



BIPP

L'AFPEP-SNPP RÉSISTE A LA CRISE

Dossier Spécial :

Retour d'expérience sur la téléconsultation

AFPEP-SNPP

Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

Syndicat National des Psychiatres Privés

Responsable de la Publication : Michel Jurus

Rédacteur en chef - Thierry Delcourt

Comité de Rédaction :

Michel Jurus – Elie Winter – Olivier Brunschwig - Adeline Metten – Rania Gard

Secrétariat de la Rédaction : info@afpep-snpp.org – 21 rue du Terrage 75010 Paris

www.afpep-snpp.org

SOMMAIRE BIPP 78 - L'AFPEP-SNPP RÉSISTE A LA CRISE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ÉDITORIAL..... | 4 |
| LE MOT DU REDACTEUR | 5 |
| DÉCÈS DE CAPUCINE RIVIÈRE..... | 6 |
| BULLETIN SYNDICAL..... | 8 |
| Actualité (Agitation ?) Syndicale..... | 8 |
| SNPP et centrales syndicales : histoire et perspectives. Le SNPP, membre des « Spécialistes CSMF » et d' « Avenir Spé »..... | 10 |
| Le Ségur de la Santé | 12 |
| Secret médical..... | 16 |
| Assemblée Générale 2020..... | 19 |
| Appel de cotisation | 19 |
| CONGRÈS..... | 21 |
| Report de la Journée de printemps de Reims..... | 21 |
| Report des Journées Nationales d'Arles..... | 22 |
| Le 10 octobre 2020 : Rencontre d'Automne de l'AFPEP-SNPP (9h – 17h30) à Paris Et Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP | 23 |
| Congrès Français de Psychiatrie Strasbourg 25/28 Novembre 2020 | 25 |
| COMMUNICATION ET NEWSLETTER..... | 29 |
| LE POINT SUR LES CMPP | 38 |
| Urgence à se mobiliser et informer !..... | 38 |
| Correspondances sur la situation critique des CMPP Nouvelle-Aquitaine..... | 44 |
| Pièces Jointes en annexe à consulter | 45 |
| LA VIE DE L'ODPCPP | 46 |
| Le Point du secrétaire général..... | 46 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| DOSSIER SPÉCIAL - Téléconsultation en crise Covid | 48 |
| Téléconsultations : une application de la loi de Murphy !..... | 48 |
| Téléconsultations : retours d'expériences. Ambivalences | 48 |
| Brèves impressions sur la téléconsultation - Loïc Tana, Karine Hénon, Christine Gully | 51 |
| Téléconsultations : premières impressions | 54 |
| Vous avez dit : Immunité ? | 55 |
| Psychiatrie médico-sociale et libérale | 57 |
| Théâtre viral..... | 62 |
| Une sirène confinée | 69 |
| Parcours varié d'un psychiatre privé en temps d'épidémie..... | 71 |
| Confiné : s'en sortir sans sortir !..... | 73 |
| La crainte de la désorganisation | 79 |
| La téléconsultation pour rassurer ? | 82 |
| Pourquoi je n'ai pas demandé quoique ce soit en dédommagement de ce temps de confinement | 84 |
| HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE..... | 87 |
| Crises épidémiques dans l'histoire et discours de prévention publique..... | 87 |
| Hommage à Roger Gentis..... | 93 |
| NOTES DE LECTURE..... | 98 |
| Boussole.s par temps de coronavirus | 98 |
| Extensions du domaine du don | 99 |
| ANNONCES – INFORMATIONS | 103 |
| Séminaire de formation et de recherche 2020-2021 | 103 |
| Groupe d'échanges cliniques AFPEP-SNPP à Paris..... | 103 |
| Colloque InterPsy avec ALFAPSY | 104 |

ÉDITORIAL

LE TEMPS

Aux rythmes du temps, des épidémies viennent se reprendre dans les populations mais notre pays pouvait penser que c'était toujours pour les autres continents. Notre monde vient d'être frappé par une nouvelle pandémie prévisible mais négligée par nos *hauts* organismes de santé.

L'AFPEP-SNPP a su faire preuve de réactivité pour vous aider dans votre quotidien et permettre une continuité des soins dans un système de santé bien démuni. Je remercie l'ensemble du Conseil d'Administration qui s'est mobilisé, immédiatement, pour répondre à l'ensemble de vos attentes et réfléchir sur les stratégies de crise dans un monde soignant dévalorisé.

Le politique soumis à la finance, a voulu faire de la santé une source de rentabilité. Le choix d'une politique de santé, sous la direction de l'HAS et des ARS, guidée par l'obsession du profit, sur les dos des malades et des soignants, montre bien le coût énorme que cela finit par représenter sur le plan humain et économique. Bien sûr, une rentabilité reste valable pour les groupes financiers qui n'auront pas à assumer la catastrophe qu'ils ont favorisée. Les pertes d'exploitations ne seront pas couvertes par les assurances qui se contenteront de quelques gestes et de beaucoup de slogans publicitaires. Les assureurs démontrent qu'ils sont une source de problèmes plus qu'une solution. Seule la nation devra payer comme dans toutes les crises.

Avec étonnement, nous voyons des politiques corrompus s'accuser les uns les autres pour mieux se disculper. Le cynisme est toujours bien présent. Combien de temps faudra-t-il pour assainir la politique de santé de toutes corruptions ? La corruption officielle, pour le monde de la santé (assurances et industrie pharmaceutique) à l'Assemblée Nationale, devrait être interdite. Une solution serait la nationalisation des assurances de santé pour éviter les dérives et être vraiment au service des assurés.

Pendant ce temps-là, les soignants font face dans des conditions précaires. Le temps est long et les espoirs vertueux des quinze premiers jours de confinement risquent de s'évaporer dans le firmament. Les promesses d'un monde nouveau seront-elles toujours présentes, dès le retour à la normale, au Ségur de la santé ?

La psychiatrie s'est retrouvée, parmi d'autres, mobilisée, au début de la crise pour répondre à des urgences. Dans beaucoup de cas, l'appel au bénévolat était une évidence pour les ARS avec des hauts fonctionnaires soucieux de montrer leur réactivité en faisant travailler les autres. Ces planificateurs, comme des généraux de 14, n'ont pas été avares pour utiliser inutilement une forte mobilisation sans doute trop précoce. Ainsi de nombreux psychiatres bénévoles se sont retrouvés dans des permanences d'écoute sans avoir aucune demande. Il faudra sans doute, avec les temps, tirer des conclusions et des attitudes concrètes pour les prochaines catastrophes.

La grande leçon de ce confinement, et de ce qui va suivre, est que la relation humaine est nécessaire pour vivre. Cette relation humaine reste indispensable dans le soin psychiatrique et les partisans de la psychiatrie expertale ont bien montré qu'ils étaient inutiles sauf pour faire sondage et statistiques. Il serait souhaitable que ces experts s'occupent des chiffres et nous, les psychiatres, des malades. Combien de temps faudra-t-il pour se débarrasser d'une pseudo-psychiatrie scientifique qui passe son temps à faire des suppositions sans jamais rien trouver ? L'utilisation perverse de la Science montre bien son inefficacité sur le terrain dès qu'il s'agit vraiment de soigner et de ne pas être dans la *pertinence* des soins.

Pour les soignants, c'est finalement la population qui s'est le mieux mobilisée pour les soutenir moralement. Des gens qui applaudissaient et qu'il fallait applaudir. Des gens stupéfaits par le manque de moyens en masques, protections et lits de réanimation.

Nos patients et la population ont reconnu l'importance des rendez-vous que cela soit en téléconsultation ou bien au cabinet. Cette reconnaissance montre à quel point notre travail reste précieux (trop pour certains). Dans beaucoup de situations, nos consultations ont eu un rôle thérapeutique et préventif, encore plus évident, pendant cette épidémie. Les psychiatres sont des médecins irremplaçables. Notre combat, pour les temps qui viennent, sera de continuer de défendre une psychiatrie d'une grande qualité scientifique et humaine. Notre combat sera toujours de revendiquer une reconnaissance juste de toute notre clinique de consultation et de prévention.

Dr Michel Jurus - Président AFPEP-SNPP

LE MOT DU REDACTEUR

Grande première, le BIPP en édition numérique ! Est-ce un progrès ? Pas si sûr, tout dépend de ce qu'on appelle progrès et de ce qu'on attend d'une revue. Nous tenions, vous teniez tellement à la version papier éditée à 6500 exemplaires deux fois par an.

Las, une crise a eu raison de notre confort... pas de notre énergie ! Cette crise s'est creusée au fil des années, chacun.e de nous tous ayant sa part de responsabilité. La nôtre de n'avoir pas su ou pu mobiliser les énergies de nos adhérents afin qu'ils nous rejoignent dans nos engagements – il faut savoir que nos deux publications, le **BIPP** et **Psychiatries**, représentent un travail intense et bénévole de notre collectif. Responsabilité aussi d'un désinvestissement en termes d'adhésions, comme pour d'autres syndicats, qui réduit notre capacité économique, donc le budget destiné à nos publications.

Nous souhaitons donc et travaillons pour que vous soyez nombreux à continuer à cotiser ou à en prendre l'initiative, sachant que la première année d'essai n'est pas payante, et peut vous donner une idée du travail que nous accomplissons.

Mais rassurez-vous, la prochaine publication sera au format papier avec également une grande première : la fusion partielle de nos deux publications en format revue avec toujours un bulletin syndical, le BIPP associé à Psychiatries, plus sélectif dans le choix des articles et les règles de publications... ce afin d'y trouver une meilleure visibilité de référencement.

Le rédacteur en chef

DÉCÈS DE CAPUCINE RIVIÈRE

Capucine Rivière-Milner n'est plus

La triste nouvelle est arrivée de son décès des suites d'une maladie laissant peu d'espoir, contre laquelle elle s'est cependant battue par tous moyens, avec l'aide précieuse de ses proches et des médecins : comme le cordonnier est le plus mal chaussé, dit le proverbe, le médecin fut-il psychiatre ne bénéficie d'aucune ristourne quant à sa vulnérabilité, et Capucine nous a quittés à un âge injustement précoce, alors qu'elle avait encore tant à dire, tant à vivre...

Après des études médicales effectuées à Dijon, tout en s'affirmant comme une militante déterminée, Capucine Milner vient à Paris en 1971, pour y faire sa spécialité, et passer l'internat de psychiatrie. Après son internat, elle s'est pleinement investie dans sa fonction de praticien hospitalier à temps partiel, prenant notamment la responsabilité de l'hôpital de jour du secteur du 17^{ème} arrondissement de Paris. En parallèle, elle a poursuivi sa formation et sa recherche personnelle en psychanalyse, car sa pratique de psychiatre en a toujours été étroitement imprégnée.

C'est sans doute à ce niveau que Capucine a pu autant marquer ceux qui l'ont connue : que ce soit en tant que citoyenne, particulièrement vigilante quant à l'évolution sur le plan politique ou social, ou en tant que psychiatre et psychanalyste, elle a toujours fait preuve de fortes convictions personnelles, alliant à la fois exigence de rigueur dans la pensée, et anticonformisme, y compris vis-à-vis de la psychanalyse, qu'elle s'était appropriée tout en se tenant à l'écart des chapelles. Elle s'était également investie dans une activité syndicale dans le cadre de l'AFPEP-SNPP (société savante et syndicat de psychiatres privés), qu'elle a pu un temps représenter dans le cadre de la Fédération Française de Psychiatrie ; elle était également un membre très actif du Cercle d'Epistémologie en Psychiatrie, qu'elle a beaucoup contribué à développer.

Elle n'avait pas son pareil pour dénicher les textes novateurs parmi les innombrables parutions de notre époque, et pour en partager l'intérêt avec proches et amis.

Capucine était un esprit libre, une femme soucieuse d'être entendue et respectée en tant que telle, elle était aussi une amie d'excellente compagnie, aimant la vie et ses douceurs, d'une grande bienveillance également pour ceux qui avaient conquis son respect : une vraie personne, ou une personne vraie, comment dire, peu prompte à se mettre en avant, mais dont la parole, riche et féconde, nous séduisait d'être aussi dégagée des dogmatismes en tout genre.

Capucine, tu laisses un grand vide et beaucoup de regrets de n'avoir pu plus longtemps partager avec toi la pensée et la pratique de la vie...

Nos pensées attristées vont avant tout à ses enfants et petits-enfants, à ses proches, et à ses patients qu'elle aura sans doute marqués de toute sa compétence et sa délicatesse.

Les messages peuvent être envoyés à : ensouvenirdecapucine@gmail.com

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

BULLETIN SYNDICAL

Actualité (Agitation ?) Syndicale

Le panorama syndical se complexifie dans la perspective des élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) qui, repoussées d'un an, se tiendront au printemps 2021. Le confinement a suspendu les campagnes des syndicats, mais l'intensité des actions va reprendre très vite, avec des enjeux d'autant plus importants que le nombre de syndicats entraîne un morcellement dangereux pour l'action de chacun d'entre eux. Il convient aussi de rappeler le faible pourcentage de votants aux élections précédentes.

