restaurants administratifs ; l'information sanitaire.

Art 24-1 : **visite médicale périodique tous les 5 ans (obligatoire).**

Art 22 : les administrations sont tenues d'organiser un examen médical annuel pour les agents qui souhaitent en bénéficier.

Remarque : **il revient à l'administration et non au service de santé au travail d'organiser ces examens annuels.**

- Le médecin n'émet donc pas d'avis d'aptitude mais donne un avis sur la compatibilité du poste avec l'état de santé de l'agent.

- Remarque : **l'agent peut demander au médecin de prévention une visite médicale à tout moment.**

Art 16 : le médecin de prévention est obligatoirement associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité.

Remarque : cette liste est non exhaustive

Art 19-1 : le médecin de prévention doit consacrer à sa mission en milieu de travail au moins le tiers du temps dont il dispose.

Art 15 : actions de formation à l'hygiène et à la sécurité.

Art 19 : études et enquêtes épidémiologiques.

Art 27 : le médecin de prévention est informé par l'administration de chaque accident de service.

Art 15-1 : le médecin de prévention établit et met à jour périodiquement une fiche des risques professionnels (= fiche d'entreprise).

En conclusion : la question du non-respect de la loi en matière de médecine de prévention est élargie à toute la fonction publique. Néanmoins nous recentrons dans un premier temps nos préoccupations sur le monde de l'éducation et restons attentifs à la manière dont le rectorat fera face aux demandes justifiées sur le plan juridique et déontologique.

Note : l'école est obligatoire dès trois ans désormais.

Françoise Duplex

De l'autre côté du miroir

Introduction

J'ai aujourd'hui 38 ans, je suis professeure des écoles et titulaire d'une classe en Réseau d'Education Prioritaire (anciennement ZEP). A la fin de l'hiver 2017/18, alors que je venais de m'installer dans une jolie maison de banlieue avec mon ami et ses enfants, j'ai connu une dépression que j'avais pensé soigner en me faisant hospitaliser comme cela avait été le cas trois ans plus tôt dans le cadre d'un épuisement professionnel. Hélas, en me faisant hospitaliser, j'ai mis le pied dans un engrenage dont je tente d'expliquer les mécanismes en quelques points. Ce parcours chaotique m'a amenée à séjourner dans trois établissements différents, un public, un privé associatif et un privé lucratif, donc un « panel » assez représentatif de la diversité des lieux de soin. Si mon expérience n'est pas spectaculaire car je ne suis pas très « malade » et bien « insérée » socialement, elle montre que tout le monde peut un jour être touché par des troubles psychiques et la manière dont ils sont considérés, traités et parfois soignés dans notre société aujourd'hui. Il montre que personne n'est à l'abri de l'isolement et de l'invalidité psychique. Ce témoignage se veut également positif, ou du moins il ne se veut pas manichéen, puisque j'ai pu m'appuyer, entre autres, sur deux structures hospitalières pour me rétablir. J'espère que ce texte sera utile, qu'il suscitera de l'empathie et qu'il réveillera un esprit critique chez toutes les personnes concernées ou non par le soin psychiatrique.

Le manque de médiation thérapeutique

Lors de mon séjour d'une semaine à la clinique ND, j'ai constaté un manque considérable d'activités de médiation. On m'a proposé un atelier de sophrologie

hebdomadaire auquel devait s'ajouter un entretien hebdomadaire avec une psychologue si je restais. Si bien que je me suis sentie totalement livrée à mes angoisses. Lorsque j'en ai fait part à la psychiatre chef du service, elle m'a renvoyé le problème en me demandant de « me ritualiser comme le faisaient les autres patientes. » J'entendais pourtant les « autres patientes » se lamenter. Elle a également qualifié cette incapacité à se ritualiser comme de la dispersion et m'a fait part de sa décision de m'administrer un neuroleptique, le Xeroquel.

Ce manque de médiation thérapeutique est criant également à l'hôpital V où j'ai effectué deux séjours ce printemps et où le seul professionnel proposant un atelier dans le service (une fois tous les 15 jours) était une art-thérapeute stagiaire.

Quant à la clinique L, si la thérapie par des médiations artistiques, corporelles et la parole est affichée comme un point fort des soins, l'écart est important entre les médiations annoncées et celles réellement disponibles. En effet, le nombre de patients accueillis est trop important au regard du nombre d'intervenants.

Questions :

- Est-ce une solution de pallier le manque de médiation thérapeutique par l'administration de neuroleptique puissant avec les effets secondaires que cela comporte pour le patient ?
- Comment peut-on traiter la dépression par l'ennui et l'absence de lien entre patients et entre patients et soignants ?

Le manque de disponibilité du personnel infirmier et médical

Dans les trois structures où j'ai été prise en charge, j'ai constaté un manque de disponibilité du personnel soignant. Je voyais les infirmiers seulement au moment de la prise de médicament, de la surveillance des repas (hôpital V et clinique ND), et lors de quelques entretiens que l'on voulait bien m'accorder. Régulièrement ces entretiens étaient différés et souvent une fois différés, n'aboutissaient pas. J'ai très souvent eu l'impression de déranger une équipe consacrée à des tâches informatiques. De plus les entretiens obtenus restaient superficiels et parfois maladroits, me renvoyant à ma solitude. Pourtant trois ans auparavant, à la clinique ND, travaillait une infirmière qui avait bénéficié de la formation spécialisée en psychiatrie et avec qui j'avais pu avoir de longs et réguliers échanges sur l'élément déclencheur de ma crise. Chacun de ces entretiens avait concouru à remettre du sens sur ce qui m'arrivait.

Question :

Alors que l'on sait que la parole et la relation humaine sont les plus efficaces pour reconstruire le psychisme, pourquoi le personnel soignant est-il si peu disponible et formé ?

Je souhaite également alerter sur le manque de disponibilité des médecins psychiatres.

A la clinique L., c'est avec un ordinateur posé sur une table montée sur roulettes que les médecins circulent pour consulter leur patient de chambre en chambre à raison de 5 à 10 minutes par jour. Bientôt seront-ils eux aussi sur roulettes, comme dans les supermarchés d'autrefois ? Ou peut-être pourrons-nous les voir en visioconférence, comme c'était déjà le cas d'un cycle de conférences à distance sur les Thérapies Cognitives et Comportementales diffusé dans le salon de la clinique ?

A l'hôpital V je n'étais jamais informée du moment de l'entretien, si bien que je devais attendre dans ma chambre parfois une demi-journée dans l'espoir de voir le médecin. Cette incertitude était nécessairement génératrice d'angoisse, pour moi, comme pour l'ensemble des patients du service, faisant ainsi monter la pression dans le service. Cette attente contribuait également à me maintenir dans un état de passivité voire de soumission, ce qui est contraire à l'idée de patient acteur de son projet de soin promue par les politiques publiques.

Question :

Pourquoi un tel écart entre la réalité des soins et le discours des pouvoirs publics ?

La "gestion" du risque suicidaire

Lors de mon séjour à la clinique ND, j'avais fait part à plusieurs reprises à l'équipe infirmière de mes idées suicidaires car je me sentais angoissée partout,

y compris dans ce lieu, voire plus. Néanmoins, la psychiatre m'a accordé une permission 48 h après. J'ai profité de cette permission pour transformer ces idées en gestes au cours desquels je ne me suis pas mise en danger (la nuance est importante entre un geste et une tentative ratée). Comme je ne me suis pas présentée dans les temps à la clinique, la psychiatre a décidé le lendemain d'arrêter les soins et m'a recommandé de me présenter à l'hôpital V accompagnée d'un parent. Je me suis donc retrouvée au pavillon des urgences de l'hôpital V. Le délai d'attente étant important, mon accompagnateur a dû regagner son travail avant que je ne sois admise. Je me suis donc retrouvée seule au pavillon avec la possibilité de quitter le lieu à tout moment et de mettre à nouveau en oeuvre un geste suicidaire.

Question :

La psychiatre connaissait très bien les conditions d'accueil de l'hôpital où elle m'envoyait. Sa décision était-elle donc motivée par une volonté de me protéger ou de se protéger elle et l'institution de laquelle elle dépendait ?

J'ai ensuite été admise dans un service de l'hôpital V duquel j'ai fugué une semaine après sans avoir commis de geste suicidaire et dans lequel je suis revenue de mon propre chef. Suite à cette fugue, le psychiatre qui me suivait a demandé à mon conjoint de participer à la mise en place d'une hospitalisation sous contrainte. Cette hospitalisation était-elle justifiée ? En effet, je n'avais pas eu de geste suicidaire, étais revenue volontairement à l'hôpital et reconnaissais que j'avais besoin de soins. C'était d'ailleurs toute la complexité de la situation : je savais que mon état nécessitait des soins de manière urgente mais je constatais que je n'étais pas dans le lieu qui pouvait les prodiguer, tout en ne sachant pas où aller. Cette situation m'enfonçait dans ma dépression.

Mon conjoint a néanmoins accepté une HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers) et donc été convoqué pour la signature sans que j'en sois informée. Après avoir signé dans le bureau du psychiatre, c'est lui qui a pris l'initiative de venir me voir pour m'en informer.

Cette manière de procéder m'a dépossédée de mon pouvoir d'agir, contribué à altérer la relation avec mon conjoint et renforcé le caractère grave et angoissant de la situation.

Question :

Le fait de demander à mon conjoint de signer une HDT, impliquant un risque fort d'atteinte à notre relation, était-il justifié ?

En dépossédant de son pouvoir d'agir un patient atteint de dépression, la dépression n'est-elle pas renforcée ?

Le diagnostic

A mon arrivée à l'hôpital V, j'ai été suivie par le même psychiatre qui m'avait rencontrée 3 ans plus tôt dans une unité de courte durée (6 jours maximum de séjour). A l'époque, après deux entretiens, il m'avait diagnostiquée bipolaire de type 1 avec état mixte (c'est-à-dire une psychose), diagnostic qu'il a repris immédiatement à mon entrée dans son service, déclenchant un protocole médicamenteux. Alors que le médecin qui me suit depuis 10 ans et avec qui j'ai noué une relation de confiance, l'avait sans aucune hésitation infirmé 3 ans auparavant, je me suis soumise à ce diagnostic qui apparaissait au sein de l'hôpital comme une évidence indiscutable. Et sur le moment, cela me rassurait et rassurait une partie de mon entourage dont mon conjoint. Je n'avais pas encore saisi que le conflit entre mon médecin libéral et le médecin de l'hôpital dépassait très largement mon cas. D'un côté une équipe médicale et soignante m'assurait que j'étais porteuse d'une pathologie neurologique qui avait trouvé à s'exprimer au cours des situations problématiques de ma vie et de l'autre un médecin qui considérait ma souffrance comme liée à des des névroses dont il fallait m'aider à me libérer. D'un côté on pensait que ça n'était pas nécessaire voire nocif que j'aie exploré mon histoire, de l'autre on m'accompagnait dans la compréhension de mon fonctionnement, de mon histoire et de mon environnement pour mieux me protéger.