Petit rappel des enjeux :

Le vote se déroule selon un scrutin par liste : chaque syndicat de "verticalité " (ensemble des syndicats médecins généralistes et médecins spécialistes regroupé dans une même structure) présente sur cette liste un choix de médecins. Ceux-ci seront élus et représenteront ensuite leur syndicat au prorata des voix obtenus lors du vote.

Cette élection permet de déterminer le nombre d'élus aux URPS, et donc les actions que ceux-ci entreprendront durant les six ans de leur mandat.

Parallèlement, et proportionnellement à son nombre d'élus, chaque verticalité participe de droit aux Commissions Paritaires Nationales, Régionales et Locales (ces dernières correspondant à l'échelon de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

Il convient ici de préciser que les participants aux commissions de pénalités des CPAM ne sont pas obligatoirement des élus syndicaux.

Pour participer à ces élections URPS, chaque "verticalité" doit être reconnue représentative après enquête par le Ministère de la Santé, actuellement représenté par Monsieur Olivier VERAN, et les représentants de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Cette enquête repose notamment sur le nombre d'adhérents et le nombre de syndicats de spécialités inclus dans chaque verticalité.

Par ailleurs, il semble que toutes les verticalités connaissent une baisse importante d'adhérents à l'exception peut-être de la dernière venue, l'UFML (Union Française pour une Médecine Libre) qui se présente surtout comme une force de contestation mais présente finalement assez peu de propositions relatives à l'avenir de l'organisation de la médecine.

MG FRANCE (Médecins Généralistes France) garde, grâce à sa spécificité, son influence auprès des adhérents, ce qui lui permet par ailleurs de continuer son action

auprès du ministère qui privilégie l'axe médecins généralistes - médecins hospitaliers dans l'organisation de la médecine française.

Cela a d'ailleurs été mis en lumière lors de la crise du Covid, par le retard pris pour répondre à l'appel des hôpitaux privés alors que ceux-ci, vidés de leurs patients habituels, se déclaraient aptes à s'occuper des patients de la pandémie,

Cela se vérifie encore actuellement dans la gestion de la post-pandémie, ou se mettent en place des process qui valorisent la médecine générale, ce qui est juste, mais qui s'accompagne d'un oubli des médecins spécialistes libéraux, à déplorer.

En ce qui nous concerne, les choses sont également compliquées. Nous étions jusqu'à maintenant adhérents de l'UMESPE intégrée à la CSMF. Cela nous a permis de faire valoir notre revendication de l'acte unique CNPSY lors de la dernière convention.

Les arbitrages du bureau de l'UMESPE dont Patrick GASSER était le Président nous ont été favorables. L'UMESPE, branche spécialiste de la CSMF a évolué dans une demande de ré-arbitrage entre médecins généralistes et spécialistes, ces derniers considérant être sous-estimés au sein de la verticalité.

C'est ainsi que, comme l'avaient fait bien avant les généralistes, il a été décidé par un vote lors de l'université d'été de 2019 confirmé par un vote de comité directeur de janvier dernier, une évolution des statuts et un changement de nom, l'UMESPE devenant Avenir Spé.

Progressivement, cette nouvelle structure s'est trouvée en rupture d'avec la CSMF tandis qu'un peu plus tard, s'est créé un nouveau syndicat au sein de la CSMF nommé Les Spécialistes CSMF.

Avenir Spé correspondant toujours à nos aspirations syndicales (valorisation des spécialités cliniques, reconnaissance de l'acte unique des psychiatres, assurance d'être présent physiquement à la prochaine convention), nous avons voté notre maintien dans cette structure lors d'un CA en janvier dernier. Il existe désormais un risque de contentieux judiciaire dans les mois à venir eu égard à la situation au sein de la CSMF.

Sachant par ceux qui souhaitent rester dans les spécialistes CSMF que les options choisies ne correspondent pas aux nôtres, nous tenons à le signifier aux membres du bureau de celle-ci et cela nous incite à maintenir notre engagement auprès d'Avenir Spé.

Nous déplorons de ne pas être plus nombreux à pouvoir nous investir dans ce fonctionnement syndical, d'autant qu'Avenir Spé se présente comme une force de proposition et de réflexion sur notre pratique quotidienne et que nous y sommes très sollicités. Avis aux amateurs!

Claude Gernez et Patrice Charbit

SNPP et centrales syndicales : histoire et perspectives. Le SNPP, membre des « Spécialistes CSMF » et d' « Avenir Spé »

Une part majeure de l'activité d'un syndicat médical consiste à négocier les conditions de la pratique avec la sécurité sociale : honoraires, modalités d'accès aux soins, primes, etc.

Ces négociations se déroulent tous les 5 ans entre la sécurité sociale, et les syndicats « représentatifs » des professionnels, qui réunissent les différents syndicats des spécialités et de médecine générale. Ces « centrales » syndicales valident la convention médicale quand les négociations aboutissent à obtenir suffisamment de signataires représentatifs. Sinon la pratique médicale est soumise au Règlement conventionnel minimum, qui laisse la place à l'arbitraire de l'Etat tout puissant, comme ça a été le cas de 1997 à 2003. Les commissions paritaires ne siègent plus pour permettre aux syndicats de défendre les médecins en litige avec les caisses, et l'administration peut imposer par décret ses nouveaux projets (comme l'obligation de télétransmission en 1999). Lire à ce sujet l'article de Jean-Jacques Laboutière du BIPP n°30 en 2001 : <http://afpep-snpp.fr/index.php?page=30-2>

Depuis la création du SNPP, il y a 50 ans cette année, le Syndicat National des Psychiatres Privés (SNPP) a quasiment toujours été membre de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)... à l'exception d'une « parenthèse » de 2003 à 2015. Durant cette période, le SNPP a connu des hauts et des bas, des moments forts de son histoire, et une crise interne. 5 ans après notre retour à la CSMF, c'est cette dernière qui vit aujourd'hui une scission. L'histoire se répète, mais les temps changent... Retour sur une histoire, et perspectives.

1970 : Création du SNPP, longtemps présidé par Gérard Blès, qui fut également secrétaire général de la CSMF. Vous trouverez ici une vidéo en hommage, avec des propos prémonitoires : <https://www.dailymotion.com/video/xfegt9>

2003 : Démission du SNPP de la CSMF qui avait accepté (comme les autres centrales) la signature de la convention médicale de 2003... qui ne revalorisait pas les honoraires des psychiatres privés, et envisageait de disséquer l'acte unique CNPsy en une nomenclature clinique complexe. Lire à ce sujet le courrier de démission, signé par Antoine Besse dans le BIPP n°35 en 2003 :

<http://afpep-snpp.fr/index.php?page=35-2>

2008-2012 : Par la suite, le SNPP a adhéré à la Fédération des Médecins de France (FMF) de 2008 à 2012, qui nous avait semblé soutenir nos revendications sur les honoraires, l'acte unique CNPSY, et le retour à l'accès direct spécifique (ne plus obliger les patients à voir un médecin traitant pour adresser à un psychiatre). Lire à ce sujet le rapport moral d'Yves Froger, BIPP n°51 en 2008 :

<http://afpep-snpp.fr/index.php?page=51-2>

Mais la signature par la FMF de la convention de 2011 mettant en place la prime à la performance (dite P4P, devenue ensuite le ROSP), et les sanctions contre les médecins qui refusent la télétransmission obligatoire a poussé le SNPP à quitter la FMF. Lire l'éditorial de Michel Marchand, BIPP n°62 :

<http://afpep-snpp.fr/index.php?page=62-1>

2012-2016 : Le SNPP négocie avec les centrales syndicales, sans adhérer à aucune, pour obtenir les meilleurs soutiens pour la prochaine convention...

2016 : durant la négociation conventionnelle, l'assemblée générale du SNPP vote le retour à la CSMF.

En 2016, le SNPP s'est ainsi mobilisé pour la nouvelle négociation conventionnelle. Nous avons participé avec la FMF et avec la CSMF aux négociations avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), et obtenu ainsi une significative revalorisation de nos honoraires de 7%, faisant de la psychiatrie une des spécialités « gagnantes » de la nouvelle convention... que la CSMF n'a pas signée.

La CSMF ayant néanmoins participé aux négociations conventionnelles, et largement soutenu les psychiatres cette fois-ci, le SNPP n'a pas regretté son retour en son sein, réparant l'affront de 2003 sur les honoraires des psychiatres.

La CSMF a finalement réintégré la convention médicale en 2018 lors de la signature de l'avenant mettant en place... la télémédecine, qui fait d'ailleurs l'objet du dossier spécial de ce numéro du BIPP.

Et aujourd'hui ?

C'est au tour de la CSMF de traverser des turbulences. Les spécialistes y étaient représentés au sein de l'UMESPE (Union National des Médecins Spécialistes Confédérés), dont le SNPP était donc membre.

Le Dr Gasser, dernier président de l'UMESPE, a souhaité réformer cette branche de la CSMF en en modifiant les statuts pour créer « Avenir Spé ». Mais la CSMF a créé ensuite « les Spécialistes CSMF », et un conflit est en cours entre AvenirSpé et Les Spécialistes CSMF... tous deux domiciliés dans les locaux de la CSMF au 79 rue de Tocqueville à Paris 17^e.

La représentativité des centrales syndicales est définie par les élections aux URPS, qui se renouvelleront en 2021... année de la prochaine convention médicale. Nul doute que l'actualité sanitaire risque de bousculer encore un peu plus cet agenda.

A ce jour, le SNPP cotise donc à deux centrales syndicales : Les Spécialistes CSMF et Avenir Spé.

Mais toute cette histoire de divisions, d'allers et retours, met en lumière une question essentielle : Que gagnons-nous à nous diviser ainsi ? Et d'ailleurs, n'est-il pas temps de réexaminer l'intérêt de maintenir deux syndicats de psychiatres libéraux, le SNPP et le SPF (membre des Spécialistes CSMF et du SML (Syndicat des Médecins Libéraux) ?

Elie WINTER, secrétaire général de l'AFPEP-SNPP

Le Ségur de la Santé

Monsieur le Ministre de la Santé,

Madame Nicole NOTAT,

Le Ségur de la santé vient de s'ouvrir, annonçant en « Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ».

Le Syndicat National des Psychiatres Privé (SNPP), membre de la CSMF, des Spécialistes CSMF et d'Avenir Spé, tient à insister sur le rôle central des psychiatres privés (libéraux et salariés de cliniques et du médico-social), à l'heure où on parle d'une deuxième vague à **fortes manifestations** psychiatriques.

Les sombres prévisions sur les effets socio-économiques de la crise du COVID19 auront effectivement des conséquences psychiatriques **graves et longues à soigner**.

Les psychiatres libéraux exercent, vous le savez, une activité conventionnée et donc une mission de service publique.

Durant la période du confinement, ils ont su s'adapter à la pratique en téléconsultation qui ne leur était pas encore familière. Ils ont été sollicités pour des situations de crise psychotique, des dépressions suicidaires, et autres situations fortement anxiogènes. Pour les patients qui se sont sentis « protégés » pendant le confinement, c'est le déconfinement qui est alors souvent anxiogène. Mais sans doute le pire est à venir.

Les psychiatres libéraux exercent souvent tôt le matin, ou tard le soir, et ne rechignent pas à la tâche. Leur réactivité et leur capacité d'adaptation a été exemplaire. Ils sont restés sur le terrain autant que possible. Ils se sont montrés très attentifs à l'accès aux soins, dans le cadre de la solidarité nationale. Ils ont mis en place des réseaux de soutien aux soignants exposés au Covid, en particulier les infirmiers, aides-soignants et internes en médecine.

La souplesse de leur réactivité et leurs capacités d'adaptations sont multiples et soulignent une approche artisanale personnalisée qui convient plus que jamais à la souffrance psychique.

Le vieillissement de la population rend nécessaire une prise en compte de la perte d'autonomie et de la dépendance qui sont l'occasion de douleurs physiques, et psychiques. De formation

médicale, les psychiatres sont les plus à même d'être au carrefour des différentes intervenants. Les psychiatres privés permettent un accompagnement ciblé de l'intime pendant très longtemps, par une disponibilité ajustée à la clinique. Malgré une prise en charge de leurs visites à domicile très défavorable, ils peuvent accompagner longtemps leurs patients, parfois connus depuis de longue date, avec, si besoin en est, leurs entourages familiaux ou professionnels.

Le virage ambulatoire de la psychiatrie, avec la diminution drastique du nombre de lits hospitaliers sans création de suffisamment de moyens d'aval, a reporté une part importante du suivi de patients difficiles vers les cabinets libéraux, sans avoir pour autant accès à toute une équipe de soins.

Mais notre profession est en souffrance, tant à l'hôpital qu'en libéral. Des places d'internat de notre spécialité restent vides. Le manque d'attractivité est criant. Bien sûr, les psychiatres sont parmi les spécialités ayant les plus bas revenus des médecins en France, et les psychiatres français sont parmi les moins bien rémunérés d'Europe.

Du côté des psychiatres privés de clinique, on a vu disparaître quasiment toutes les cliniques indépendantes, absorbées une à une par des grands groupes financiers, souvent parce qu'elles ne pouvaient pas répondre seules aux exigences inadaptées de multiples normes et autres accréditations. S'il est loin d'être sûr que la qualité des soins soumis aux enjeux financiers et administratifs ait augmenté, l'indépendance médicale a évidemment été attaquée et les projets de soins spécifiques disparaissent au profit d'une uniformisation. Les médecins libéraux n'ont là non plus jamais bénéficié de ces mannes financières, dont de grands groupes internationaux savent jouer.

Du côté du médico-social, et en particulier des CMPP qui assurent une large part des soins de pédopsychiatrie, la situation est presque pire, si l'on devait se risquer à une hiérarchisation de la pénurie. Ces derniers mois, l'ARS de Nouvelle Aquitaine impose de réorganiser toute cette filière de soin au seul profit des troubles neuro-développementaux, avec des propositions de soins protocolisés, évacuant toutes les autres souffrances de l'enfant... qui ne pourront pas être reçus dans le service public agonisant. Aujourd'hui encore, la France délaisse les familles pour envoyer des enfants dans des centres situés à l'étranger. Là encore, les conventions collectives des psychiatres privés qui exercent en CMPP ne sont pas plus revalorisées. Certains de ces enfants pourront peut-être se tourner vers des psychiatres libéraux, mais la durée de ces consultations est encore trop mal prise en compte dans le système de cotation de la sécurité sociale, largement désincitatif.

Le Ségur de la Santé annonce vouloir prendre en compte la situation préoccupante de la psychiatrie. Toute réforme du système de santé qui ne revaloriserait pas la psychiatrie privée serait un mépris pour la souffrance psychique et les soins qu'elle demande.

Le manque d'attractivité de nos métiers, qui ont tant d'impact sur la société qui doit se reconstruire est un handicap majeur. Il n'y aura pas de rebond de la démographie médicale pour assurer les soins nécessaires. Mais l'heure est venue d'envoyer un signal fort à la profession.

Si le souci pour la santé physique et psychique des citoyens a une valeur, alors elle vaut un investissement, c'est-à-dire aussi un prix. La négligence des conséquences sociales des souffrances individuelles en nombre, en privilégiant exclusivement les parcours algorithmiques des soins au nom de l'efficacité, a conduit à une grave erreur stratégique. Ce n'est plus à démontrer.

Cet investissement ne peut pas négliger la vie réelle des professionnels de santé et leur formation. L'attractivité du métier de psychiatre pour une pratique qui allie l'apport des soins proprement médicaux, la psychopathologie et la vie sociale reste un préalable incontournable. Cette complexité de la pratique réelle, et des effets attendus, est spécifiquement au cœur du métier de psychiatre. Le SNPP regrette la survalorisation d'une psychiatrie technique et médicamenteuse, favorisée par le système des publications dans les revues à fort impact factor, aux dépens des sciences humaines. Depuis plus de 20 ans, les jeunes psychiatres se plaignent de ne pas être assez formés aux dimensions psychologiques et sociales, et sont amenés à chercher dans l'escalade médicamenteuse des réponses qui ne s'y trouvent pas toujours.

Alors si le Ségur de la Santé a pour ambition de « revaloriser ceux qui soignent », les psychiatres privés attendent qu'une attention toute particulière leur soit accordée, c'est à dire aux moyens qu'un État choisit de se donner pour des objectifs qu'il se donne.

Veillez agréer, Madame, Monsieur le Ministre, l'expression de notre haute considération.

Sécurité des téléconsultations : promesses et dangers

La période de confinement a entraîné une explosion des téléconsultations, et un appétit des start-ups du domaine !

Nous avons tous reçu quantité de propositions, souvent téléphoniques, de ces sociétés qui proposent des systèmes de téléconsultations complets, remplissant toutes les obligations légales, la traçabilité, permettant un paiement, avec une ergonomie renforcée tant pour les médecins que pour les patients... et tant d'autres promesses. Parfois même, il s'agissait plutôt d'intimidations, pour faire croire que ces plateformes seraient obligatoires. Il n'en est rien, bien au contraire.

Comme on l'avait vu pour les services d'annuaire téléphonique (pages jaunes, divers 118...), ces sociétés se multiplient, puis s'absorbent les unes les autres, se revendent à des groupes tentaculaires. Les enjeux commerciaux sont gigantesques.

L'AFPEP-SNPP souhaite alerter les psychiatres sur l'intérêt de ces plateformes, et sur leurs dangers.

Parmi les intérêts :

- le principe d'une solution « tout en un » est très appréciable.
- Le coût raisonnable (moins de 100 €/mois) : On ouvre un compte pour un abonnement modique, et même gratuit le plus souvent pendant la crise du Covid 19. Le « forfait structure » permet un remboursement de 350 €/an.
- Ce compte permet de faire des consultations vidéo en ligne sans connaissances informatiques, sans réglages.

- Le système est agréé comme hébergeur de données de santé, promet un cryptage sécurisant pour tous
- Il crée des feuilles de soin en ligne ou permet au patient d'avoir préparé toutes les informations administratives (numéro de sécu, date de naissance...),
- Le paiement par carte bancaire facilite le suivi de la facturation et garantit le paiement du praticien
- Envoi « sécurisé » d'ordonnance et autres documents aux patients

Pourtant :

- Le Ministre de la Santé l'a annoncé dès le début de la pandémie (et les documents de la CPAM le prévoyaient déjà en 2018) : l'usage de WhatsApp, FaceTime et Skype est considéré comme suffisamment sécurisé. Et il n'est pas plus complexe que celui des nouvelles plateformes.
- Ces solutions sont gratuites. Un abonnement mensuel revient exagérément cher pour un usage très limité après la crise du Covid. (mais le forfait structure n'est pas applicable pour ces solutions gratuites !)
- Les feuilles de soins électroniques sont en fait gérées indépendamment des plateformes, par votre système de carte vitale habituel
- Le paiement en carte bleue... est payant (1 à 2 % de frais bancaires) alors que les virements sont gratuits
- Techniquement, les envois d'ordonnance par email ne sont pas moins sécurisés qu'un compte Doctolib ou autre, accessible par un login et un mot de passe (et souvent les utilisateurs choisissent justement le même login et le même mot de passe). Un envoi postal ne garantit pas non plus une sécurité absolue, et il deviendrait compliqué d'envoyer toutes les ordonnances en courrier recommandé. Pour les plus scrupuleux, un envoi par fax (à la pharmacie éventuellement) remplit toutes les conditions de sécurité.

Mais là n'est pas l'essentiel. A moyen terme, le SNPP s'inquiète particulièrement de la question de la sécurité des données de santé, et surtout en ce qui concerne le contenu des consultations (et pas seulement les données administratives).

Est-il si sûr qu'une consultation qui transite par les serveurs d'une start-up est plus sécurisée que via Skype ? Comment un intermédiaire supplémentaire pourrait-il améliorer la sécurité ? N'y a-t-il pas un risque considérable à faire transiter tant d'informations privées par un canal spécifique, plutôt que de les diluer parmi l'ensemble des communications planétaires ?

Il paraît inimaginable « d'écouter » autant de données... mais ce serait sans compter sur le développement de l'intelligence artificielle. Google assume par exemple de lire nos emails, et les transmettre à des sociétés tierces en vue de cibler la publicité (comme l'a révélé le Wall Street Journal le 2/07/2018. Tech's 'Dirty Secret': The App Developers Sifting Through Your Gmail Software developers scan hundreds of millions of emails of users who sign up for email-based services, By Douglas MacMillan).

Dès lors, que pourrait faire une intelligence artificielle qui écouterait ces précieuses données par exemple à des fins publicitaires... comme les enceintes connectées

(Amazon Alexa®, ok Google®, Siri®) le font déjà ? (https://www.lepoint.fr/high-tech-internet/des-salaries-d-amazon-ecoutent-vos-conversations-avec-l-assistant-alexa-11-04-2019-2307139_47.php). Est-ce qu'un patient qui nous parle de ses tentations extraconjugales pourrait se mettre à recevoir des publicités pour des sites de rencontre ?

D'ailleurs, la sécurisation des données est forcément faillible aussi bien sur les bons vieux dossiers papiers que sur les versions informatisées, mais les failles n'y ont pas les mêmes conséquences : un cambriolage qui donnerait accès aux dossiers papiers n'aurait qu'un impact local. Un piratage informatique peut avoir une ampleur mondiale. Et on a commencé à en voir des effets. Ainsi aux Etats-Unis: 176 millions de dossiers de santé ont été piratés entre 2010 et 2017 (JAMA. 2018;320(12):1282-1284. doi:10.1001/jama.2018.9222 et <https://www.20minutes.fr/sante/2343647-20180926-etats-unis-176-millions-dossiers-sante-pirates-entre-2010-2017>).

Certes, le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) veille... mais est-ce suffisant ? Le SNPP organisera en octobre des Journées de réflexion et d'échange où ces sujets seront étudiés avec la plus grande attention.

Élie Winter

Secret médical

Secret médical des données de santé des Français : où sont stockées et traitées les données ?

Si pour le traitement des données issues du « StopCovid » nous avons pu recueillir l'information qu'elles seront traitées sur des serveurs français, à l'occasion de cette exploration, nous avons découvert qu'il en va tout autrement pour un projet de recherche concernant les données détenues par la CPAM et les hôpitaux.

Principe du "Health Data Hub" (HDH):

"HDH" ou "Entrepôt de données de santé" est un projet dont la finalité à terme vise pour le secteur public, mais aussi privé, l'utilisation du stock de données médicales détenue par la France. Ce projet de recherche médicale a priori louable dans son principe, utilise les traitements de l'information par l'intelligence artificielle. Il s'appuie sur le présupposé que grâce à ces traitements, on pourrait en extraire des corrélations permettant des avancées significatives dans le traitement des maladies et en termes de santé publique.

Pour mettre en œuvre un tel projet sur le plan opérationnel, il faut disposer de données immédiatement exploitables, issues d'abord du SNDS ("Système national de données de santé") ou des entrepôts de données des hôpitaux, entre autres. D'où l'idée de créer

un entrepôt de données national, permettant d'utiliser sur demande des catalogues préformatés. Mais aussi ceci suppose le recours à des centres de calcul permettant d'effectuer ces recherches de corrélations.

Les faits :

Sans aucun appel d'offres, c'est la solution d'hébergement et de calcul de Microsoft qui a été choisie pour cela [1,2]. On peut s'étonner que les serveurs de la CPAM n'aient pas été requis. Il semble que les services de Microsoft soient moins onéreux et qu'ils auraient la réputation d'être plus compétents. Après les effets délétères de la dépendance aux pays asiatiques pour la fourniture de nos médicaments va-t-on créer une nouvelle dépendance, ou l'aggraver pour le traitement de nos données les plus sensibles ? La CNIL n'a pas eu l'occasion d'être saisie sur la pertinence de ces choix, car ceux-ci ont été effectués en amont de la publication du décret de mise en œuvre du HDH, alors que celui-ci aurait conduit à ce que la CNIL rende un avis général sur ce système.

La position de la CNIL cependant :

La CNIL n'a en fait eu l'occasion de s'exprimer que lors de sa saisine pour utiliser le HDH (qui pourtant n'existe officiellement pas encore) pour traiter des données dans le cadre de recherches destinées à lutter spécifiquement contre le COVID-19 [3].

Cependant à l'occasion de cet avis, la CNIL a pointé le risque juridique majeur qu'est susceptible de faire peser le recours à Microsoft, sur la confidentialité des données de l'ensemble des Français. En effet l'hébergement et le traitement de telles données par une entité de droit américain (indépendamment donc de la localisation ou non des données sur le territoire de l'Union européenne), du fait des lois américaines sur le sujet et de la mainmise de leurs agences de renseignement sur l'ensemble des données circulant à leur portée expose au risque sérieux de porter atteinte à la confidentialité de ces données et donc d'exposer au risque d'une rupture généralisée du secret médical.

Même si les données des catalogues sont réputées être "*pseudonymisées*" (sic) comme le rapporte la déléguée du ministère de la santé en charge de cette création du HDH, cela en fait signifie qu'elles ne sont pas rendues réellement anonymes. Les possibilités de réidentification existent, donnant potentiellement accès à des indications sur les pathologies et traitements d'un très grand nombre de personnes identifiables.