Question :

Comment un médecin peut-il s'autoriser en deux entretiens à remettre en question 10 ans d'entretiens thérapeutiques ?

Comment peut-il s'autoriser à faire basculer une personne d'un épisode anxio-dépressif à une maladie chronique d'une manière si indubitable ?

Comment les pouvoirs publics peuvent-ils soutenir ces pratiques stigmatisantes et préconiser dans le même temps la lutte contre la stigmatisation ?

Le traitement

Le diagnostic de bipolarité a eu pour conséquence l'administration d'un deuxième neuroleptique, l'abilify. Deux jours après ma sortie de l'hôpital V, j'ai développé des effets extra-pyramidaux dont je n'avais pas été informée des risques. Je n'avais d'ailleurs été informée d'aucun des effets secondaires potentiels. J'ai donc subi un syndrome parkinsonien réduisant considérablement mes capacités physiques et mentales.

Afin de rendre compte de l'ampleur des effets, je vais les détailler. J'étais voûtée, je marchais lentement, à petits pas, incapable de me servir de mes mains tremblantes, mes muscles raidis ne me permettaient pas de m'endormir sans une prise associée d'une forte

dose de somnifère et de neuroleptique. Quant à mes capacités intellectuelles, elles étaient considérablement ralenties. Je m'exprimais très lentement, avec beaucoup d'hésitation et ma pensée elle-même était très limitée. Pour autant, j'étais complètement lucide de cette « déchéance ». Heureusement, le médicament avait également pour effet de m'enlever toute émotion et sensation, je ne ressentais ni tristesse, ni joie, ni peur, ni sommeil, ni faim. Ce qui ne m'empêchait pas de voir l'avenir en noir. Comment imaginer vivre dans cet état alors que le fait même de me montrer dans la rue était humiliant ?

Le manque de préparation à la sortie

Si le psychiatre qui me suivait à l'hôpital V avait pris le soin de faire une demande d'admission au Centre Lyonnais de Psychiatrie Ambulatoire, c'est moi qui ai dû suivre personnellement la prise en charge de mon dossier.

Ni lui, ni l'équipe infirmière, ni le secrétariat n'étaient disponibles pour le faire pendant la fin de mon séjour.

Personne ne s'est inquiété de savoir quelle était ma situation sociale et personnelle à ma sortie de l'hôpital (condition de reprise d'activité professionnelle, situation conjugale, logement). La question de ma reprise d'activité, étant données les responsabilités que j'occupe, et la charge mentale que cela demande méritait pourtant de se poser. Mais finalement je suis soulagée que l'hôpital ne s'en soit pas mêlé, étant donné les diagnostics posés. Qui sait l'orientation qu'aurait pris ma vie professionnelle ?

L'équipe était, par ailleurs, informée que mon conjoint m'avait quittée. Le médecin a nié la réalité en disant que ça n'était pas le moment de se séparer. C'était pourtant bel et bien acté.

Question :

Comment peut-on laisser une personne sortir sans préparation sachant que le risque suicidaire est fortement augmenté suite à une hospitalisation psychiatrique ?

En synthèse

En trois mois et demi d'hospitalisation, je suis passée d'un état anxio-dépressif (selon la mention sur mon arrêt de travail) traité par un antidépresseur et un anxiolytique à un état chronique de bipolarité de type 1 avec état mixte traité par 3 puis 2 neuroleptiques (le 3^{ème} neuroleptique ayant été arrêté par le psychiatre de la clinique L), un antidépresseur, un anxiolytique et un somnifère, développant par effet secondaire de l'abilify, un syndrome parkinsonien fortement invalidant.

Question :

Comment peut-on qualifier ce parcours de parcours de soin ?

Epilogue

Cette expérience traumatisante marquera durablement ma vie. Néanmoins, après être sortie de l'hôpital, j'ai repris contact avec mes ressources grâce à plusieurs points d'appui dont je développerai les principaux :

J'ai été accueillie, dans les premières semaines qui ont suivi mon hospitalisation, par une amie et sa famille qui m'ont témoigné et exprimé leur attachement inconditionnel dans un cadre affectueux, bienveillant et sécurisant.

J'ai été admise au Centre Lyonnais de Psychiatrie Ambulatoire où enfin on a pris soin de moi. Le médecin y prescrit des ateliers et non des médicaments. Celui qui officiait à mon entrée a tout de suite relativisé le diagnostic en m'expliquant qu'un diagnostic était très subjectif. Ce qui lui importait était donc mon état clinique et la manière dont je me sentais. J'ai eu affaire à une personne autant qu'à un médecin. Un médecin qui a immédiatement identifié les effets extra-pyramidaux de l'abilify et agi efficacement pour que ses effets disparaissent. Une personne sensible qui a exprimé son empathie vis-à-vis de mon état, souligné mes ressources, valorisé ma volonté à avancer et surtout qui m'a fait confiance. Rien ne vaut quelqu'un qui fait confiance pour reprendre confiance en soi. Les ateliers qui m'ont été prescrits depuis le mois d'août sont tous de très grande qualité. J'y ai rencontré des personnes (soignants et patients) d'une authenticité rare. J'y ai pleuré, j'y ai ri. J'y ai chanté, dansé, respiré, écouté, parlé, réfléchi, découvert des thérapies nouvelles et complémentaires de celles que je pratiquais.

J'ai repris le suivi thérapeutique avec mon médecin psychiatre libéral qui a de nouveau infirmé le diagnostic de bipolarité, arrêté tous les traitements progressivement, et avec lequel je continue un travail centré sur l'analyse de mes névroses et des traumatismes subis à l'hôpital.

J'ai repris mon activité professionnelle rapidement. D'abord en temps partiel thérapeutique et progressivement à plein temps. Le TPT m'a permis de me remettre de mon hospitalisation et de me soigner avec une disponibilité et donc une profondeur inégalée tout en exerçant une activité qui me nourrit affectivement, intellectuellement et à travers laquelle je me sens utile et compétente.

J'ai développé un regard critique sur la psychiatrie et ses dernières évolutions en prenant le temps de me documenter, de rencontrer une association administrée

par et pour les usagers, (Humapsy), d'échanger avec des médecins et des soignants, de participer à des événements organisés par des institutions ou des collectifs informels. Je me suis rendue compte de plusieurs choses :

Les médecins des services hospitaliers sont soumis à une autorité qui impose des protocoles, décide des niveaux et orientations budgétaires (médicament et plateau technique versus personnel soignant), ne protège pas les médecins sur la question du risque suicidaire (peines avec sursis encourues par des médecins suite à des suicides dont ils sont tenus responsables.). Ce contexte influe très fortement sur la relation aux patients, donc la qualité des soins.

Les enjeux financiers en santé mentale sont importants : niveau des dépenses de la sécurité sociale, impact des arrêts maladies sur la compétitivité des entreprises, marché de l'industrie pharmaceutique, marché de la recherche neuroscientifique, marché des équipements neurotechnologiques. Ces enjeux prennent le pas sur l'intérêt de l'individu.

Les neurosciences ont tendance à dominer le champ de la pensée au détriment des sciences humaines et notamment de la psychanalyse. Ainsi la thérapie institutionnelle, fondée à la fin de la seconde guerre mondiale, reste peu diffusée. Elle rend pourtant le patient acteur de ses soins comme le préconise les politiques publiques en santé mentale actuellement.

Nous, les « usagers de la psychiatrie » sommes mal représentés si bien que l'UNAFAM parle à notre place. Or, nous avons parfois besoin de nous émanciper de notre entourage et, plus particulièrement, de notre famille pour aller mieux. Et pour aller plus loin, cela peut arranger notre famille que la cause de notre mal-être soit biologique.

Malgré ce contexte, il existe des lieux, des professionnels et tout un ensemble de personnes engagés, créatifs, intelligents, généreux, sensibles, qui permettent de se relever. J'ai eu la chance d'en rencontrer et je peux dire aujourd'hui que cette crise existentielle a finalement été l'occasion de continuer ma vie de manière plus lucide et authentique.

A, une citoyenne, Lyon, le 06/04/2019

Autre pourrait être le monde

Un parcours bibliographique en hommage à Jean Cooren ⁽¹⁾

La question de l'accès aux soins accordés aux étrangers en situation irrégulière revient à l'Assemblée nationale lundi 7 octobre. Le sujet doit être abordé dans le cadre d'un débat sur la politique migratoire, incontournable marronnier initié par le Président de la République ⁽²⁾.

Les dépenses liées à l'AME correspondent à 0,5% des dépenses de santé en France et concernent 300 000 personnes. Pour une grande part la santé des migrants les plus précarisés est prise en charge par les associations humanitaires. Notons qu'en 2018 la CNAM a relevé 38 cas de fraudes à l'AME, représentant 0,06% du total des dépenses AME.

Nous passerons dans ce billet, quitte à y revenir ultérieurement, sur toutes les informations aussi fantaisistes que fausses, mensongères et manipulatoires concernant le coût de la prise en charge des demandeurs d'asile par la solidarité nationale ; en précisant toutefois que seules les personnes ayant obtenu le statut de demandeurs d'asile attribué par l'OFPRA bénéficient d'allocations dont les chiffres sont loin d'être ceux généralement avancés.

Tous les acteurs de santé publique savent l'importance y compris économique de la prise en compte des réalités cliniques, épidémiologiques, sociologiques et économiques des populations les plus pauvres.

Mais laissons là les considérations politiques et économiques et demandons-nous simplement si cette question de l'aide apportée aux migrants, qu'ils soient demandeurs ou déboutés du droit d'asile, clandestins ou ayant obtenu leur statut de réfugiés, pris en charge par l'AME ou pas, ne relève pas tout simplement de ce qu'on pourrait appeler « la jurisprudence hippocratique. » Le glissement (qui s'accroît) de ces questions relevant traditionnellement du ministère de la Santé vers le ministère de l'intérieur est un symptôme dont il convient de s'alarmer ⁽³⁾.

Il s'agit pour nous de réinventer l'hospitalité ⁽⁴⁾. Et d'accepter ce pas de côté nécessaire pour « réinventer en nous la place de « l'autre » que celui-ci prenne la figure de l'étranger ou celle de l'inconscient ».