La presse s'est emparée du problème :

Médiapart dans un article [4], qui n'a pas été contesté à ce jour, rapporte cet avis de la CNIL. L'article de Médiapart, pointe également qu'à ce jour le traitement de ces données par l'intelligence artificielle peine à trouver des applications pratiques qui ne se heurtent pas à des biais majeurs de conception et de mise en œuvre [5]. De ce fait dans l'immédiat les bénéfices scientifiques attendus sont en fait totalement hypothétiques, ce qui pose la question d'une telle précipitation sans concertation de la CNIL ni de l'Ordre des Médecins. En effet des questions juridiques se posent.

Les questions juridiques :

Les données de santé de l'intégralité des Français peuvent-elles risquer de tomber entre les mains de puissances étrangères, sous prétexte que les services offerts sont réputés techniquement les plus efficaces, et la sécurité industrielle (non étatique) meilleure qu'un hébergement par certaines administrations françaises? Ressurgit également la question du "cloud souverain", dossier qui a été un fiasco du fait de choix de financement très discutables [6]. C'est là que se pose la question de la souveraineté de l'État français ou du traitement à l'échelle strictement européenne qui ne nous expose pas à une nouvelle dépendance.

Conclusions :

Sur un tel projet qui va dans le sens des réflexions actuelles de la recherche médicale ne doit-on pas privilégier le recours aux serveurs français ou européens de la CPAM, quitte à augmenter ses ressources et compétences ?

Sur le sujet aussi sensible que le secret médical, dans l'esprit des derniers courriers que Le Conseil National de l'Ordre National nous a adressé, il me semble qu'au-delà de la question du développement de compétence de stockage par des clouds français ou européen, ce qui relève des compétences du ministère de l'industrie, la question du secret médical est ici première. Ne doit-elle pas être saisie par le Conseil de l'Ordre National des Médecins qui pourrait par exemple, dans un premier temps, saisir la CNIL sur ce projet et interroger le Ministère de la santé?

Dr Bernard Basteau, Bordeaux, dr.basteau.b@orange.fr, 16 Mai 2020

PJ :

[1]

https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/12/02/donnees-de-sante-la-plate-forme-de-la-discorde_6021346_3234.html

[2]

<https://www.usine-digitale.fr/article/malgre-les-inquietudes-le-health-data-hub-est-officiellement-lance.N909364>

[3]

https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/deliberation_du_20_avril_2020_portant_avis_sur_projet_darrete_relatif_a_lorganisation_du_systeme_de_sante.pdf

[4]

<https://www.mediapart.fr/journal/france/080520/la-cnil-s-inquiete-d-un-possible-transfert-de-nos-donnees-de-sante-aux-etats-unis>

[5]

<https://www.franceinter.fr/justice/la-justice-predictive-revolution-ou-simple-fantasme>

[6]

<https://www.numerama.com/magazine/28423-cloudwatt-bercy-demande-un-audit-sur-un-possible-fiasco.html>

Assemblée Générale 2020

L'Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP prévue initialement à l'occasion des Journées Nationales d'Arles le 2 octobre 2020 aura lieu à Paris le **10 octobre 2020 à partir de 18h** suite à la Rencontre d'Automne. Les précisions vous seront adressées par Newsletter spéciale en septembre, et par convocation par courrier postal.

La rédaction

Appel de cotisation

Votre cotisation soutiendra un projet de politique de santé pertinent.

Nous vivons une période de crise grave déclenchée par un problème de santé. En tant que médecins nous sommes concernés et partie prenante d'une réflexion nécessaire. Cette crise a mis en évidence les difficultés créées par une vision entrepreneuriale de la santé qui vantait les mérites de la fluidité, de l'agilité et dénigrait le « vieux monde » ancré dans le réel. Les syndicats y étaient dénigrés, le médecin-bashing était tendance.

Les médecins dans leur immense majorité se sont montrés à la hauteur de leur serment d'Hippocrate proches de leurs patients, non seulement les hospitaliers en inventant moult solutions devant la faillite gestionnaire de nos systèmes technocratiques, mais aussi la médecine de ville, nos confrères psychiatres se rendant disponibles bénévolement à toute personne qui en aurait besoin.

La psychiatrie est Une comme une vigie à la proue du bateau, au cœur de la vision sociétale de la maladie, des politiques de santé publiques qui vont avec, de la souffrance de chaque patient et de l'aide individuelle à lui apporter. Nous avons donc à réfléchir à des changements dans les politiques de santé. La dimension financière, comptable, nous a conduit à une pénurie de masques, de gel hydro-alcoolique, de tests. Nous avons subi de plein fouet une « propagande » quant à leur utilité pour masquer surtout l'impréparation de nos gouvernements successifs depuis de longues années. Et l'angoisse de mort relayée à jet continu sur les médias a précipité nos patients dans des abîmes d'angoisse.

Il convient donc en tant que professionnels de santé et citoyens de participer à une réflexion sur les politiques de santé publique qu'on ne peut laisser aux seuls politiques et donc aux ARS et aux lobbys qui s'agitent dans les couloirs des ministères et à l'Assemblée Nationale. Une politique ultralibérale nous a conduits au désastre, mais une politique du tout État nous conduira tout aussi rapidement à une privation accrue de nos droits de citoyens. Il n'y a d'autre solution qu'une co-construction entre l'état gestionnaire, l'expertise des professionnels de santé et les citoyens. Le cœur de nos rendez-vous avec les responsables de la politique de santé concernent les missions de consultations au service des patients, et nos discussions autour de la convention.

C'est elle qui permet de mettre l'accent sur certaines missions de soin, grâce à la Sécurité Sociale qui assure sa mission de protection pendant la crise sanitaire.

L'AFPEP-SNPP est et restera indépendante de l'industrie pharmaceutique, des assurances dont nous constatons la dimension surtout financière, de l'industrie du numérique qui n'attend que nos données personnelles. Nous sommes indépendants non par obsolescence mais par choix éclairé. Nous ne soutenons pas dans notre métier de psychiatre une vision libérale de nos cabinets qui seraient des entreprises. Notre travail doit être dignement rétribué mais il ne peut être question de sous-traiter notre travail comme le font ceux qui se mettent en position d'expert et embauchent psychologues et autres pour rentabiliser leurs cabinets organisés comme des entreprises. Certains syndicats annoncent la couleur en se disant libéraux, ce qui correspond à une certaine vision politique dont nous voyons les effets. L'AFPEP-SNPP se revendique d'un exercice Privé comme indiqué dans notre titre, ce qui change tout.

Soutenez cette vision du métier en cotisant à l'AFPEP-SNPP, il nous faut être nombreux pour la prochaine convention après les élections URPS de l'an prochain.

Béatrice Guinaudeau, Trésorière de l'AFPEP SNPP

CONGRÈS

Report de la Journée de printemps de Reims

LES RISQUES ACTUELS À L'ADOLESCENCE : Comprendre, Prévenir, Soigner

Report le Samedi 20 Mars 2021 – Maison de la Vie Associative 9, rue Eugène Wiet Partenaire d'ARDPF (Association Régionale Champagne-Ardenne des Psychiatres pour la Formation).

Argument : 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 : rupture sentimentale, quête d'identité troublée par des situations de vie difficiles, mal-être, mauvaise rencontre.

De nouvelles formes de violences se développent 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. Ne dramatisons pas, nombreux sont les ados qui vont bien même si l'adolescence reste un passage délicat qui oblige à franchir des épreuves, donc des dangers. Si les ados sont plus nombreux-ses 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 peut-on les accompagner dans ce parcours d'obstacles, parfois d'errance, pour qu'ils-elles prennent une consistance existentielle ? Car n'oublions pas que la période adolescente est aussi riche d'un potentiel créatif qu'il faut savoir révéler et valoriser.

Report des Journées Nationales d'Arles

49èmes Journées Nationales de l'AFPEP - **Le Lien** - Report du 1 au 3 octobre 2021

À l'occasion de son 50ème anniversaire, l'AFPEP-SNPP a choisi pour thème de ses journées nationales **le lien** et une crise sanitaire et technocratique majeure en a fait une actualité brûlante. Notre épopée d'un demi-siècle de réflexion, d'engagement, de luttes, de transmission, de liens, a permis de porter une psychiatrie, notamment libérale, digne de ce nom. Cela reste un évènement à célébrer !

Quel meilleur endroit qu'Arles, dans ses dimensions historiques, esthétiques et culturelles, pour insister sur le fait que nous ne soignons pas des maladies mais des êtres humains et Van Gogh, qui y a séjourné et y fut hospitalisé, ne se résume pas à la décompensation de sa psychose, n'en déplaise aux statisticiens. Son œuvre et son impact universel ne soulignent-ils pas une complexité qui n'a pas encore révélé toute sa richesse?

Le caractère quasi-prématuré, néotène, de l'humain à sa naissance l'oblige à poursuivre son développement à l'extérieur de l'enveloppe maternelle.

La qualité de cet extérieur est donc déterminante. Langage, soutien, affect, multiplicité des acteurs, bains culturels, conditions de vie, multiplient voies d'explorations, savoir-faire, savoir-sentir, réticences qui trouvent forcément leurs traductions en termes synaptiques et de plasticité cérébrale.

Le lien est au fondement de notre diversité. Nous mesurons tous les jours, à tous les âges, le désastre subi par ceux qui sont laissés à eux-mêmes.

A l'heure où nous remanions cet argument du fait du choc Covid-19, nous devons tenter de préciser en quoi consistent aujourd'hui isolement, confinement, promiscuité, abandon, traumatisme, frayeur, décompensation, *fake news* et opportunités d'hypertrophies narcissiques qui ne manquent pas de trouver leur larron. Une épidémie, comme toute crise, est aussi un révélateur.

S'il n'est pas nécessaire d'établir des liens avec tous, cela n'en reste pas moins incontournable, notamment au sein des constructions sociales. Au-delà de la nécessité de se supporter les uns les autres, une fraternité s'exprime dans l'inévitable lot commun : troubles climatiques, divers périls, défis contemporains...

Cheminer, se confronter à ses pairs et à ses contradicteurs, repérer comment les structures politiques définissent qualités du commun et hiérarchisations, mesurer les rapports de force et le respect des impératifs éthiques, la psychiatrie n'est-elle pas, du fait de ce qui lui est demandé, un poste d'observation avancé du vivre et agir ensemble?

Le lien est donc un vaste programme que nous souhaitons festif. Même si le cœur ne sera pas tout à fait à la fête, ce sera bon et salutaire de se rencontrer.

Un très bel anniversaire avec l'AFPEP-SNPP.

Le 10 octobre 2020 : Rencontre d'Automne de l'AFPEP-SNPP (9h – 17h30) à Paris Et Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP

Précédée de sessions DPC (par l'ODPC-PP) le vendredi 9 octobre 2020 de 17h à 20h

Et Assemblée générale à 18h

Questions cliniques et évolution de nos pratiques dans la crise du Covid

Bousculés par une crise sanitaire soudaine, les psychiatres de l'AFPEP-SNPP ont dû réaménager en urgence les modalités de leurs rencontres et de leurs congrès.

La Journée de Printemps de Reims et les Journées Nationales de l'AFPEP-SNPP à Arles sont décalées d'un an, mais pas notre 50^e anniversaire. Nous vous proposons :

La Journée de Rencontre d'automne le samedi 10 octobre 2020 à Paris,

Retours d'expériences cliniques sur la période du confinement, aspects cliniques Confinement immédiat ! Mais soins à poursuivre. Crise sanitaire, déconfinement, possible rebond épidémique... Crise économique, sociale, d'une durée incertaine. 2^e vague « psychiatrique ». L'année 2020 a bousculé nos pratiques, tout en rendant nos soins si nécessaires.

Pas le temps de céder à la sidération. Nous avons dû être présents. Certains ont maintenu une grande part d'activité présenteielle. D'autres sont immédiatement passés au « tout téléconsultation ». Le plus souvent, malgré des adaptations assez diversifiées, chacun a témoigné que les patients étaient tout à fait d'accord (avec la suspension des séances, avec la téléconsultation téléphonique, ou vidéo, avec le présentiel...).

En octobre, une fois la rentrée passée, il sera temps de nous retrouver pour échanger des témoignages de nos expériences pratiques, et réfléchir aux enjeux pour la suite...

Les Journées Nationales de Bordeaux avaient été l'occasion de rappeler avec Jacques Ellul, à quel point les outils façonnent les hommes et leurs pratiques. Quid de ces téléconsultations ? Comment assurer la sécurité de paroles qui transitent par internet, éventuellement via des opérateurs privés ? Comment préserver l'intimité ?

Quels sont les effets de la technique sur la clinique, sur ce qui peut se dire ? Nous l'avons tous observé, certains patients ont pu « s'ouvrir » à nous plus que jamais, quand d'autres nous ont fait savoir qu'ils nous parleraient de certaines choses « quand on se reverra ». Est-ce une simple rupture de cadre ?

Quelles particularités pour les personnes âgées, pour les enfants, pour les délires, pour les angoisses, etc.

Nous travaillerons ces questions, et quelques autres, dans une formule alternant des exposés et des interventions de la salle que nous voulons plus interactive que jamais.

Les participants à cette journée sont invités à préparer (de façon informelle) quelques questions et témoignages (merci de nous envoyer par email une dizaine de lignes pour aider à organiser les thématiques), et devront respecter des temps de parole courts pour que chacun puisse s'exprimer.

Les résultats de cette journée serviront de base pour l'Assemblée Générale du lendemain.

Ces Journées nous permettront des échanges sur nos pratiques, des partages d'expérience et de réflexion clinique. Ces journées remplaceront les JN d'Arles décalées à 2021.

PROGRAMME :

Samedi 10 octobre 9h :

- **Introduction et conclusion** par Elie WINTER, secrétaire général de l'AFPEP-SNPP
- **Aspects cliniques, techniques, syndicaux et questions pratiques.** Par Elie WINTER, avec intervention d'un représentant de « la quadrature du net » (sous réserve).
- **Table ronde « expériences cliniques »** avec :
 - Patrice Charbit
 - Thierry Delcourt
 - Béatrice Guinaudeau

13h : Buffet - Déjeuner sur place sur place

Samedi 10 octobre de 14h à 17h00 :

Ateliers de partage d'expériences : en petits groupes, la parole spontanée des intervenant permettra à un rapporteur (éventuellement membre du CA de l'AFPEP) de présenter en quelques minutes les conclusions de l'atelier, les projets à développer, les enjeux éthiques à surveiller, les pratiques à soutenir ou à éviter, les demandes d'évolution de la convention médicale....

17 h Conclusions des ateliers

Et Conclusions par Michel Jurus, Président AFPEP-SNPP.

Les enjeux principaux qui émergeront de cette journée feront l'objet d'une base de travail sur l'avenir des téléconsultations en psychiatrie, et d'éventuelles motions à

proposer à l'Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP qui se tiendra (pour les adhérents à jour de cotisation) au même endroit à 18h.

Tarif : incluant un buffet-déjeuner convivial sur place

- 50 € pour les non adhérents AFPEP-SNPP
- 30 € pour les adhérents AFPEP-SNPP
- Gratuit pour internes et nv installés

Modalité d'inscription : envoyer un chèque (à l'ordre de « AFPEP » avec vos nom et prénom à « AFPEP, 21 rue du Terrage, 75010 Paris.

Ou directement en ligne :

<https://www.helloasso.com/associations/afpep/evenements/rencontre-d-automne-de-l-afpep-snpp>

Congrès Français de Psychiatrie Strasbourg 25/28 Novembre 2020

1 - Session AFPEP Mercredi 25/11/2020 de 16:00 à 17:30

16h - 17h30 - **Le psychiatre en libéral face à l'hospitalisation sous contrainte**

L'activité libérale nous fait rencontrer, depuis 2011, des situations plus fréquentes où des patients ont été confrontés à des mesures d'internements essentiellement dues à la pression qui s'exerce sur les psychiatres. Ces situations d'internements se sont produites soit pour des patients que nous connaissions, soit pour d'autres qui sont venus consulter traumatisés par des conditions d'hospitalisations effrayantes. La loi de juillet 2011 a introduit un nouveau mode de placement appelé « admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent », destiné aux soins des personnes isolées ou désocialisées, a introduit le contre-pouvoir du juge (auquel on laisse donc la responsabilité), et déplacé la contrainte sur le soin en général alors qu'elle portait sur la privation de liberté en hospitalisation. Depuis sa mise en place en 2011, ces « soins contraints » ont plus que doublé (8.500 personnes en 2012 contre 19.500 en 2015). Des chiffres qui témoignent d'une banalisation de cette procédure. Nous pouvons nous demander ce que la loi de 2011 a changé du point de vue de la pratique libérale, et des privations de liberté ? Les trois intervenants, à partir de leur expérience clinique, apporteront une lecture de psychiatre généraliste intervenant en ambulatoire quant aux effets d'une loi opérant sur la vie des patients et quant à l'impact sur la qualité du soin.

Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable - Thierry Delcourt – Reims

Tous les psychiatres sont confrontés à l'exercice de la contrainte face à la folie associée à une mise en danger de soi et d'autrui. « Libéral » n'est pas antinomique de

« contrainte ». Comme le psychiatre public, le psychiatre privé est mis en demeure de se construire un cadre clinique et thérapeutique où il pose des limites : celle de la mise en danger jusqu'au péril imminent, celle d'une capacité de survie sociale d'un patient aux prises avec sa folie. Et ce, d'autant que la mise en demeure relève d'un risque réel et juridique pour le patient et pour lui-même. Construire ce cadre suppose une élaboration éthique, et ne peut se contenter d'une application de règles édictées par les protocoles de soin et les directives sécuritaires. À partir de situations cliniques et d'une double expérience de psychiatrie publique et privée, je tenterai de préciser la singularité de la construction d'une éthique de soins sous contrainte en pratique libérale.

Ce que l'hospitalisation sous contrainte oblige d'engagement du psychiatre -
Elie Winter – Paris

Les internements abusifs - Michel Jurus – Lyon

Nos malades souffrent des lois d'exception qui font que s'ils s'agitent, sont menaçant ou parlent de se suicider, ils peuvent être internés. Ils se différencient ainsi des malades somatiques qui peuvent mettre fin à leur jour en refusant des soins. Par définition, le suicidaire serait un malade mental incapable de discernement. La loi de juillet 2011 a introduit un nouveau mode de placement appelé « admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent », supposé favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées. Depuis sa mise en place en 2011, le nombre d'internement a plus que doublé. Des chiffres qui témoignent d'une banalisation de cette procédure. La France pratique, en moyenne, deux fois plus d'internement sous contraintes que ses voisins européens. Nous pouvons nous demander si la mesure de soins pour péril imminent facilite l'accès aux soins dans des situations complexes et des contextes d'urgence, ou bien si cette mesure porte atteinte à la liberté des personnes par la simplification des procédures d'admission ?

2 - Rencontre avec l'expert - Jeudi 26 novembre 8 h à 9 h

De l'enfance à l'adolescence : quand la mue devient chaos

Expert : Thierry Delcourt – Reims - Modérateur : Aude Van Effenterre - Paris

La crise adolescente n'est pas un passage obligé. Si un continuum relativement harmonieux de l'enfance à l'adolescence est assez fréquent, il est des situations autrement problématiques. Plus qu'une crise, le passage devient frontière, parcours d'obstacles, pont de singe, voire exil ou butée face à un mur infranchissable. Quatre situations vont illustrer ce chaos adolescent :

De jeunes migrants à partir d'une pratique en C.A.D.A. Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, avec le traumatisme de la migration, le vécu d'exil, de solitude, de rejet et d'adversité.

De jeunes radicalisés à partir de soins à des adolescents en partance pour Daesh, et d'enfants de retour de l'état islamique accueillis par la famille ou une famille d'accueil.

De jeunes drogués qui parfois dès la première expérience avec des cannabinoïdes de synthèse, plongent dans un trouble neuropsychique sévère avec déréalisation et altération cognitive.

De jeunes laissés pour compte suite à des ruptures familiales, et qui dérivent vers des actes délinquants au risque de se noyer sans que personne ne comprenne la dépression sous-jacente.

Comment les rencontrer, les entendre réellement sans préjugés, et leur proposer une aide qui nécessite une bonne collaboration entre professionnels du soin et de l'éducation.

Quelle place y tient le pédopsychiatre : coordinateur, modérateur face à des prises de décision intempestives, récepteur de l'intime et soignant du traumatisme en préservant le secret ? En fait, le plus souvent, tout cela à la fois, ce qui rend sa tâche éminemment délicate.

A partir de situations cliniques récentes, concrètes, un échange sera proposé sur les diverses pratiques possibles dans chaque cas. Ceci est d'autant plus indispensable que l'exercice en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit s'ajuster et s'adapter à la mue sociétale et à l'accélération des situations de migration, d'exil, de prise de toxiques et de bouleversement des repères développementaux.

Débat Jeudi 26 novembre 2020 -12h30 - 13h30

Souffrance au travail, maltraitance au travail : jusqu'où le psychiatre peut-il et doit-il aller ?

Débatteurs : Elie Winter - Michel Jurus- Modérateur : Brigitte Rimlinger - Montpellier

Le débat portera sur maltraitance professionnelle à la lumière du débat sur la levée du secret professionnel.

Elie Winter défendra le secret (position du Conseil de l'Ordre) et responsabiliser les intervenants sans médicaliser ce qui n'est pas pathologique. Michel Jurus est partisan que les médecins ne soient plus des spectateurs passifs et puissent dénoncer les diverses situations de maltraitements professionnelles. Et bien sûr que cela puisse amener des employeurs au pénal comme pour France-Télécom.

La « maltraitance professionnelle » est fréquemment un motif de consultation en psychiatrie... notamment en exercice libéral. Cette fréquence a augmenté ces dernières années et elle relève souvent de la maltraitance psychologique, indépendamment de toutes autres formes de maltraitance et elle est dans ce cas tout autant condamnable.

Les patients décrivent les situations de stress croissantes, des exigences de remplir des objectifs inatteignables, des humiliations, du dénigrement voire du harcèlement moral. Face à ces violences managériales, les salariés vont connaître le découragement et la honte, s'épuiser jusqu'au burn-out, s'isoler au travail et dans leur vie personnelle, être victime de syndrome dépressif sévères, avoir des envies de suicide et parfois se suicider.

Quel est alors le rôle du psychiatre ? Il n'y a pas si longtemps, la réaction la plus fréquente du patient, de la société, et du psychiatre a été de chercher les « fragilités »

pathologiques à soigner chez des patients qui ne supportaient pas la pression professionnelle qui était a priori légitime. On doit aux excès du management moderne (en particulier depuis l'affaire des suicides à France Télécom) une inversion des conceptions, avec une reconnaissance d'une souffrance au travail due aux conditions de travail et au management agressif, pouvant « épuiser » tout un chacun, sans terrain pathologique préalable.

Sans reconnaissance dans le DSM ou la CIM, l'épuisement professionnel (burn-out) devient une réalité de terrain, et les reconnaissances en accident de travail voire en maladie professionnelle se développent. Encore plus fréquemment, les ruptures conventionnelles sur fond de menace de procès de harcèlement, montrent une reconnaissance de fait du côté des employeurs.

Dans ce nouveau contexte, quand le psychiatre doit-il avoir une attitude soutenant le patient comme victime (faire valoir la justice au risque de procédures longues) ? Quand doit-il au contraire l'aider à prendre en compte une fragilité intrinsèque (au risque de développer un sentiment d'impunité chez des managers sans scrupules) ?

Le psychiatre peut-il aller jusqu'à se prévaloir de l'article 226-14 du code pénal l'autorisant signaler au Procureur de la République une situation de violence psychique, par exception au secret médical ? Les débats sur la levée du secret professionnel dans le cadre des violences conjugales peuvent-ils se transposer aux violences professionnelles ? Inversement, le psychiatre risque-t-il d'être « manipulé » dans le but d'obtenir une indemnité ?

Nous débattons de l'état actuel de la législation, des rapports avec les médecins du travail, des aspects éthiques de l'intervention du psychiatre, et des aspects cliniques sous-jacents.

Michel Jurus Intolérable injustice, le psychiatre, défenseur du patient maltraité

Depuis plus de 20 ans, les pathologies psychiatriques dues au monde du travail sont devenues très fréquentes. Traditionnellement les demandes étaient marginales, aujourd'hui, les demandes de consultations liées au monde du travail sont devenues majoritaires. Dans de nombreuses situations, nous observons des maltraitances organisées souvent pour favoriser des restructurations *sales* différentes des restructurations annoncées avec des plans de licenciements. Des entreprises choisissent de briser des individus pour éviter des frais de licenciement. Ces attitudes délictueuses obligent la société à payer des soins, des arrêts de travail et des invalidités. Le pire est que beaucoup des victimes resteront blessées pour le restant de leur vie. Les psychiatres sont souvent des spectateurs impuissants de ces maltraitances car bridés par le secret professionnel qui les empêchent de communiquer en particulier avec la médecine du travail. La possibilité d'une information préoccupante, comme pour des situations de danger pour les enfants et les violences intrafamiliales, devrait permettre des enquêtes sociales dans les entreprises.

Elie Winter : une défense responsable : le psychiatre, engagé et critique

COMMUNICATION ET NEWSLETTER

Vous trouverez ci-dessous les principales Newsletter que nous vous avons adressé depuis le début de l'année avec quelques informations précieuses qu'il n'est pas inutile de rappeler à tout un chacun. Vous pouvez en consulter le détail sur le site de l'AFPEP-SNPP ainsi que de nombreuses informations et publications.