Nous sommes nombreux ceux qui, interpellés par « la voix de ceux qui crient » ⁽⁵⁾ ce sont investis ces dernières années dans cet accueil, sous les formes les plus diverses et se confrontent aux effets psychiques délétères de ces parcours de migration où la fuite d'un pays (où l'on risque la torture, l'enrôlement forcé, les persécutions pour des raisons de discrimination ethnique, religieuse, d'orientation sexuelle etc...., les violences sexistes, la malnutrition et la liste serait

encore longue.) amène à des parcours interminables, parsemés de dangers inimaginables pour nous, de violences tout aussi destructrices que celles que l'on a cru fuir, et aboutit dans des pays dont on a idéalisé les capacités ou volontés d'accueil.

Car il ne suffit pas de fuir, il faut survivre, s'adapter, se cacher, perdre ses liens sans espoir de retour, sa langue, ses moyens de subsistance, sa dignité souvent.

Et pourtant, s'ils survivent ils vont « passer quoi qu'il en coûte ⁽⁶⁾ » selon l'expression de Georges Didi-Huberman dans les bouleversantes pages qu'il a consacrées à ces « spectres qui hantent l'Europe » après avoir vu le film réalisé au camp d'Idomeni, en Grèce par une cinéaste très engagée ⁽⁷⁾ et qui montre sans un mot de commentaire, la vie quotidienne des migrants et réfugiés dans le camp de fortune. En attendant de traverser la frontière : des queues pour manger, pour boire du thé, pour consulter...

Des spectres hantent aussi les pays d'émigration, les fantômes jamais enterrés de ceux qui ne sont pas passés, dont on n'aura jamais de nouvelle. Le film « Atlantique » de Matti Diop en témoigne. Ils hantent ceux qui sont passés, qui ont vu disparaître leur fils, leur femme leur mari, leur frère, leur ami, dans la vague qui a englouti le canot d'à côté. Ils espèrent encore, quelquefois. Et l'errance continue, déboutés, dublinés, refoulés, ils sont envoyés d'un coin du pays à l'autre, d'un pays à l'autre. Et on les retrouve à nos portes, dans des camps dont l'existence nous fait honte et participent à ce que Michel Agier appelle « L'encampement du monde » ⁽⁸⁾.

Ils sont là et nous les voyons si peu, glosant sur des chiffres, des considérations électorales ou moralisant sur le devoir d'accueil faisant fi de l'éthique qui est avant tout une praxis. Alors nombre d'entre nous se mobilisent, qui dans son CMP ou son lieu d'hospitalisation, qui dans les consultations dédiées au psycho traumatisme, qui dans des associations comme « Paroles sans frontières » (Strasbourg, avec Bertrand Piret) ou « Paroles en chemin » (Dijon) et tant d'autres, qui dans les structures dédiées à l'accompagnement psychiques des migrants par certaines ONG (Médecins du Monde), qui en étant bénévole dans des associations ou ONG en dehors de toute implication de soin mais en ayant pour repère la question de la souffrance psychique.

Qui, mieux qu'un psychiatre, surtout si il se réfère à la psychanalyse, peut supporter d'entendre l'inaudible sans conclure à la folie du patient, mais tout au plus à celle du monde ?

Qui pour mieux pouvoir « Croire à l'incroyable »⁽⁹⁾ que des praticiens aguerris à recueillir les témoignages sur le meilleur et le pire de l'humain ?

Qui pour mieux pouvoir mettre, aussi à distance que faire se peut, l'horreur qui empêche de penser ?

Qui pour mieux éviter les écueils du collage transférentiel, de l'identification à la victime, mais aussi bien son rejet quand elle ne s'avère pas compliant ?

Cette clinique, pour singulière qu'elle soit, dans tous les sens du terme, est néanmoins une clinique qui permet de se confronter à toutes les questions que posent la clinique psychiatrique et psychanalytique, celle du statut de la parole, des modes de subjectivation, des effets du collectif sur l'individuel, celle du trauma, du diagnostic différentiel, du transfert et du lien dans ces conditions si particulières où l'on n'est jamais assuré de revoir le patient, ne sachant pas si il sera demain expulsé ou même vivant. Elle suppose de toujours chercher le sujet dans le patient, frère migrant, assujéti par le trauma.

« La poésie n'est au service de rien, rien n'est à son service. Elle ne donne pas d'ordre et elle n'en reçoit pas. Elle ne résiste pas, elle existe, c'est ainsi qu'elle s'oppose, ou mieux : qu'elle s'appose et signale tout ce qui est contraire à la dignité, à la décence. À tout ce qui est contraire aux beautés relationnelles du

vivant. Quand un inacceptable surgissait quelque part, Edouard Glissant m'appelait pour me dire : « On ne peut pas laisser passer cela ! » Il appuyait sur le « on ne peut pas ». C'était pour moi toujours étrange. Nous ne disposons d'aucun pouvoir. Nous n'étions reliés à aucune puissance. Nous n'avions que la ferveur de nos indignations. C'est pourtant sur cette fragilité, pour le moins tremblante, qu'il fondait son droit et son devoir d'intervention. Il se réclamait de cette instance où se tiennent les poètes et les beaux êtres humains. Je ne suis pas poète, mais, face à la situation faite aux migrants sur toutes les rives du monde, j'ai imaginé qu'Edouard Glissant m'avait appelé, comme m'ont appelé quelques amies très vigilantes. Cette déclaration ne saurait agir sur la barbarie des frontières et sur les crimes qui s'y commettent. Elle ne sert qu'à esquisser en nous la voie d'un autre imaginaire du monde. Ce n'est pas grand-chose. C'est juste une lueur destinée aux hygiènes de l'esprit. »⁽¹⁰⁾

Avec Patrick Chamoiseau nous ne devons pas laisser passer cela. Si nous ne sommes pas poètes, essayons d'être « de beaux êtres humains ».

Françoise Labes

*Psychiatre, psychanalyste,
Bénévole à la permanence « Accueil psychique »
de la mission migrants de Médecins du Monde, Paris.*

Références bibliographiques

- (1) *Et à quelques autres*
- (2) https://www.liberation.fr/france/2019/10/06/immigration-macron-s-enfonce-tete-baissee_1755882
- (3) https://www.huffingtonpost.fr/entry/debat-immigration-monsieur-castaner-nest-pas-le-ministre-de-la-sante_fr_5d976181e4b0da7f66261515?fbclid=IwAR1S6AVtZGhP1Rv18exQh1fYtoz4fAIU5Ptqd8t2SLMRbmraV4E2kj8WQwA
- (4) Jean Cooren : « Autre pourrait être le monde » Hermann, Paris, 2015
- (5) Marie-Caroline Saglio : « La voix de ceux qui crient Rencontres avec des demandeurs d'asile », Albin Michel, Paris 2018
- (6) « Passer quoi qu'il en coûte » Georges Didi-Huberman et Niki Giannari, Editions de Minuit, Paris, 2017
- (7) « Des spectres hantent l'Europe » 2016 documentaire de Maria kourkouta et Niki Giannari, Les yeuxdoc, Paris, 2018
- (8) Michel Agier : « L'encampement du monde, Paris, La Découverte, 2011
- (9) Smaïn Laacher : « Croire à l'incroyable, un sociologue à la Coir Nationale du Droit d'Asile » Gallimard NRF Essais, Paris 2018
- (10) Patrick Chamoiseau : « Frères migrants », Seuil, Paris, 2018

Le vigneron et la belle

Je vais vous rapporter une histoire ; celle de M^{lle} I. qui est devenue M^{me} Françoise F.

Ainsi, il y a une quarantaine d'années, Françoise, récemment repérée lors d'un bal à Noël par son Charmeur, est invitée par celui-ci à visiter la cave de

son vigneron de père. Françoise ne buvait pas une goutte de vin. Elle n'était pas issue de ce milieu de vignerons ou de la viticulture qui caractérisaient la vie dans ce village. Et, de plus, « mon père ne buvait que du vin jeune » dira-t-elle.

Elle risquait de déguster !

Elle était en terre inconnue en se présentant sur le terrain de vie du patriarche. Homme charismatique qui allait lui permettre de s'épanouir. A l'époque, elle n'en avait aucune idée.

Ainsi, alors qu'elle découvrit le lieu mythique de La cave, Le Grand-Père présent ce jour-là, lui dit : « On ne peut pas dire que l'on n'aime pas tant que l'on n'a pas goûté ».

La suite fera que la transmission passera par le fils du Grand-Père. Après l'accueil de la novice Il ne savait pas encore qu'il parlait à celle qui deviendrait sa fille spirituelle ; fille qu'il avait tant attendue et que son fils aîné lui amenait. Elle ne savait pas qu'elle l'appellerait Le Père. Cet homme novateur, précurseur, acceptait donc de parler viticulture, œnologie à une femme en devenir. Gageur, car celle-ci pouvait faire tourner le vin si, croyait-on à l'époque,... enfin, vous savez bien.

Par son accompagnement, il allait alors perpétuer une tradition de création qui lui venait de sa filiation, en allant au-delà de la tradition figée ; j'enseigne, je transmets à Mon fils. Mais il parlait, il parlait, lui qui était issue de huit générations de vignerons, il parlait au désir de son fils. En plantant le décor, il reconnaissait la légitimité d'une naissance. Celle d'un amour, et surtout celle qui donnera naissance à Françoise F. C'est ainsi qu'à l'occasion de cette première rencontre, Françoise fut initiée à l'esprit du vin, de la terre à la bouche, une âme, une découverte pour elle, esprit qui avait rempli, imprégné, son Charmeur depuis son enfance.

Les images, les métaphores vont remplir le discours du Beau-père. Françoise comprend alors qu'il lui faudra aussi s'imprégner de cette culture si, au-delà de la rencontre avec son Charmeur elle veut en faire une histoire. Une Histoire de longévité, de mariage, de naissances en barriques et en berceaux.

Le contexte de la viticulture et du travail en cave sont du même ordre que l'attente d'une naissance et l'accompagnement parental. Le naturel est ce qu'il y a de mieux, mais parfois il faut un savoir-faire pour ne pas tout perdre. Certains vignerons sont capables de ne pas s'y risquer si le résultat est peu probable, ou proposer un étiquetage différent... normes, normalité, éthique personnelle et la loi.

Enfances choyées, comblées laissant la part des anges se faire et son ouillage poursuivre l'œuvre du temps qui doit faire son office. Petit de l'homme ou produit de la terre nourricière, les fruits de rencontres sont dépendants et immatures, il leurs faudra du temps pour être, s'épanouir ... et mourir.

Comprendre que le bouchon ne bouchonne pas forcément mais avant tout, qu'il permet au vivant de respirer. Assimiler qu'il faut attendre que la bouteille

« fasse la maladie de la bouteille » pour comprendre ce que « le vigneron expérimenté » attend de ce jus imparfait mais en devenir. Le cul incurvé de la bouteille permet un meilleur ventre pour le vieillissement du vin. Le cul bourguignon, plat quant à lui, favorise un vieillissement plus rapide. Ce n'est pas du pur hasard si les savoir-faire en fonction des régions ne sont pas tous identiques. Les cépages différents sont valorisés par le terroir et transformés avec art par le vigneron, Maître de chais qui respecte les étapes indispensables pour un bel équilibre. Cet accompagnement est une analogie aisée avec la fonction éducatrice parentale. Il y faut autant de technicité consciente et inconsciente, de la tradition et de l'amour respectueux.