<http://afpep-snpp.org/publications/newsletter/>

La rédaction

Newsletter du 16 juillet 2020 : Des soins pour tous les enfants

Le syndicat National de la Psychiatrie Privé tient à réagir au Courrier d'Autisme France aux Députés et Sénateurs de la région Nouvelle-Aquitaine, daté du 24 juin 2020, en Soutien au nouveau cahier des charges des CMPP en Nouvelle Aquitaine.

Nous sommes choqués par le ton agressif et passionnel employé qui ne correspond pas à l'éthique du respect des personnes. La violence du ton est bien éloignée d'une attitude rigoureuse et scientifique. La Fédération Française de Psychiatrie et la Fédération des CMPP se battent pour retrouver une véritable offre de soins, réduite depuis des années pour des raisons économiques, ce dont nous voyons tous les jours les effets désastreux sur l'ensemble de la médecine. La psychiatrie française était, comme l'ensemble du système de santé, une des meilleures au monde. Les choix politico-économiques ont favorisé un démantèlement des lieux de soin (hôpitaux, centre de santé, cabinets médicaux). Appauvrir un système pour mieux le dénigrer est une méthode bien connue.

Il est inquiétant qu'une minorité agissante et destructrice se réclame des droits supérieurs aux autres pour capter tous les moyens de soins dont sera privée la grande majorité des familles ayant des enfants ayant des souffrances psychiques. Attitude d'autant plus regrettable que le projet est de retirer des capacités de soins pour des diagnostics et des prises en charges neurocomportementales. Il est inadmissible que les soins psychiatriques ne soient plus aux bénéficiaires des enfants. Il est inadmissible que le prétexte psychanalytique autorise au dénigrement d'une profession médicale. S'affirmer comme victime ne doit pas autoriser le dénigrement et la maltraitance des professions psychiatriques. Nous sommes aujourd'hui inquiets pour les familles qui subissent une dictature de la pensée qui pourrait leur interdire de consulter un psychiatre. À ce jour, seules les personnes sous emprise connaissaient cet interdit.

Le projet de L'ARS-NA est de privilégier des centres diagnostics uniquement pour autistes neurodéveloppementaux et de supprimer les soins psychiatriques proposés à tous les enfants. Des centres de soins devraient devenir des gares de triage pour précipiter des enfants dans des filières non soignantes qui favoriseront la stagnation et le handicap. La santé ne doit pas détruire le soin.

À qui profitera cette économie sur les soins ? : Certainement pas aux enfants et leurs familles.

Dr Michel JURUS Président de ***l'AFPEP-SNPP***

Newsletter du 4 mai 2020

Pandémie COVID-19 et reprise du cabinet en présentiel le 11 mai : quelles précautions ?

Actuellement, nous devons privilégier la téléconsultation et faire nos prescriptions directement vers les pharmacies et les CPAM. Progressivement, des patients vont exprimer la volonté de revenir au cabinet. Comment faire pour protéger nos patients, nos proches et nous ? Comme nous nous soucions des autres, nous devons nous préoccuper de la sécurité de ceux qui vivent avec nous ainsi que de la protection de nos patients mais aussi de nous-même. Se protéger, c'est protéger les autres. Les informations, les plus diverses, sont venues perturber la gestion de cette épidémie à commencer par le port du masque. Nous devons revenir aux principes de bases : Quelles sont les voies de transmission ?

Les portes d'entrées du virus se font : par contact des yeux, nez, bouches avec des mains infectées et par des contacts par des surfaces infectées. Il peut être possible de nous infecter en touchant une surface ou un objet qui a le virus sur elle, puis toucher votre bouche, le nez, ou peut-être les yeux et par inhalation des projections de petites gouttelettes lors de la toux ou d'un éternuement. Vous devez informer les patients. La connaissance limite la panique et les erreurs.

Pour consulter au cabinet :

1) Apportez des vêtements pour travailler. Si vous devez rentrer chez vous dans des vêtements portés pendant les soins aux patients, retirez vos vêtements avant d'entrer dans la maison si possible. Laissez vos chaussures de travail à l'extérieur de la maison lorsque vous rentrez chez vous ou penser à mettre des chaussures lavables, comme des baskets.

2) Nettoyez n'importe quel matériel sur les vêtements, tels que les boutons ou les fermetures éclair. Essuyez votre téléphone et votre ordinateur avec un nettoyeur à base d'alcool avant de revenir chez vous. Ne portez pas de montres ou de bijoux pour travailler.

3) Lavez-vous régulièrement les mains avec du savon. Si le savon et l'eau ne sont pas disponibles, utilisez un désinfectant pour les mains qui contient au moins 60 % d'alcool. Couvrez toutes les surfaces de vos mains et frottez-les ensemble jusqu'à ce qu'elles se sentent sèches. N'oubliez pas de faire cette recommandation aux patients.

4) Évitez de toucher les yeux, le nez et la bouche avec les mains sauf si vous venez de les laver. Les gants sont de faux amis car nous serons moins prudents. Si le nez vous gratte, prenez un mouchoir jetable. N'oubliez pas de faire cette recommandation aux patients.

5) Il faut une distance de sécurité entre le psychiatre et le patient si possible de deux mètres. Le port du masque représente une sécurité supplémentaire. Il faut mettre et retirer avec précautions un masque et sa durée d'efficacité est limitée. Vous pouvez aussi installer une protection en plexiglas sur votre bureau pour vous éviter de porter un masque. Il existe aussi la possibilité de porter une visière.

6) Aérez les pièces fréquemment et enlevez des pièces où sont reçus les patients, les objets non nécessaires : jouets, livres pour enfants, journaux.

7) Nettoyer en humidifiant avec un produit désinfectant, 2 à 3 fois par jour les surfaces, les poignées de porte, interrupteurs, WC, robinet, tampons, boîtiers, stylos et les objets encore nécessaires. Pensez à raccompagner les patients à la porte d'entrée du cabinet et en ouvrant toutes les portes pour éviter des contacts trop fréquents sur les poignées de portes.

Face à la pandémie, la sécurité sanitaire est indispensable pour recevoir dans les meilleures conditions possibles les patients. Soyez méthodiques.

Docteur Michel Jurus - Président AFPEP-SNPP

Newsletter du 16 avril 2020 L'essentiel

La grave crise humaine que nous vivons permet, comme dans toutes les crises, de retrouver les valeurs essentielles de notre humanité. Le soin aux autres, l'entraide, la solidarité reviennent en force dans ce monde où le profit, sur le dos des humains, devenait la référence. La psychiatrie montre sa place essentielle dans cette pandémie aujourd'hui comme demain. Les psychiatres privés sont restés présents, que ce soit en téléconsultation ou en présentiel, auprès de leurs patients et disponibles pour de

nouvelles demandes. Nous devons remercier les Caisses d'Assurance Maladie de nous avoir permis de travailler en assouplissant les modalités de prises en charge. Nous devons aussi remercier la CARMF et l'URSSAF de reporter les prélèvements. Nous ne remercions pas les sociétés d'assurance qui continuent à vouloir augmenter leur profit et aggraver la misère. Pour les assurances, le principe c'est l'assurance de toujours gagner plus d'argent sur la souffrance humaine. L'AFPEP-SNPP s'est mobilisée, grâce au dévouement d'Elie Winter, notre secrétaire général, sur les conséquences pratiques de l'épidémie dans notre exercice professionnel. Nous restons vigilants à l'aide aux soignants et aussi pour toute la population exposée psychiquement du fait du confinement en particulier les personnes âgées, les familles avec de jeunes enfants, les personnes en situation de précarité physique ou psychique et les victimes de l'épidémie Covid-19, les malades ou leur entourage. Nous n'oublions pas tous les non-soignants qui se trouvent exposés du fait de leur métier ou de leur condition sociale.

Notre Conseil d'Administration reste préoccupé par cette situation et participe à des réunions hebdomadaires malgré les charges du cabinet et nos vies de famille. Nous avons essayé de répondre au plus grand nombre de nos confrères. Nous correspondons avec les Caisses, le Ministère de la Santé et des Ordres professionnels.

Après les premières crises de panique, mais aussi de soulagement et de bien-être pour certains, nous observons le poids grandissant et sournois d'un mal-être qui s'installe dans la population : nos patients en témoignent. Chaque annonce d'une prolongation du confinement sera l'occasion de nouvelles tensions. Notre mobilisation reste forte car nous constatons aussi que ceux qui participent, de longue date, à la souffrance des soignants restent dans l'optique de continuer à soumettre le soin au monde de la finance. La politique qui s'affiche pour les CMPP, la psychiatrie expertale continuent à être défendues par les décideurs économiques. Dans cette crise l'HAS et les ARS ont montré que leurs planifications de santé avaient des limites et devaient changer d'orientations. Aujourd'hui, comme demain, nous devons défendre et promouvoir une politique de santé au service du plus grand nombre dans un esprit de fraternité et d'égalité. Il faut que le soin retrouve sa qualité innovante. Il faudra sans doute que les assurances privées de santé et surtout les mutuelles retrouvent l'esprit fondateur de l'entraide et cessent d'avoir des entrées à l'Assemblée Nationale et dans les gouvernements. Il serait sans doute souhaitable que toutes ces assurances de santé soient un jour nationalisées car c'est toujours l'État qui se mobilise en cas de catastrophe. Les conséquences du risque sont toujours pour le collectif. Nos Journées Nationales sur le Lien, en octobre en Arles, nous permettront d'être tous ensemble pour débattre de ce qui est pour nous essentiel. Encore et toujours, l'essentiel c'est de toujours défendre des valeurs d'humanité qui nous lient et nous unissent, forgeant le socle de notre métier.

Dr Michel Jurus - Président de l'AFPEP-SNPP

Newsletter du 23 mars 2020

Covid19 : Déclarer la pratique des téléconsultations à votre assureur - Soutenir les soignants - Assurer les soins des patients connus - Se soucier des oubliés

- La crise du Covid19 a amené de nombreux psychiatres libéraux à se mettre aux téléconsultations. Pour rappel, tous les aspects pratiques ici : [cliquez.](#)
- Notez en particulier qu'il est obligatoire de déclarer par écrit que vous pratiquez des téléconsultations auprès de votre assureur RCP (MACSF, Sou médical, La médicale, etc...). Vous pouvez utiliser le modèle suivant : [Cliquez ici.](#)
- Le site de la sécu propose quelques précisions, notamment pour faire des arrêts de travail en téléconsultation via amelipro : [cliquez ici !](#)

- De nombreux confrères nous interrogent sur la possibilité de téléconsultations par téléphone sans vidéo : Le SNPP a écrit au directeur de la CPAM pour demander en urgence une dérogation pendant la période de crise du Covid19.

- L'appel de l'AFPEP-SNPP pour le soutien psychiatrique aux soignants rencontre un vif succès. D'autres associations et syndicats de psychiatres portent le même souci, et nous travaillerons tous ensemble à coordonner ces efforts. Pour ceux qui ne l'ont pas encore fait, les psychiatres libéraux qui peuvent libérer des possibilités de consultation dans ce cadre sont invités à se faire connaître à info@afpep-snpp.org, afin que les demandes puissent être transmises.

- Bien sûr, les patients connus doivent pouvoir continuer leur suivi, et compter sur leur psychiatre habituel. Pas de rupture de soins dans une telle période !
- Plus largement, de nombreuses personnes qui ne consultent pas habituellement méritent toute notre attention : SDF, femmes battues, personnes isolées se faisant oublier... Saisissons chaque occasion pour tenter de leur faire savoir que tout est mis en œuvre pour permettre l'accès aux soins psychiatriques pendant cette période de confinement.

L'accès aux soins psychiques reste une priorité, et nous devons tout faire pour rester en lien.

Dr Elie Winter - Secrétaire Général de l'AFPEP-SNPP

NDLR : suite à cette newsletter, la MACSF a fait savoir que la téléconsultation est désormais couverte dans tous les contrats de responsabilité professionnelle, sans démarche nécessaire.

Newsletter du 13 mars 2020

Crise du coronavirus : point sur la pratique de téléconsultation en psychiatrie

Durant la crise du coronavirus, l'accès aux soins reste une priorité. Les praticiens doivent à la fois veiller à ne pas diffuser le virus, et à ne pas occasionner de rupture de soins. La situation amène de nombreux psychiatres à nous interroger sur la pratique des téléconsultations. L'AFPEP-SNPP vous propose un article détaillé sur notre site : <http://afpep-snpp.org/telemedecine-pratique-enjeux-ressources/>

En résumé :

La vidéo est obligatoire (le simple appel téléphonique n'ouvre pas droit à remboursement par la sécurité sociale)

Les plateformes commerciales de téléconsultation (doctolib, doctopsy, Qare...) NE SONT PAS OBLIGATOIRES mais peuvent être pratiques (ou rajouter des bugs, des codes confidentiels supplémentaires, etc.).

Vous pouvez donc utiliser Whatsapp, FaceTime ou encore Skype

Le remboursement se fait AUX MEMES CONDITIONS que les consultations présentes, en remplaçant « CNPSY » par « TC ». On y ajoute les éventuels MPC, MCS et autres. TC = CNPSY = 39 €

Il faut passer la carte vitale « en mode dégradé », (carte vitale enregistrée dans votre système lors des précédents passages de carte vitale pour le patient). Pour une téléconsultation, il n'est pas nécessaire d'envoyer de justificatif par la poste.

Le paiement peut se faire par virement bancaire ou PayPal (paiement immédiat mais environ 2% de commission), ou envoi de chèque par la poste, ou remis à une consultation présente ultérieure ou se faire par carte bancaire via les plateformes commerciales

L'envoi d'une ordonnance par email est insuffisamment sécurisé : il faut soit la faxer à une pharmacie, soit l'envoyer par la poste

Déclaration obligatoire de votre pratique des téléconsultations à votre assureur RCP, par écrit (par de surcoût) : [Lettre RCP Téléconsultations](#).

Nous attirons votre attention sur les enjeux cliniques et éthiques liés à la pratique des téléconsultations, ainsi que sur votre responsabilité médicale qui reste la même. L'article sur notre site web en évoque quelques grands axes. Nous devons veiller à garder le contact avec les patients fragiles qui nécessitent des soins, et plus largement à éviter les ruptures de soin.

L'AFPEP-SNPP rappelle à tous la nécessité d'insister auprès de votre pharmacie pour obtenir des masques, du gel hydro-alcoolique.

Nous recommandons de garder vos cabinets ouverts mais d'être extrêmement rigoureux sur les gestes barrière, et notamment de désinfecter les sièges (accoudoirs en particulier), les poignées de portes, etc., entre chaque patient, ainsi que de retirer les revues et livres dans les salles d'attente. En cas de difficulté, contactez-nous : info@afpep-snpp.org

Attaque et Abus de pouvoir contre les CMPP

Les CMPP ont été fondés après les grandes guerres par un regroupement de pédiatres enseignants et pédopsychiatres. Lieux de soins psychiques privilégiés pour les enfants de quelques jours à 18/20 ans, ils rassemblent différentes professions qui réfléchissent ensemble dans un partenariat étroit avec l'Éducation Nationale et l'enseignement spécialisé médico-social, l'aide sociale à l'enfance, les services de placement, la justice des enfants, à la démarche thérapeutiques et l'avancée des soins. Sont reçus des enfants présentant des pathologies plus ou moins sévères, autisme, trouble envahissant du développement, séquelles de prématurité, difficultés d'accès au langage écrit et /ou oral, fréquentes chez les enfants de migrants, chez les enfants issus de la paupérisation, ou porteur de maladies génétiques, dépressions et autres troubles, les enfants trouvent un soulagement de la souffrance morale engendrée. La gratuité des soins, les transports taxis prescrits permettent des prises en charge salvatrices pour bon nombre d'entre eux.

Actuellement, le CMPP de la Vienne est appelé par décision de l'ARS, à devenir un centre expert, au service d'une théorie et d'une clinique exclusivement neuro-développementale dite « TND » où seuls seront reçus des enfants porteurs des diagnostics issus du DSM 5, TSA Tsi, Dys..., TED, Autismes, avec le projet d'effacer l'apport fondamental de la psycho-dynamie, forgé sur une expérience séculaire.

Porter atteinte à cette forme d'accueil multiple, suite à des décisions autoritaires et aveugles révèle une non-considération de la psychopathologie de l'enfance et un non-respect général de la spécialité Pédopsychiatrique. Il s'agit encore une fois de privilégier des mesures économiques de restriction de la solidarité publique au mépris de la démarche clinique et la santé de l'enfance sans tenir compte des conclusions de l'excellent rapport de l'IGAS 2018 sur le sujet. Pourquoi cet ostracisme ?

Le Syndicat National des Psychiatres Privés soutient une véritable politique des CMPP au bénéfice des enfants et de leur famille. Il apporte toute sa solidarité au collectif médico-social en Nouvelle Aquitaine qui s'est créé pour que ne soit pas converti le CMPP de la Vienne en un centre de Diagnostic-Expert.

Nous exigeons que les CMPP restent des lieux de Soins ouverts et non ségrégationnistes. Nous appelons nos adhérents à soutenir les CMPP lors de la journée nationale du 13 mars. Le SNPP sera présent le 13 mars 2020 à la manifestation prévue à 13h30 devant l'ARS à Bordeaux. Venez nombreux autour de Béatrice Guinaudeau et Françoise Duplex.

Françoise Duplex - Vice-Présidente AFPEP-SNPP

Newsletter du 15 février 2020

L'AFPEP-SNPP tient à vous faire part de son inquiétude quant aux injonctions de l'ARS Nouvelle Aquitaine faites aux professionnels des CMPP. En s'adressant directement aux associations gestionnaires, elle menace de suspendre leurs financements dans un délai de 9 mois, si le cahier des charges de l'ARS n'est pas respecté, cahier des charges fait sans concertation. Le SNPP s'associera le 13 mars 2020 à la manifestation prévue à 13h30 devant l'ARS à Bordeaux et à une journée nationale de soutien. Votre soutien pour cette journée serait précieux. Retrouvez le texte de Patrick Belamich, président de la Fédération des CMPP, sur notre site <http://afpep-snpp.org/soutien-au-president-de-la-federation-des-cmpp/>. Nous soutenons nos collègues soucieux de préserver des soins de qualité, adapté à chaque enfant et sa famille.

Newsletter du 14 janvier 2020

2020, l'année de tous les combats!

Je vous présente, au nom de l'AFPEP-SNPP, tous mes meilleurs pour cette nouvelle année. Vœux pour votre réussite personnelle et notre réussite collective.

Réussite dans la défense de notre indépendance professionnelle et l'accès aux soins pour nos patients.

Réussite sur la revalorisation de nos actes professionnels.

Réussite dans notre lutte contre le monde de la finance qui augmente ses profits sur le dos des malades et des soignants et des retraités. L'appât du gain pousse à la maltraitance dans les entreprises, les administrations, les hôpitaux et partout dans le monde.

Réussite dans notre adaptation à de nouvelles conditions d'exercice (IPA (infirmiers de pratique avancée), Téléconsultation, confidentialité, etc....)

Réussite dans les 50 ans de l'AFPEP avec les belles Journées de Printemps de Reims et l'automne radieux en Arles.

Toutes ses réussites se feront, grâce à la vigilance du Conseil d'Administration et des adhérents de l'AFPEP-SNPP, pour ne jamais baisser les bras face à la réforme commerciale de la psychiatrie.

Soyons solidaires et enthousiastes! Battons-nous pour arrêter de céder sans cesse avec des compromis honteux et mercantiles!

Notre métier est formidable et fait par des psychiatres attachés à une psychiatrie humaine et responsable. Soyons de tous les combats !

Michel Jurus Président Afpep-Snpp

Hold up sur les retraites des psychiatres

Le premier ministre vient d'annoncer son plan d'action de réforme des retraites en créant un seul régime de retraite dit universel. La retraite universelle ne préfigure en rien un retour à l'équilibre financier à moyen ou long terme. Cette retraite universelle est source, pour les médecins libéraux, d'une rétrogradation sociale. Au nom de ce principe de l'universalité, le gouvernement s'apprête à faire le faux Robin des bois avec l'argent des moyennement riches pour augmenter le minimum retraite à 1000€. Ce qui est proposé, c'est de travailler plus longtemps en ayant encore moins de pension de retraite pour l'ensemble des travailleurs. Le chômage est aussi responsable de la baisse des cotisations. Drôle d'époque où l'on veut faire travailler plus longtemps tout en maltraitant les salariés pour les inciter à partir en retraite. L'argent de la caisse de médecins, qui a accumulé des réserves importantes, va permettre d'alimenter une réforme indécente. Notre profession sera moins bien traitée que certains régimes spéciaux d'entreprises publiques pourtant très déficitaires. L'attaque sur les caisses de retraites de médecins va sans doute avoir des répercussions rapides sur l'évolution du montant des retraites. Il est annoncé que nos réserves accumulées resteraient à notre profession mais ne seraient plus gérées par les médecins libéraux et la CARMF. Nos pensions devraient baisser de plus de 30%. La valeur du point universel sera gérée par les partenaires sociaux sous tutelle de l'État avec une sous-représentativité des professions libérales.

Les psychiatres sont déjà les médecins qui continuent le plus à exercer en retraite active du fait des revenus insuffisants et donc, par conséquence, retraites insuffisantes. Aujourd'hui, notre profession a connu déjà une baisse importante de ses pensions de retraites. Cette nouvelle réforme va aggraver encore plus ce recul social. La retraite universelle n'est pas, non seulement adaptée à l'exercice libéral, mais elle constitue déjà une spoliation de notre patrimoine.

Le Syndicat National de la Psychiatrie Privé refuse cette réforme injuste pour les psychiatres et s'engage avec la CSMF dans la lutte.

Michel Jurus - Président Afpep-Snpp

LE POINT SUR LES CMPP

Urgence à se mobiliser et informer !

Réforme de l'ARS en pédopsychiatrie pour 2021: Démantèlement de l'organisation de la pédopsychiatrie pour un projet de plateforme anti-soin.

En décembre 2019, les CMPP de la région Nouvelle Aquitaine ont été sommés, sans préambule, de mettre en place une réforme massive, dans l'urgence et sous la menace de mesures financières et administratives. Comme dans d'autres régions, il s'agit de mettre en place des "plateformes de coordination et d'orientation"(plateformes PCO) tout neuro-développemental, (avec un objectif national effectif pour 2021) qui concernent en fait, tout autant le secteur privé, les CMPP que les CMPEA de l'hôpital public. Cette réforme était jusque-là passée inaperçue mais sa mise en action en Aquitaine s'est montrée beaucoup plus inquiétante dans la forme et toujours inacceptable pour le soin. Des collectifs de soignants se sont mobilisés et depuis décembre 2019, la résistance continue.

Cet article propose de reprendre rapidement les dispositifs actuels existants pour les demandes de soins en pédopsychiatrie : Quelles structures existent aujourd'hui pour accueillir les enfants en difficultés psychiques et lesquelles ? Quelle différence entre CMPP (centre médico-psycho-pédagogique) et CMPEA (centre médico-psychologique pour l'enfant et l'adolescent)

Puis je préciserai l'offensive de l'ARS (agence régionale de santé), en Nouvelle Aquitaine et les éléments importants du cahier des charges (pour le tout TND, trouble-neuro-développemental, le projet de plateforme et d'équipes mobiles à l'école), enfin je décrirai la résistance sur le terrain et le soutien des syndicats et du SNPP syndicat national des psychiatres privés.

Préambule sur le dispositif des centres de consultations pour les enfants présentant une souffrance psychique: CMPP/CMPEA

Actuellement la pédopsychiatrie du point de vue des consultations se partage principalement entre les CMPEA qui relèvent du sanitaire, du public, et les CMPP qui relèvent du médico-social, du privé. S'ajoutent à cela les consultations de pédopsychiatrie libérale en cabinet.

Les enfants accueillis en institutions CMPP ou CMPEA présentent des troubles très divers allant de l'énurésie, des troubles du sommeil, des troubles anxieux jusqu'aux troubles plus importants qui nécessitent davantage de temps et d'intervenants, comme pour les enfants avec retard de développement, les psychoses de l'enfant, certaines

dysharmonies, les enfants avec des troubles autistiques qui ne peuvent être suivis par une seule personne.

Les CMPP, sont gérés par des associations loi 1901, il y a 310 CMPP en France, ce qui correspond à un peu moins de la moitié des actes en ambulatoires en pédopsychiatrie, répartis en France métropole et Outre-Mer.

Ils sont pour plus des deux tiers représentés au sein de la FDCMPP. Celle-ci a collaboré à l'élaboration de cahiers des charges, mais est fortement mobilisée contre le cahier des charges de NA (Nouvelle Aquitaine) (1).

Le premier CMPP ouvre en 1946 au centre Claude Bernard, Paris 5e et en 1963 les CMPP obtiennent l'agrément de l'État et la prise en charge Sécurité Sociale. Ils accueillent comme les CMPEA une population de 0 à 20 ans. Une nouvelle répartition s'est mise en place avec des CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) pour les 0-3 ans et CMPP pour les 4-20 ans.

Les CMPEA appartiennent à l'organisation de l'hôpital public, avec un service de pédopsychiatrie dont le directeur médical siège à la commission médicale d'établissement, aux côtés des autres représentants de spécialités universitaires.

La pédopsychiatrie est née et s'est inscrite avec le projet de sectorisation d'après-guerre qui instituait l'accès aux soins psychiques au plus près du territoire.

Les CMPEA travaillent en liens étroits avec les Hôpitaux de jour (HDJ) et des CATT (Centre d'action thérapeutique à temps partiels), ces derniers étant dans un travail de réseau plus étroit avec l'extérieur alors que l'HDJ est davantage aux prises avec des problématiques institutionnelles fortes du fait des mouvements archaïques et psychotiques projectifs (2). Les hôpitaux de jour accueillent les enfants avec les troubles les plus sévères comme la psychose, les dysharmonies, les troubles autistiques.