Le Beau-père disait : « que le vin doit se loger dans le ventre, le vin dépose dans la bouteille c'est un signe de vie. Tout simplement parce que si l'homme ne va pas aux toilettes, il meurt. Il convient de faire le tri dans le subtil et l'épais, il lâche les particules les plus grossières et il en devient plus subtil ».

De cette croissance, il parlait avec spiritualité, et des phrases comme ça, il en avait plein. Françoise qui buvait ses paroles, ne comprenait pas toujours à cette époque-là la largeur, l'épaisseur de ses propos. Il lui fallut faire expériences, demoiselle qui ne buvait pas, pour devenir Françoise F. une experte. Il lui fallut du temps pour comprendre dans sa chair ce qu'il disait dans des propos magiques empreints d'ésotérisme. Elle consommait sans modération ses paroles et apprenait, au fil du temps à déguster, ce qui allait devenir des nectars. «Grand-père buvait du 1900, ... pour 2000, le vin était encore vivant». Une complicité s'installait avec le Père en même temps que la rencontre hypnotique avec son Charmeur se transformait en vie d'amour. Tout au long de cet apprentissage, il proposait des phrases percutantes comme en ont besoin, ceux qui, pour se forger une personnalité se servent d'un temps, d'une éducation musclée. Par exemple ; « Se saouler avec un vieux vin, c'est aller vers la lumière de « livreté », ce n'est pas être saoul, c'est être à la limite conscient et en même temps embarqué, désinhibé et conscient ». Il voulait dire, « il nous faut du vin pour laisser nous dégager de quelque chose sans tomber dans la grossièreté » me précisa Françoise.

Au fil du temps s'est peaufinée une éducation, un élevage commencé par une lecture aiguisée d'un homme âgé, d'expériences, capable de scruter, mirer, sentir un potentiel chez Françoise venue en cave par son Charmeur, pas uniquement pour conquérir ou comprendre, mais aussi pour s'épanouir pour elle-même et pour faire couple. Faire couple, comme peuvent l'être, un bon vin avec son dégustateur averti, être capable de déguster la temporalité a ici tout son sens.

Un peu plus de 40 ans plus tard, Françoise peut maintenant parler avec son propre vocabulaire du vieillissement du vin. Elle a sa propre spiritualité tout en faisant référence au cadre du Grand-Beau-Père, contraction de Grand-Père, Beau-père et Père. Spiritualité et exploration de l'espace de fonctionnement que lui a permis d'acquérir son Charmeur devenu son compagnon de vie.

Les vieux vins, certains ne les aiment pas, à tort ou à raison. Certains ne connaissent que les vins jeunes et flatteurs comme on chérit la jeunesse sans se soucier du devenir. Tout comme il y a des durées de vies plus courtes en fonction des lieux, des époques, mais aussi des espèces, il y a des variétés de raisins qui acquièrent une maturité en cave plus tôt que d'autres. Il n'est donc question que de temporalité polysémique car, il y a aussi des gens qui vieillissent mal. Des gens qui sont, ou deviennent imbuables, même jeunes au sens de l'état civil. Il est commun d'entendre « je n'aime pas vieillir ». Mais vieillir c'est tout un art, il n'y a pas d'âge civil pour se vivre vieillissant. L'épanouissement lors d'une dégustation (de vie ou de cave) est à repositionner dans une trajectoire existentielle.

Un vrai vin de vigneron est un vin vivant et il dépend de comment il a été conçu et travaillé. Le dialogue réduction-oxydation va permettre les échanges et les développements de palettes visuelles et aromatiques. Laisser du temps au temps cela veut dire faire un pari, tout comme l'est la conception et l'arrivée des enfants qui invitent aux surprises malgré les anticipations. La tradition angevine veut qu'à chaque naissance un début de cave avec le vin de l'année de naissance de l'enfant soit constitué par les parents, c'est aussi un pari.

Mais avant ses propres naissances, il fallut à Françoise qu'elle comprenne, qu'elle s'imprègne de la culture viticole. Il n'y a pas de naissance aboutie sans symbolique, il n'y a de vraie maturité que dans un échange diachronique et synchronique conforme et ajusté. C'est ainsi qu'un matin dans les pouilleux sableux, Françoise observait la charrue qui déplaçait une terre fumante. Le Père lui dit « retire tes chaussures et suis la charrue », le ton péremptoire et les yeux bleus perçant n'invitaient pas à la rebuffade. Une sensation « d'être pris avec la terre » envahit Françoise, une impression qu'elle faisait partie d'un tout, « émue et ivre de cette sensation » son ancrage temporel viticole la faisait rentrer dans la filiation d'une famille où, avec le temps, elle comprit qu'elle apportait son étrangeté. « Et il m'a dit, je t'apprendrai... », Françoise est pleine d'émotions quand elle rapporte ce souvenir d'ancrage dans une réalité terrienne.

L'initiation continua, et un peu plus tard dans la saison, ce fut la taille : « regarde-moi ben faire... » Mais plus tard, « tu n'as pas regardé ». En effet, Françoise prit conscience de la diversité des Sujets. Conscientisation

à la suite d'une formule lapidaire qu'il lui avait généreusement proposée « regarde cette foule de ceps il n'y en n'a pas un de pareil donc tu ne vas pas tailler de la même façon ». « Regarde même des jumeaux ils ne sont pas pareils... Regarde, concentre-toi ». Et les phrases toutes faites étaient ainsi prononcées avec une valeur initiatrice d'une transmission que lui-même avait reçue du Grand-Père. Pas de vérité absolue, mais des appuis chargés de sens, comme, regardant les nuages il disait « temps pommelé, fille fardée ne dure pas plus qu'une journée ».

La naissance d'un vin commence par le désir de ses parents, il faut le faire avant que le raisin ne soit pressé. L'accompagner pour le conduire à maturité tout en comptant sur l'épigénétique pour en apprécier les découvertes espérées, mais parfois inattendues.

L'histoire de Françoise la conduira à avoir son propre vignoble fort des conseils transmis et de ce qu'elle a appris auprès de son Charmeur pendant plusieurs années. Son vin, reconnu, l'est encore plusieurs années plus tard. Reconnue, Françoise l'est dans un monde d'hommes, même après avoir été chassée de Sa cave par le propriétaire du vignoble. Celui-ci l'avait débauchée, comme peut l'être un adolescent qui a besoin de s'expérimenter en quittant ce giron familial, elle avait pris sa distance avec La Cave ...mais ça c'est une autre histoire.

Vieillir comme le bon vin, c'est croire à la transmission subjective associée à des notions pratico-théoriques et théorico-pratiques.

Mais l'approche subjective doit rester la caractéristique d'un breuvage vivant. La lutte pour qu'il ne soit pas « poly-prothésé » et qu'il puisse garder sa singularité est certainement à favoriser.

Singularité, même si « blanc et rouge finissent ambrés » avec le temps, tout comme hommes ou femmes âgées voient leurs différences physiques s'atténuer avec l'âge avancé. Nous ne pouvons faire fi de l'historicité singulière encore « genrée » à notre époque. Chaque bouteille, chaque humain est un spécimen.

Un bon vin, tel un enfant est issu d'un désir, son vieillissement accompli, un pari.

Comme l'âgisme, les vins vieux sont de moins en moins prisés et il est demandé une maturité rapide sans adolescence.... Rentabilité oblige.

L'uniformisation d'un goût répété à l'envie assure un clonage du goût et une perte d'inattendu. Telle une mondialisation qui favorise l'uniforme. Ceci est un autre débat d'autant qu'il y a d'excellents jeunes qui peuvent s'apprécier.....

Françoise I., Françoise F., FRANÇOISE EST DEVENUE LABEL.....en plus.

Frédéric Aumjaud

● Livre de cave... n'inscrit pas tout

- Laisser au vin au vieux le temps de nous parler
- Faire du vain sil n'est pas dégusté par les SVA
- un vieux qui meurt c'est une bibliothèque qui brûle, la mort du vin mieux comprise que celle sva ?

Revenir en conclusion sur le bon vin le bon vieux qu'est-ce ?

Vieillir comme le bon vin, le vin se fait, il faut le bon moment, la bonne manière pour l'apprécier mais comme dans tout art, c'est celui qui goûte qui peut adouber la création comme œuvre et non pas simple breuvage.

Sortir un vin de sa cave naissance d'une dégustation.

NOTES DE LECTURE

Docteur Adélaïde Hautval dite Heïdi, « l'amie des juifs »

Celle qui dit non à Mengele

« Ce que j'ai eu l'opportunité de faire n'a rien d'extraordinaire et je ne pense pas qu'il y ait un intérêt à parler du passé à moins de ne parler également du futur ».

Cette phrase d'Adélaïde Hautval résume l'attitude de cette femme extraordinaire, médecin psychiatre née en 1906, décédée en 1988.

Fille d'un pasteur protestant alsacien et patriote, elle fit ses études de médecine à Strasbourg où elle obtint son doctorat en psychiatrie en 1934. Tout en travaillant à l'hôpital psychiatrique à Strasbourg, dans un service de psychiatrie infantile, elle fonde, avec son frère, dans la maison familiale, un institut pour enfants « nerveux ».

En 1939 toute cette région frontalière est évacuée Les patients d'Adélaïde à l'hôpital sont transférés à l'institut qu'elle a fondé, puis en Périgord où elle les suit.

En 1941 elle obtient un poste d'interne à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan.

Elle affirmera toujours que seul un incident dû au hasard l'amena à affronter son parcours exceptionnel.

En mai 1942 elle se rend à Guebwiller pour assister aux obsèques de sa mère. Sur le chemin du retour dans les Hautes-Pyrénées elle décide de passer par Limoges pour visiter une amie. Confiant sa valise au service de bagages accompagnés elle constate sa disparition à l'arrivée elle tente de se rendre à Vierzon sur la ligne de démarcation où elle suppose que celle-ci est restée.

Parfaitement bilingue elle se trouve à côté de deux soldats allemands rentrant de visites d'inspection dans les camps du Sud de la France et les entend dire pis que pendre de la France. Elle leur répond et s'insurge en allemand et se retrouve arrêtée et incarcérée à Bourges. Alors qu'elle est encore en cellule attendant

sa probable libération, on amène une détenue juive interpellée alors qu'elle tentait de passer la ligne de démarcation et à laquelle il est en outre reproché de ne pas porter l'étoile.

Adélaïde découvre, horrifiée cette obligation faite aux juifs. Elle se fabrique alors, par solidarité, une étoile jaune.

« Puisque vous les aimez tant vous partagerez leur sort »

Et c'est avec une étoile jaune et un bandeau portant l'inscription « Amie des juifs » qu'elle sera internée le 15 juillet 1942 au camp de Pithiviers.

La rafle du Vel d'Hiv intervient les 16 et 17 et elle va s'occuper de l'état sanitaire des familles arrivant dans le camp. Elle s'insurge à maintes reprises contre l'antisémitisme des gardiens et infirmières du camp. Elle assiste les mères et enfants séparément déportés en août. Rappelons que les enfants le furent à la demande expresse de Laval.

Transférée ensuite à Beaune la Rolande puis au quartier allemand de la prison d'Orléans, elle fut au terme d'un simulacre de procès, transférée au Fort de Romainville, puis en janvier 1943, déportée, depuis Compiègne, avec 230 femmes résistantes dites « convoi des 31000 » en raison des numéros dont elles se virent tatouées en arrivant à Birkenau où étaient pourtant envoyés peu de politiques. Dans ce convoi se trouvaient aussi entre autres Marie-Claire Vaillant Couturier et Charlotte Delbo.

Médecin, chrétienne et parfaitement bilingue, elle fut affectée au revier où elle employa toute son énergie à éviter aux femmes la sélection. « Recrutée » ensuite par le médecin chef d'Auschwitz I au block 10, terrain « d'expérimentations gynécologiques » sur des femmes

juives, elle refuse de participer à quelque intervention que ce soit. Au médecin chef nazi qui lui dit : « Mais vous ne voyez pas qu'elles ne sont pas comme vous ! » elle rétorque : « Il y a beaucoup de gens ici qui ne sont pas comme moi, à commencer par vous »

Interrogée plus tard sur l'absence de réaction de l'allemand abasourdi, elle expliqua : « Je suis spécialiste en psychiatrie, et souvent le comportement des allemands m'a rappelé les attitudes psychologiques de certains arriérés : ce sont des faibles qui cherchent toujours à dissimuler leur faiblesse sous des rêves de compensation ; si on leur tient tête ils sont sans réaction, ils sont démontés ».

Elle expliquait également que les médecins nazis à Auschwitz étaient parfaitement incompetents en médecine et souvent ne s'opposaient pas à elle, de peur de dévoiler leur ignorance. Elle est néanmoins renvoyée à Birkenau, destinée à périr dans la chambre à gaz à laquelle elle échappe grâce à une infirmière allemande.

Le système concentrationnaire sans logique ayant besoin de médecins, germanophones qui plus est, elle reste finalement au revier où elle refusera toujours de désigner qui que ce soit pour la sélection, et continuera de parier sur l'incompétence des médecins nazis leur faisant prendre « des vessies pour des lanternes ». Elle établit tout un système de doubles fiches, faisant monter certaines fièvres, en annulant d'autres. Elle est alors sollicitée par Mengele pour ses expériences sur les jumeaux. « Un détraqué, un dangereux sans scrupule jouant avec les humains comme le chat avec la souris ». Elle lui opposa un non définitif...et il ne la força pas, tellement, d'après tous les témoignages, elle en imposait.

« *Les nazis ne nous laisseront jamais sortir vivantes avec tout ce que nous savons de ce qu'il se passe ici, alors tâchons jusqu'à la fin de nous comporter en êtres humains* » disait-elle à celles qui admiraient son courage.

Avec l'avancée des alliés elle fut, avec les 37 survivantes du convoi des 31000 envoyée à Ravensbrück puis dans un camp usine, car l'Allemagne avait besoin de toujours plus de main d'œuvre. Là, elle organisa une sorte de noria déclarant malades par groupes successifs les prisonnières afin qu'elles puissent se reposer.

Libérée par les Russes le 30 avril 1945, elle resta quelques jours pour soutenir les plus malades qui ne pouvaient être évacuées. Elle rentra par le dernier avion ramenant des déportés.

De retour en France en juillet elle devint, après un an dans sa famille, médecin d'hygiène scolaire dans l'actuel Val d'Oise.

Elle se prononça contre la torture en Algérie en 1961 et pour le droit des personnes

âgées malades.

Elle reçut la Légion d'Honneur en 1945, fut en 1965 une des premières femmes à obtenir le titre de Juste parmi les Nations.

Après avoir indiqué à sa famille de brûler, après son décès, ses notes, elle demanda finalement qu'on les publiât après sa mort, ne pouvant admettre, au mitan des années 1980, la montée en force du négationnisme et le retour du racisme.

Il faudra attendre 20 à 30 ans après sa mort pour qu'hommage lui soit enfin rendu.

Françoise Labes

Sérotonine

Michel Houellebecq – Ed. Flammarion, 2019

Ce roman semble un documentaire. Le lecteur navigue sans cesse entre réalité et fiction à son insu, car l'auteur fait le choix de ne rien grimer, il va nommer exactement, de façon quasi obsessionnelle des détails : la topographie, villes, villages, noms de rue, lieu-dit, marques de produit de consommation courante, les marques automobile, noms des bars, restaurants, hôtels, leurs adresses, noms de médicaments... la liste est longue. Le texte qui s'apparente plus à un récit est très documenté, il s'absorbe d'un trait, telle une potion amère. Toute ressemblance avec toute personne ayant existé serait-elle purement fortuite ?

Le personnage, fictif donc, Florent-Claude Labrouste, 46 ans célibataire, ingénieur agronome apprécié, après une succession d'échecs amoureux, largue les amarres: il quitte son emploi, se trouve dans ce qu'il convient d'appeler une errance, où alcool, tabac puis un antidépresseur trouvent place chez un être désarimé. À la recherche de son temps perdu, Florent Claude retrouve d'ex-proches, se souvient, ressasse. Kate, Claire, Camille, Tam Tam, pour laquelle il perdra Camille qu'il aimait, dont la rupture l'obsède de part en part. La narration des souvenirs mêlent amour, sexualité sans pudeur donc sans érotisme,

déprime, remords. Si l'on se situe du point de vue psychanalytique, on traduira, principe de plaisir, mortifère, pulsion de mort. Excès de jouissance. C'est étonnant comment pulsion sexuelle et pulsion de mort semblent jumelles. Contrairement aux œuvres de Marcel Proust et Thomas Mann, auxquelles il est fait référence ^{*1}, le refoulement est absent. Trivialement, l'auteur livre des scènes pornographiques dans le registre de la pure pulsion. Que ce soit Yuzu, qui cultive sa perversion polymorphe au cours d'orgies. Que ce soit l'insoutenable et très vulgaire scène pédophilique où une fillette de 10 ans se fait objet, c'est ainsi décrit, d'un pédophile pervers qui s'en tirera à bon compte. Et se pose la question, pourquoi l'écrivain l'a-t-il voulu ainsi ?

À deux reprises dans cette intrigue, l'enfance est malmenée et visée par des projets sadiques de la part d'hommes.

L'ensemble du contenu d'où le semblant est manquant, condense des échecs de la relation conjugale sur fond de regrets qui révèlent le discord fondamental formalisé par Lacan « Il n'y a pas de rapport sexuel ». Dans la littérature, on se référera à certains autres ouvrages à ce sujet ^{*2}, Paul Laurent Assoun, « L'énigme conjugale », Pascal Bruckner « le paradoxe amoureux ».

Ces successions de ratages aboutissent à une mélancolisation de plusieurs protagonistes. Florent-Claude lui, va alors se tourner vers la psychiatrie, où lui sera prescrit un antidépresseur sérotoninergique, principal acteur de la consultation Paris 13^{ème}, le Captorix 20 mg ou 10mg, qui est présenté plus comme un poison qu'un bénéfique, à cause des effets secondaires délétères. ^{*3}

De longs chapitres sont consacrés à la politique agricole européenne responsable de la faillite des agriculteurs, qui, à eux seuls, méritent que soient tournées les pages du livre - l'horreur nous saisit d'apprendre comment

fonctionne un élevage industriel de poules pondeuses. Maltraitance et sacrifices des animaux mais aussi des hommes d'une autre façon, conduit ces derniers dans une révolte civile. Crise Bien ressemblante à celle des gilets jaunes qui va éclore à l'époque de la sortie du livre. Prémonition de l'écrivain ? On ne peut s'empêcher de penser que l'attentat de Charlie-hebdo eut lieu le 07 janvier 2015, jour où son précédent ouvrage « Soumissions »^{*4} était édité ? La presse commençait à commenter.

Philippe Lanson en témoigne dans son essai magnifique « Le Lambeau »^{*5}. Il ne faut pas se priver de cette lecture très actuelle.

Françoise Duplex

*1 p. 334, 335

*2 Paul-Laurent Assoun « L'énigme conjugale » PUF, Novembre 2018 Paris.
Pascal Bruckner « Le paradoxe amoureux » Grasset Oct. 2009 Paris

*3 P 346 « C'est un petit comprimé blanc, ovale, sécable. Il ne crée, ni ne transforme ; il interprète. Ce qui était définitif, il le rend passager ; ce qui était inéluctable, il le rend contingent Il fournit une nouvelle interprétation de la vie- moins riche, plus artificielle, et empreinte d'une certaine rigidité. Il ne donne aucune forme de bonheur ni même de réel soulagement, son action est d'un autre ordre : transformant la vie en une succession de formalités, il permet de donner le change. Partant, il aide les hommes à vivre, ou du moins à ne pas mourir-durant un certain temps. »

*4 Soumission : Michel Houellebecq Flammarion Paris- 07 01 2015

*5 Philippe Lançon « Le Lambeau » Gallimard 2018 Paris. P 28 ; 29 ;

Les os des filles

Line Papin, Stock. Paris, 2019

Line Papin porte un nom de famille qui ne laisse pas deviner que son récit va nous transporter au cœur du Vietnam, l'Indochine des années 1945 jusqu'à maintenant, traversant les 30 années de guerres qui ont martyrisé la population de ce petit pays colonisé. Les Japonais l'ont affamé. Les Français d'abord alliés, puis bourreaux à leur tour, lui servirent une terrible

guerre coloniale. Enfin les Américains associés aux Vietnamiens du sud s'en prirent avec sauvagerie au Vietnam du nord. Line Papin naît en temps de paix en 1995, à Hanoï, dans le Nord. Les trois générations qui la précèdent ont souffert des bombardements, de la famine, des embargos, de la terreur. Son père est français, Papin, sa mère vietnamienne, on ignore

son nom. Elle ne sera jamais nommée dans l'écrit. En 2005, Les parents s'installent avec leurs deux enfants en France, dans cette migration où aucune parole n'est prononcée, elle perd ses repères identitaires : Hanoï, la sale ; sa langue natale ; l'amour de ses grands parents ; sa nourrice seconde mère, ses compagnons de jeux comme des frères et sœurs. A l'inverse d'une ville misérable, chaude et humide, polluée où tout grouille bruyamment, où l'on mange à même le sol et où les portes de maison ne sont jamais fermées, elle atterrit dans une maison tourangelle bourgeoise, portes fermées à clefs. Elle lutte, s'adapte. Puis l'installation de sa famille à Paris, en appartement, réalise de nouvelles ruptures, avec ses cousines françaises bien-aimées. Nouvelle épreuve. Les câbles tressés par l'existence la reliant à son passé se rompent un à un, vers 15ans, cette jeune désarrimée, sa douleur psychique à son comble, son corps qu'un fil tenu tient en vie, se met à flotter, accompagné de la faucheuse jusqu'au moment ultime du passage possible vers la mort. Désormais Line est en vie, elle en témoigne par cet écrit très poétique, dont les métaphores surprennent car elles

s'empruntent tant à la pensée vietnamienne qu'à la pensée française. Le roman devient parfois un essai clinique, il est exceptionnel, sidérant, sans se nourrir du drame pourtant présent en permanence, menaçant. L'état mélancolique de la jeune Line, 15 ans, adolescente, prend racine dans l'avion qui l'a conduite du Vietnam vers la France, et à mesure qu'il s'élevait, son être se précipitait dans l'abîme creusé par l'absence de mots. Mais il s'est enrichi, nourri, du réel des traumatismes psychiques issus de ses arrières et grands-parents, sa mère, ses oncles et tantes, son peuple tout entier. La forme littéraire choisie par l'auteure en témoigne. Quand la narration rejoint la théorie psychiatrique et psychanalytique, cela ne nous échappe pas. La transmission des traumatismes donne la couleur humorale de certains sujets, enfants, petits- enfants, nés après la résolution des conflits. On rencontre, à notre époque cette clinique chez les enfants des rescapés des camps d'extermination nazis.

Françoise Duplex

Femme et mère après l'inceste

Soraya DE MOURA FREIRE, Luc MASSARDIER - Ed. Eres, 2019

Préface d'Hélène ROMANO

Un livre remarquable qui aborde avec intelligence et sensibilité, les enjeux et le soin dans les situations d'inceste.

L'inceste n'est pas une violence sexuelle comme les autres. Ses conséquences sur la sexualité adulte, la maternité et les processus de transmission sont maintenant connues : les victimes de ce traumatisme spécifique perdent toute confiance en elles, dans leur famille et dans la société. Accepter sa sexualité et celle du partenaire, choisir librement de devenir mère ou pas, être en sécurité avec ses enfants, sont autant de challenges qui demanderont du temps pour se réaliser.

Si les traces du traumatisme ne disparaissent jamais complètement, une écoute et un soutien respectueux de la parole et de la singularité de chacune pourront aider les victimes à faire émerger les parties vitales de leur moi et à retrouver leur liberté et leur dignité de femme.

Cet ouvrage, qui s'appuie sur les résultats d'une recherche universitaire, permet de mieux comprendre le parcours des victimes, ce qui les a blessées, ce qui

les a soutenues, tout au long de leur vie. Il propose des perspectives d'accompagnement psychothérapeutique et de prévention en parentalité.

*L'association **Docteurs Bru** a pour mission d'accueillir des jeunes filles victimes d'inceste dans son établissement d'Agen et de développer des actions de recherche pour l'amélioration des prises en charge éducatives et thérapeutiques de ces situations de maltraitance.*

Soraya De Moura Freire est psychologue clinicienne, docteure en psychologie. Elle est membre du conseil d'orientation scientifique et technique de l'association Docteurs Bru.

Luc Massardier est psychiatre, praticien hospitalier, ex-chef de service en milieu pénitentiaire. Il est membre du conseil d'orientation scientifique et technique de l'association Docteurs Bru.

Thierry Delcourt

L'intime désaccord : Entre contrainte et consentement

Sud/Nord N° 27 - Sous la direction de Patrick FAUGERAS - Ed. Eres, 2017

Avec la participation de Marilia AISENSTEIN, Alain BADIOU, Éric BOGAERT, Pierre BRUNO, Christophe CHAPEROT, Johann CHAPOUTOT, Jean-Christophe COFFIN, Christine DAL BON, Françoise DAVOINE, Jacques DURAND, Thomas FAUGERAS, Roger FERRERI, Frédéric GROS, Francis HOFSTEIN, Dominique HUEZ, Pierre Johan LAFFITTE, Guy LAVAL, Danièle LINHART, Angelo LIPPI, Michel MINARD, Bertrand OGILVIE, Edmond PERRIER, Laura PIGOZZI, Michel PLON, Giovanni SIAS.

Excellent numéro qui permet de penser l'articulation théorique et pratique entre consentement, contrainte, contention et soin en psychiatrie.

« 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 réprover 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.

Thierry Delcourt

États de la radicalisation

Le seuil, coll. Le Genre humain, n°61, 2019

Responsable de volume : Fethi Benslama. Ouvrage collectif

Après la diffusion vidéo des interventions riches et passionnantes lors des Etats Généraux de la Radicalisation qui se sont tenus à Paris en novembre 2018, voici les actes menées de main de maître par l'équipe de Fethi Benslama.

À la suite des attentats de 2015, après la stupeur avait succédé une période frénétique où l'on prétendait faire la théorie de la radicalisation et de son traitement, souvent sans rapport concret avec la réalité.

Ce n'est qu'à la fin de l'année 2017 que des enseignements tirés de l'expérience avaient commencé à s'imposer. Parmi les acteurs de terrain, des « pys » avaient accumulé les observations issues de leurs pratiques. Les *États généraux psy* sur la radicalisation qui ont eu lieu à Paris, en novembre 2018, avaient pour but de mettre en commun leurs connaissances. Cet ouvrage rassemble les contributions de plus de 90 intervenants qui se sont relayés au plus près d'un phénomène qui a surpris par son ampleur, angoissé par ses menaces.

La radicalisation touche majoritairement des jeunes, dont les deux tiers ont entre 15 et 26 ans. Elle peut mener à la violence, mais pas nécessairement, non sans répandre la haine et l'insécurité diffuses. Il s'agit d'un ensemble de manifestations évolutives, aux ressorts multiples. Leur unification à travers la notion de *radicalisation* qui s'est imposée dans toutes les langues, fait ici l'objet d'une vigilance déconstructrice et critique.

États de la radicalisation, le titre de ce volume, se réfère non pas à l'idée d'un inventaire, mais d'une exploration de problèmes réels, que l'on pourrait regrouper en trois pôles : la violence et la dangerosité, les difficultés du traitement, les dispositifs de prise en charge. S'il est vrai que l'émanation idéologique de la radicalisation, dont il est question, ressortit à la crise contemporaine de l'islam, néanmoins il ne faut pas que son spectre *islamoïde* fasse oublier qu'elle appartient aussi à la fureur insurrectionnelle d'une époque, et qu'elle est déjà présente dans d'autres formes d'extrémismes identitaires.

Thierry Delcourt

Informations internationales, nationales et régionales

9^{es} Rencontres Francopsies - Faculté de Médecine Université Cheikh Anta Diop Dakar – Sénégal - 5 au 11 mars 2020

Psychiatrie et Modernité, l'Exigence Psychodynamique

La pratique de la psychiatrie a beaucoup évolué ces dernières années. Des méthodes de plus en plus perfectionnées contribuent au diagnostic et au traitement. Plusieurs procédés d'investigation technologique, somatique en particulier comme par exemple le scanner, l'IRM, le dosage spécifique de vitamines neurotropes, offrent plus de résultats objectifs au risque cependant de rabattre au silence toute expression de la subjectivité, et des malades et des praticiens.

Corrélativement, le désir d'uniformiser les pratiques à la vitesse de l'informatisation planétaire a donné naissance à des classifications qui se veulent universelles pour permettre à tous les cliniciens, d'où qu'ils soient, d'utiliser le même langage. Les classifications, ces grilles de lecture stéréotypées, séduisent un nombre croissant de médecins dans le sens d'un moindre investissement personnel dans leur temps de travail.

Ce déferlement technique moderne affecte aussi la psychiatrie, au prétexte d'une apparente déstigmatisation.

Mais alors, que reste-t-il de la place de l'intersubjectivité et de la relation psychodynamique, piliers majeurs de la psychiatrie ? La nouvelle classification diagnostique, type DSM, laisse-t-elle entrevoir l'identité de celle ou celui qui porte le diagnostic ? Le praticien, dans ce contexte, conserve-t-il une marge où se déploie sa singularité avec son expérience clinique ? Quand on sait la valeur du langage corporel dans la souffrance humaine, en psychiatrie de liaison peut-il encore y avoir échanges entre acteurs de la santé mentale et spécialistes du soma ? Si la modernité en médecine et ses spécialités se traduit par la réduction à la séduisante technicité objective de la maladie, ne doit-on pas alors s'assurer que la psychiatrie, discipline de l'humain dans sa globalité bio-psycho-sociale, renforce sa dimension relationnelle nécessaire au malade pour recouvrer sa position de sujet ?

C'est dans un esprit de recherche et d'ouverture que les 9^{es} Rencontres Francopsies à Dakar souhaitent mettre en avant, entre « Psychiatrie et Modernité, l'Exigence Psychodynamique ».

Pr Aïda SYLLA et Dr Hachem TYAL Co-présidents des 9^{es} Rencontres Francopsies, avec le Parrainage du Pr Momar GUEYE.

Proposition pour un avant-programme du 05 au 11 mars 2020

Du 5 au 7 mars 2020 - 10 Conférences et 12 Ateliers et Symposiums sur 4 thématiques.

Thématique 1 : L'école de Dakar, une histoire de la modernité en psychiatrie

En reprenant les travaux d'Henri Collomb qui a introduit la pratique psychiatrique moderne au Sénégal tout en prenant soin de contrôler les aspects de cette modernité et de respecter l'humain dans sa dimension culturelle.

Thématique 2 : La modernité en psychiatrie, ce qu'elle apporte, ce qu'elle dénature La modernité en psychiatrie a bouleversé tous les codes en termes d'investigations, de traitements et de réhabilitations. Elle a eu des contributions intéressantes (on pourrait citer en exemple l'apport du concept de plasticité neuronale dans la compréhension des variations de comportements). Les psychiatres humanistes disent oui à la modernité à condition qu'elle soit pilotée par les praticiens et non l'inverse.

Thématique 3 : Pourquoi l'exigence psychodynamique dans la psychiatrie moderne ?

Pour mettre en exergue la place de l'intersubjectivité comme essentielle dans l'acte de soigner en psychiatrie, soit la singularité de l'être du praticien et son éthique dans la relation au patient en tant que sujet.

Thématique 4 : L'exigence psychodynamique : comment ?

Pour éviter au patient le risque grave d'en être réduit à une place d'objet au nom de la modernité, comment les psychiatres humanistes exigent la primauté d'une relation de parole et de confiance avec le patient.

Du dimanche 8 au mercredi 11 mars 2020 Rencontres de Terrain en Casamance

Dimanche 8 mars - Matin départ en autobus pour la Casamance en traversant la Gambie

Lundi 9 et mardi 10 mars -Visites touristiques et Rencontres de Terrain avec une visite du centre de santé mentale régional en présence des équipes

soignantes afin d'instaurer un climat d'échanges et de découvrir les particularités de la pratique psychiatrique traditionnelle locale.

Les conférencier-e-s pressenti-e-s sont indiqué-e-s à titre provisoire, sous réserve de validation.

* * *

JEUDI 5 MARS

14h : accueil – inscriptions

15h : spécial étudiants : 3 Ateliers pratiques, Communications libres, Posters, etc.

18h : cérémonie d'ouverture avec allocutions de bienvenue : Aïda SYLLA, Hachem TYAL

18h30 : Jean-Yves DARTIGUENAVE (Sociologue, Université de Rennes, FR)

20h : buffet dinatoire

VENDREDI 6 MARS

Matin : *L'École de Dakar, une histoire de la modernité en psychiatrie*

9h – 10h30 : 1/ Momar GUEYE (Psychiatre, ancien Chef de Service, Université Dakar, SN)
2/ Roberto BENEDEUCE (Psychiatre, anthropologue, Université Turin, IT)

11h – 12h30 : 3 Ateliers (2 communicant-e-s chacun) et Symposium

Après-midi : *La modernité en psychiatrie, ce qu'elle apporte, ce qu'elle dénature*

14h – 15h30 : 1/ Patrick LANDMAN (Psychiatre, psychanalyste, Stop-DSM, Paris, FR)
2/ Pierre THOMAS (Psychiatre, Chef de Service, Université Lille, FR)
Pause ou/et transfert ?

16h – 17h30 : 1 à 2 Ateliers de 2 communicants chacun ? ou/et

Film de Collomb sur la cérémonie du « N'Doep » ? et/ou Symposium : *Traumas, oublis et mémoires : entre biologie et psychodynamique* (ou/et Rencontre de Terrain ?

SAMEDI 7 MARS

Matin : *Pourquoi l'exigence psychodynamique dans la psychiatrie moderne ?*

9h – 10h30 : 1/ Rachid BENNEGADI (Psychiatre, anthropologue, Président WASP, Paris, FR)
2/ Michel BOTBOL (Psychiatre, WPA, Chef de Service, Université Brest, FR)

11h – 12h30 : 3 Ateliers (2 communicant-e-s chacun) et Symposium

Après-midi : *L'exigence psychodynamique : comment ?*

14h – 15h30 : 1/ Hervé GRANIER (Psychiatre, psychanalyste, WPA, ALFAPSY, Montpellier, FR)
4/ Ceylin OZCAN (Psychologue, psychanalyste, Université Arel, Istanbul, TK)

16h : Conférence de clôture Boris CYRULNIK, Neuropsychiatre, éthologue, Toulon, FR

17h : Allocutions de clôture Hachem TYAL (MA) et Aïda SYLLA (SN)

Inscriptions non encore ouvertes mais demandes d'informations bienvenues par email paul.lacaze@wanadoo.fr hachem.tyal@gmail.com mbenendiaye@yahoo.fr

Journées Cinéma et Psychiatrie de Lyon

Pour leur 9^e édition, les Journées Cinéma et Psychiatrie de Lyon vous invitent à partir des parcours d'artistes que Jean Dubuffet a fait entrer dans la catégorie qu'il a nommée art brut, mais aussi à partir des créations singulières d'autres personnages ne se déclarant pas nécessairement artistes, à une réflexion sur le processus créatif et la place qu'il peut éventuellement prendre dans le soin. Toute création est par définition singulière et c'est à partir de l'expression de cette singularité que nous devons nous interroger sur la place qu'occupe le geste créateur dans l'économie psychique. Même « s'il n'y a pas plus d'art des fous que d'art des dyspeptiques ou des malades du genou » (Jean Dubuffet) il n'empêche que l'acte de création, parce qu'il passe le plus souvent par le corps, la main principalement, est une des solutions pour sortir de l'enfermement de la tête.

Pour cette journée thématique, le Dr Thierry DELCOURT psychiatre et spécialiste des liens entre expression artistique et folie, a accepté de nous accompagner et d'enrichir ainsi les débats proposés à l'issue des projections.

Le bon, l'art brut et le soignant

Pour les échanges de cette journée thématique, un fil rouge sera nourri par le Dr Thierry DELCOURT, spécialiste du processus de création et des capacités créatives dans le soin.

**Mardi 3 décembre 2019, Centre social Hôpital
Le Vinatier, Lyon**

Comme les années précédentes la deuxième journée, mercredi 4 décembre, est consacrée au **Best of des meilleurs films du festival de Lorquin 2019**, cru particulièrement riche cette année, consacrant des documentaires de qualité, des portraits émouvants et autres court métrages de portée plus poétique.

Pour votre inscription, merci de joindre un chèque à l'ordre du Trésor Public :

- Tarif normal : 30 € pour une journée ou de 50 € pour les deux jours
- Tarif réduit : 10 € pour une journée ou de 15 € pour les deux jours : familles d'usager, étudiants, chômeurs et retraités.

Entrée gratuite pour les personnels des CH Le Vinatier, Saint Jean de Dieu et Saint Cyr au Mont d'Or.

Entrée gratuite pour les usagers, inscription auprès de la maison des usagers de chacun de ces trois établissements.

* * *

Le SNPP est le syndicat des psychiatres d'exercice privé, de ceux qui exercent au sein des cliniques privées et des établissements médico-sociaux. L'action syndicale s'exerce en relation avec une centrale regroupant les différentes spécialités, et participe activement aux travaux des institutions regroupant l'ensemble des syndicats des psychiatres du secteur public, ainsi que des associations internationales. Nous pouvons ainsi agir sur les décisions politiques selon les intérêts propres à nos pratiques spécifiques. Le rôle du SNPP se situe aussi au niveau d'une aide individuelle apportée aux adhérents en difficulté face aux Caisses Primaires de l'Assurance Maladie, les conseils proposés peuvent s'associer à un accompagnement lors des rencontres avec les représentants de cette institution. La même aide est proposée pour les difficultés rencontrées avec les patients.

L'AFPEP constitue la « société savante » coordonnée à l'action syndicale ; la réflexion s'y oriente en fonction des problématiques qui semblent les plus prégnantes

de l'actualité psychiatrique. Les journées nationales, qui se déroulent chaque année dans une ville différente, représentent le moment central du travail de recherche et des échanges autour de celle-ci. La formation prend une place déterminante dans notre dispositif, et nous proposons des sessions de DPC, organisées autour de thèmes d'actualité, par des intervenants extérieurs et des membres de l'AFPEP. La revue « Psychiatries » publie les actes des journées et des textes de référence concernant la théorisation de la pratique psychiatrique.

La revue « BIPP » au rythme de deux par an, groupe des textes concernant une question d'actualité, et des témoignages de la pratique, ainsi que des articles d'information professionnelle.

Enfin, aussi souvent que nécessaire, la « Newsletter » transmet par email les informations ponctuelles qui nécessitent une diffusion immédiate, relative à la pratique quotidienne.

Cette présentation concentre l'essentiel de nos activités, mais ne relate pas la totalité de celles-ci.

AFPEP – SNPP à Paris

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

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

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

Prochaines séances les 19 novembre et 17 décembre.

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

* * *

Les 17^{èmes} RENCONTRES de la CRIÉE

L'engagement dans l'espace de la rencontre transférentielle

Vendredi 15 et samedi 16 mai 2020 au Centre des congrès de Reims

L'enjeu de la rencontre transférentielle dans la psychose, mais aussi dans d'autres configurations cliniques, insiste sur le registre de « l'image inconsciente du corps ». Le travail inaugural de Gisela Pankow, sa conception d'un « phantasme » à faire surgir dans la cure comme structure générative de la capacité à fantasmer, constitue un point d'appui essentiel pour que le sujet puisse accéder à un espace imaginaire. Ce qui reste problématique et difficilement transmissible concernerait la capacité de chaque thérapeute, de chaque soignant à « entrer dans la danse » (Davoine) et à s'y tenir debout. Pankow parle fort justement de « descente aux enfers » à propos de cette « approche du dedans », et donc du partage de zones de catastrophe, voire des « aires de mort » psychiques évoquées par Benedetti. Le thérapeute, le soignant, s'y risque, avec son corps et son « être au monde », en se rendant compte de la faiblesse de l'appui sur une « pensée héritée » (Castoriadis). Miser sur le désir inconscient suppose sans doute une sorte d'acte de foi laïque dans l'inconscient, et la possibilité de produire une première forme, une gestaltung, « forme formante » génératrice de l'espace à construire, et peut-être d'une historicité pour « le sujet potentiel » qui surgirait dans le transfert. Il faudrait insister également sur la théorisation nécessaire pour chaque thérapeute, chaque soignant, qui s'inscrit sur les traces de ceux qui l'ont précédé, tout en réinventant « une boîte à outils métapsychologique » personnelle, évoluant tout au long de sa vie. Quel serait le ressort intime de l'énergie nécessaire pour supporter de telles traversées au long cours ? Le Collectif pourrait-il constituer un

point d'appui qui permette à ceux qui en ont le désir de s'avancer tout en s'étayant sur des constructions institutionnelles suffisamment solides, mais également malléables autant que nécessaire ? Cette malléabilité serait en relation intime avec « l'aire de jeu » dégagée par Winnicott, matrice de toute la créativité ultérieure dans la psychanalyse, la psychiatrie, mais aussi les œuvres d'art qui en témoignent dans la Culture. Or nous savons par expérience que cette créativité peut être entravée, empêchée par des forces hostiles au désir, que nous pouvons mettre en rapport avec la pulsion de mort dans son versant d'anéantissement. Remarquons la coalescence actuelle entre ces forces de mort et l'emprise économique et idéologique des politiques néolibérales. Dès lors l'engagement dans le transfert s'intriquera nécessairement avec une prise de position politique. C'est l'enjeu des « pratiques altératrices » (Dardot), qui nous permettent de rester vivants dans nos institutions afin d'éviter qu'elles ne se transforment en nécropoles. Autant dire que l'analyse institutionnelle permanente, qui suppose elle-même une énergie considérable, va engendrer des turbulences. Travail indispensable pour un « désir travaillé » et la possibilité d'un « horizon d'attente », orienté également par la réalité de l'aliénation sociale et politique.

LA CRIÉE

Centre de Jour

A. Artaud – 40 rue Talleyrand – 51100 REIMS
Tél. : 03.26.40.01.23 – Fax : 03.26.77.93.14
g04.extra@epsm-marne.fr

Cycle de conférences 2019 – 2020 par Thierry Delcourt

Dis-moi, à quoi ça sert, l'art ?

Contact : dr.thierry.delcourt@gmail.com

Imaginons un monde sans art ! Que deviendrait notre vie ? Depuis la nuit des temps, l'être humain a eu besoin de créer, de représenter. Aujourd'hui, quelle place tient l'art dans la culture ? Sans art, qu'en serait-il de l'éducation, du lien social, du soin, de la pensée, de la spiritualité, du pouvoir politique et de la survie des minorités ? L'art est-il porteur d'espoir pour agir et lutter contre la tyrannie, la destruction du monde et de la diversité culturelle ?

Mardi 8 octobre 2019 - 18h30 à 20 h – L'art, un facteur de lien social ?

Des trésors du patrimoine aux controverses de l'art actuel, des expositions prestigieuses aux graffitis dans l'espace urbain, de l'opéra au rap, l'art fait penser, rire, parler. Il fait vivre.

S'il est trop élitiste, il ne permet pas l'échange humain et social. S'il choque, il peut générer des positions extrêmes et parfois violentes.

Mais l'histoire de l'art montre que ce qui est élitiste et choquant devient, quelques temps après, une référence esthétique valorisée.

Quelles conditions sont requises pour que l'art puisse, à l'instant où il se crée, être un facteur de partage et de lien social ?

Si la force expressive et subversive de l'art permet de lutter contre les inégalités et la fracture sociale, cela suppose de se rendre visible et audible par le plus grand nombre.

Rien de tel pour y parvenir que de créer les conditions d'un art participatif du commun. Il s'agit de valoriser les initiatives individuelles et collectives de création artistique là où elle a beaucoup à dire, à exprimer... à espérer.

Lutter contre l'exclusion, la stigmatisation, la discrimination n'est pas qu'une affaire d'état. Elle est l'affaire de toutes et tous dans les recoins d'une société faussement inclusive. L'art peut-il prétendre remplir cette mission ?

Mardi 10 décembre 2019 - 18h30 à 20 h – Fonction de l'art dans le soin

Créer n'est pas faire de l'art, mais ça peut ! Solliciter la créativité d'un patient quand la maladie l'assaille, offre un double avantage : celui d'exprimer sa souffrance, son désarroi, celui de lutter contre l'invasion du mal.

Il ne s'agit donc pas d'être un artiste mais de produire un objet quel qu'il soit, qui exprime, qui distrait et qui soigne. L'objet palpable ou virtuel est porteur d'une charge émotionnelle et affective qui le rend utile et précieux. Qu'il s'agisse de peinture, de sculpture, de poésie, d'art vivant, qu'importe dès l'instant où l'objet produit est apte à porter et à exprimer ce que la personne recèle au fond d'elle-même. Ça ne peut se limiter à une simple occupation même si celle-ci a sa place dans le soin. Si certains malades trouvent par eux-mêmes le recours à une créativité salvatrice, la plupart n'y parviennent pas, obsédés qu'ils sont par leur mal, son devenir et leur destin tragique.

Ce qui compte, c'est l'outil créatif que choisit le malade. Même si le soignant propose, le patient dispose. C'est toute la difficulté de l'art-thérapie : mettre à disposition du malade le support de son expression sans influencer sur ce qu'il a besoin d'exprimer, tout en sollicitant son expression et ses capacités créatives. Et pour le reste, laisser venir, laisser faire !

Mardi 4 février 2020 - 18h30 à 20h – Que peut l'art contre la guerre ?

Allons, n'espère pas l'impossible ! Comment peux-tu imaginer que les hommes renoncent à la guerre ? Ce n'est certainement pas un « pauvre petit artiste » qui va les empêcher de satisfaire leurs pulsions destructrices et leur soif de pouvoir ubuesque. Ils ont même des artistes pour glorifier leurs conquêtes. On trouve bien plus de cette barbarie peinte dans les musées que d'éloge de la paix et de l'amour. Certains artistes ont trouvé des revenus confortables dans cet art officiel.

Le statut de l'artiste a évolué au cours des siècles. Ses préoccupations ne sont pas de glorifier les exactions mais de représenter ce qui le bouscule, le dépasse, le choque, tout en proposant son univers de formes et de fantaisie propre. Si le sujet est comment rendre en peinture, sculpture, art vivant... le thème relève d'une abstraction : l'articulation entre l'impact du monde et le psychique.

C'est grâce à ses perceptions intuitives et à sa capacité d'être à l'écoute de son ressenti, que l'artiste peut anticiper le mal de guerre, comme l'ont fait les surréalistes bien avant que ne se révèle l'horreur des camps nazis et l'extermination des juifs, des tziganes et des handicapés. S'il ne peut l'empêcher, au moins l'artiste peut-il prévenir de la guerre ?

Mardi 7 avril 2020 - 18h30 à 20 h – Quelle place pour l'art dans l'éducation ?

Dès la naissance, l'éducation est une priorité et une nécessité pour vivre en société. Si le langage et la raison constituent une voie de transmission culturellement privilégiée, il ne faudrait pas oublier l'autre voie essentielle qui transmet par les sens et les mots de la toute petite enfance : le parfum, la voix, l'ambiance, l'expression du visage, le babil. Cet univers de mots, de sons et de formes sensuelles est le trésor qui permet d'appréhender le monde, de le rendre praticable. Sans cette matrice, l'éducation produit une culture hors sol, sans racine pour prendre corps et fonder le désir.

L'art est un chemin de traverse primordial dans la transmission du monde, de la culture et de la vie en société. Donc, toute éducation qui fait l'impasse de l'art échouera à coup sûr.

Mais art ne signifie pas être artiste. L'art de la vie, de la cuisine à l'artisanat, du langage à la parole, de la science au dessin, de la pensée à l'amour, est traversé par cette éducation du désir intime qui fait que l'humain est humain.

Une éducation qui se réduirait à un formatage par des algorithmes ne serait qu'échec. D'où l'importance de ne pas confier une affaire si grave à des bureaucrates et à des robots.

Erratum BIPP 76

Une erreur de signature s'est glissée dans le Bipp 76 : P 2 (sommaire) Actualité de la pédopsychiatrie,
« actualité des cmpp camsp et cmp, rapport igas sept 18 » p 33,
retirer JJBT ... à remplacer par Françoise Duplex.
Idem à la fin de l'article p 34

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**

ISADORA 2020

19 èmes journées

Vendredi 5 juin 2020

Samedi 6 juin 2020

**Centre psychothérapique Saint-Martin de Vignogoul
34570 PIGNAN**

« Sans complexe »

Dans un contexte de propagation des radicalisations, comment différencier le cynique de celui qui s'affranchit de contraintes superflues?

Passer à l'acte, aller droit au but, se débarrasser des entraves, éviter les atermoiements, revendiquer des convictions, sont des qualités de « l'homme d'action » mais peuvent également déguiser un écerelé ou une grave entourloupe.

Le complexé est perçu comme un loser, inhibé, versatile, qui n'a pas opéré le bon virage, qui n'a notamment pas réussi à se libérer de ses chaînes. Il est à l'opposé du bon communicant, déterminé, "droit dans ses bottes", performant".

La sémiologie psychiatrique différencie nettement la honte de la vergogne : la première, paralysante, malade et du domaine de l'emprise, la seconde, instillant le respect de l'autre et de soi-même. Mais comment appréhender les choses si peu importe la vérité, si la valeur recherchée s'échelonne dans l'affirmation de soi et l'attrait charismatique ?

Nous sommes de plus en plus souvent affligés, dans de nombreux domaines jusque et y compris « scientifiques », de la teneur de certains propos, de la piètre qualité des arguments, de la violence de pseudo-théories, de l'obscénité assumée. Le ton l'emporte sur le fond et légitime des passages en force délétères.

L'indécence a pignon sur rue.

Alors ? Des verrous ont-ils sauté ou s'agit-il d'un nouvel impératif ? L'espace est-il encore commun, partageable ou du registre guerrier, de l'incompatible ? Quelles en sont les conséquences sur les soins que nous prodiguons, sur nos institutions, sur le mode de nos échanges, sur la fonction « tierce » ?

Nous vous proposons de mettre ensemble cette question au travail.... avec lucidité.

Sous la direction de

Tim Greacen, Emmanuelle Jouet

**POUR DES USAGERS DE LA
PSYCHIATRIE ACTEURS
DE LEUR PROPRE VIE**

**Rétablissement, inclusion
sociale, empowerment**

Par le rétablissement, l'inclusion sociale et l'empowerment, une personne vivant avec un trouble psychique devient actrice de sa propre vie, citoyenne à part entière, experte de son expérience. La réédition de cet ouvrage vient appuyer les avancées certaines de ces dernières années.

350 pages, 25 €



Jean-Louis Touraine

**DONNER LA VIE,
CHOISIR SA MORT**

Pour une bioéthique de liberté



Plaidoyer pour une plus grande liberté et pour le respect accru de la volonté des personnes, cet ouvrage présente la bioéthique d'une façon concrète, pratique et accessible à tous.

*Préface de
Emmanuel Hirsch
176 pages, 12 €*

Marie Rajablat

**MILLE ET UN
SOINS INFIRMIERS
EN PSYCHIATRIE**

**Entre combats et magie
de la rencontre**

C'est un livre de conteuse des soins, même si c'est une infirmière, parfois guerrière, qui l'a écrit. Elle raconte tout ce que l'on voudrait savoir sur ce métier mais que l'on ne dit jamais et qui est encore moins enseigné.

216 pages, 15 €



Frédéric Mougeot

**Le travail
des infirmiers
en hôpital
psychiatrique**

Frédéric Mougeot

**LE TRAVAIL
DES INFIRMIERS
EN HÔPITAL
PSYCHIATRIQUE**

Cet ouvrage porte sur l'expérience de l'hôpital psychiatrique du point de vue de ses soignants, en particulier infirmiers. Leur travail en première ligne face aux patients, auprès desquels ils représentent l'institution, constitue un observatoire pertinent des transformations de l'hôpital gestionnaire.

248 pages, 23 €



Laure Marmilloud

**DONNER VIE À
LA RELATION DE SOIN**

**Expérience pratique et enjeux
éthiques de la réciprocité**

Les soignants sont formés à agir et à se situer au sein d'une relation par nature asymétrique. L'auteure s'attache à montrer l'importance d'un aspect laissé dans l'ombre : la possibilité de faire vivre cette relation dans une dynamique de réciprocité.

*Préface de Jean-Philippe Pierron
264 pages, 16 €*



Consultez notre catalogue sur

www.editions-eres.com