La distinction entre CMPP et CMPEA a à voir avec des liens historiques étroits avec le milieu de l'Éducation Nationale pour les CMPP et l'appartenance au monde hospitalier et universitaire pour les CMPEA. Ainsi les CMPEA sont en travail étroit avec les HDJ, mais aussi avec la pédiatrie universitaire ou la psychiatrie adulte. Cependant, ces liens existent aussi pour les CMPP. Les CMPP dans certaines régions, selon les inscriptions historiques, travaillent davantage avec les psychopédagogues. Les liens ne manquent pas parfois entre CMPP et CMPEA, pour accueillir les enfants en hôpitaux de jour par exemple, ou construire des projets de prévention avec des moyens communs. Les deux types de structures sont des lieux de soins pluridisciplinaires.

L'équipe est constituée d'un ou de plusieurs psychiatres (souvent très difficiles à recruter-parfois aucun psychiatre n'est présent), des psychologues, des orthophonistes, des psychomotriciens. Il s'agit d'un travail nécessairement d'équipe, afin d'accueillir à plusieurs les situations qui peuvent être extrêmement difficiles.

La pédopsychiatrie n'accueille pas un enfant seul, mais un enfant dépendant de sa famille, de son ou ses parents. Le travail familial est très variable en fonction des situations mais toujours nécessaire.

Les CMPP, CMPEA travaillent également avec les écoles (réunions, aménagements, analyse diagnostique, temps partiels école/hôpital de jour ou CATTP).

Les médecins, en plus des consultations et du travail d'équipe, sont en charge de tous les certificats MDPH, pour le statut Handicap, sésame nécessaire pour permettre qui, une personne aidante scolaire (AVS), qui, une scolarisation particulière (classe ULIS), ou une orientation vers un établissement spécialisé médico-social : -IME pour les enfants avec déficits intellectuels, ITEP pour les enfants sans déficits intellectuels, IMPro pour les plus âgés.

Dans chacune des institutions, CMPEA ou CMPP, on retrouve globalement les mêmes types d'enfants accueillis-avec cependant davantage de problématiques lourdes adressées en pédopsychiatrie publique du fait des dispositifs de soins plus importants (HDJ et CATTP). CMPEA et CMPP sont agréés par la Sécurité Sociale, donc soumis aux mêmes injonctions de l'ARS, injonctions économiques mais aussi cliniques.

Offensive de l'ARS en Nouvelle Aquitaine et cahier des charges:

Le 25 novembre 2019, sans préambule, les directions des CMPP de Nouvelle-Aquitaine sont invitées à une réunion par le directeur délégué à l'autonomie. Il présente le projet de réforme pour les CMPP régionaux édictée par la HAS. (Haute autorité de santé)

Fin décembre 2019, la direction générale de l'ARS Nouvelle Aquitaine adresse aux directeurs gestionnaires le cahier des charges avec des délais de mise en œuvre, du registre de l'urgence : Ils imposent un "plan d'action d'évolution de l'offre" dans un délai de 3 mois et un "changement effectif des pratiques" dans un délai de 9 mois maximum, avec menace administrative et financière. Ceci, alors que jamais aucun soignant, directrice ou directeur médical n'a été consulté ou informé. La manière de présenter la réforme a donc nié la présence des soignants, la fonction médicale et ne s'est adressée qu'aux gestionnaires.

Contenu tout TND et interdiction de certaines pratiques

Le projet de réforme s'appuie sur la référence unique aux neurosciences avec les TND, troubles neuro-développementaux. Selon ces projets tout "trouble inhabituel de l'enfant" devrait être considéré comme un potentiel "trouble neuro-développemental" qu'il faut diagnostiquer et évaluer. On retrouve alors toute la psychopathologie de l'enfant sous la dénomination de troubles divers : trouble dyspraxique, dyslexique, trouble de l'attention, TDAH, (trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité), trouble du spectre autistique, trouble des apprentissages scolaires... mêlant des problématiques distinctes sous une même et unique dimension biologique et excluant toute autre dimension (relationnelle, culturelle, affective, sociale, historique..).

La dénomination des "troubles" est en référence au DSM V, largement remis en question ces dernières années sur sa valeur tant scientifique que sur sa pertinence clinique. Sa méthodologie est basée sur le vote et n'exclut pas les conflits d'intérêt avec des lobbies pharmaceutiques très influents, certaines associations de parents puissantes ou d'usagers.

Le Conseil supérieur de la santé belge, après une étude approfondie, a publié un avis en juin 2019 signifiant que les classifications de la CIM10 et du DSM V ne doivent pas être utilisées en pratique clinique. Le Collège précise que la méthodologie des classifications n'est pas valide du point de vue épistémologique. D'autre part, du point de vue clinique les classifications du DSM V « n'ont pas suffisamment de validité, de fiabilité, ni de pouvoir prédictif »(3).

Il ne s'agit pas d'exclure les approches très intéressantes et pertinentes des neurosciences mais il y a une confusion entre le champ de la recherche neuroscientifique, riche de découvertes et le champ de la clinique pédopsychiatrique pluridisciplinaire et pour laquelle à ce jour l'approche neuro-développementale n'est pas encore pratiquée, ni connue, ni étudiée dans son application pour soigner la souffrance psychique.

Enfin, le cahier des charges impose clairement certaines méthodes et interdit certaines pratiques comme les thérapies psychodynamiques relatives à la psychanalyse : On observe une véritable chasse aux sorcières anti-psychanalyse, dénoncée par de nombreux professionnels, dont la SFPEADA (Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées) récemment (3).

La novlangue de l'ARS extirpe tout vocable issu de la psychanalyse faisant référence à l'histoire de la pédopsychiatrie. Les mots « psychoses, psychanalyse, transferts... » deviennent inaudibles et rendent blêmes certains responsables ARS qui les laisseraient parler. La technocratie va jusqu'à rayer le mot « soin » : à Caen, une pédopsychiatre s'est entendue dire par le représentant de l'ARS qu'il ne fallait plus écrire « projet de soin » mais « projet d'intervention personnalisée ». Toujours en Normandie, un mail récent de l'ARS dit la reprise de l'activité au CMPP pour permettre de « stimuler cérébralement les enfants ». Lorsque l'on commence à s'en prendre aux mots, le risque de déshumanisation est très proche.

Selon le cahier des charges, les enfants des CMPP sont classés et réduits en deux catégories : les enfants porteurs de handicap, présentant un TND, seuls concernés par le travail des équipes des futures plateformes, et les cas dits "légers".

Ceux-là seraient ré-adressés aux RASED, (réseaux d'aide spécialisés aux élèves en difficultés scolaires) de l'Éducation Nationale. Équipes elles-mêmes en sous-effectif et qui justement nous adressent ces enfants avec nécessité de soin.

Mais qu'entend-on par pathologie légère ? De tous ceux qui refuseraient le diagnostic TND, ou qui ne relèveraient pas de celui-ci ?

Selon le cahier des charges les enfants présentant un TND sont prioritaires, et

bénéficient d'un forfait entièrement remboursé s'ils sont orientés vers le libéral (forfait en l'occurrence modique et très limité dans le temps). Qu'en est-il des autres ?

Selon une enquête non scientifique de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), les TND représentent moins de 20 pour cent de la population des CMPP (1 et 4), et les praticiens avancent des chiffres entre 5 et 10 pour cent (4).

La mesure phare de la réforme consiste en des plateformes de coordination et d'orientation - P.C.O qui s'adressent principalement aux médecins pédiatres, médecins de PMI (Protection maternelle et infantile), médecins scolaires et généralistes. Elles consistent en un travail en intra qui propose des bilans diagnostics, des évaluations, des rééducations fonctionnelles Et un travail en extérieur avec des "équipes mobiles" pour aider les instituteurs et les enfants alors que ces derniers ne doivent plus être dans les lieux de soins mais tous en intégration inclusion scolaire.

Il ne s'agit pas de refuser de travailler à plus d'intégration, mais encore une fois, l'injonction par une technocratie pour le « tout inclusion » vient fragiliser les enseignants, les soignants et confondre les places des uns et des autres. Tout bouleverser des repères et articulations sous prétexte de disqualification insidieuse.

Le soin est forfaitaire avec des durées très limitées. Les orientations se feraient uniquement vers les structures CMPP ou CMPEA ayant validé les RBPM "Recommandations de bonnes pratiques". Or, celles-ci comme leur nom l'indique, ne devraient pas être imposées.

Enfin le forfait est entièrement remboursé s'il y a une orientation libérale.

Donc il s'agit d'une strate de plus entre l'enfant et sa famille et le lieu de soins, une perte de temps et un coût supplémentaire. A moins qu'il ne s'agisse d'un objectif de gestion et de maîtrise d'une pratique économique, d'une technocratie hors sol qui n'a que faire de la santé publique pour ce qu'il s'agit là de la pédopsychiatrie. La SFPEADA demande une évaluation et un retour d'expérience des plateformes déjà mises en place.

Résistance collective de territoire, syndicats et mobilisation nationale

Le CMPP de la Vienne a été le premier à donner l'alerte. Les CMPP de Nouvelle Aquitaine se sont constitués en collectif collectif.intersyndical.cmpp@gmail.com

Un collectif de professionnels du secteur médico-social a lancé une pétition en ligne. ["Quel avenir pour le médico-social en NA? " : http://chnng.it/ph6X48Gy](http://chnng.it/ph6X48Gy)

Les collectifs départementaux se créent également : Collectif CMPP24 en colère, 16 mobilisés, 33 mobilisés, collectif cmpp40, collectif cmpp64, collectif cmpp23, collectif normand pour le soin psychique. Un collectif interprofessionnel s'est constitué, le **CIPMSNA** (collectif interprofessionnel médico-social de Nouvelle Aquitaine) très actif et qui rassemble les divers collectifs départementaux. Ils partagent les informations, articles et références (5) se réunissent pour une mobilisation régionale mais aussi

nationale. Ils centralisent et mettent en lien, notamment les médecins qui seraient intéressés.

Le CIPMSNA a appelé à une mobilisation devant l'ARSNA le 13 mars 2020, avec invitation à la grève ce jour-là. Le collectif souhaitait être reçu par le Directeur de l'ARS et remettre un courrier commun. Malgré cette période à l'aube du confinement, nous étions autour de 180 personnes réunis devant l'ARS. Le SNPP était présent à cette mobilisation-représenté par Beatrice Guinaudeau.

La rencontre a eu lieu avec Mr Laforcade et Mr Acef, respectivement Directeur général et Directeur délégué à l'autonomie à l'ARS NA. Un compte rendu de la rencontre a été transmis et montre un non-dialogue emprunt d'un mépris terrible.

Le 18 avril 2020, une lettre au Président de la République a été rédigée par le collectif, relatant la rencontre caduque avec l'ARS NA et demandant l'abrogation du cahier des charges.

Les actions se poursuivent de façon synergiques avec des représentants de chaque collectifs départemental, un des objectif est d'informer les députés, collectivités, écoles, Médecins pédiatres, PMI, parents ; de transmettre les avancées entre départements. Par ailleurs une lettre commune écrite par les collectivités et les parents était en projet avant le confinement.

La question d'une mobilisation nationale était évoquée également avec le projet d'une rencontre nationale des CMPP, relayée par la FDCMPP.

Sur le plan national de nombreuses organisations ont répondu à l'appel. La FDCMPP se mobilise fortement, la SFPEADA a écrit une lettre au Président de la République. De nombreux articles sont parus dans la presse.

Les syndicats sont actifs : L'USP (Union syndicale de la psychiatrie). Nous avons rédigé une newsletter et soutenu depuis janvier le mouvement des collectifs.

Conclusion

Ce qui se trame actuellement vis-à-vis de la pédopsychiatrie renvoie un effet sidérant, ou très difficile à penser tant le projet de réforme de l'ARS est incroyablement violent dans sa forme et dans le fond, et particulièrement pour les soignants sur le terrain de la réalité clinique, si éloignée des projets technocratiques.

Il est important de ne pas laisser se faire une politique qui ces dernières années et actuellement met à mal la pratique pédopsychiatrique. Ne nous laissons pas tromper par des propos fallacieux qui tendent à disqualifier les soignants et le réseau de la psychiatrie infanto-juvénile, qui soigne et fonctionne relativement bien.

Les soignants demandent à être les premiers concernés et consultés pour envisager des réformes plutôt que de recevoir des injonctions hors sol. Les dispositifs en projet ne permettront pas un soin psychique pour le plus grand nombre et pour les plus

défavorisés. Ces réformes massives concernent l'ensemble de la pédopsychiatrie publique et privée et par continuité toute la psychiatrie.

1-[lettre de la FDCMPP-13 février 2020](#)

2-cf EMC catted

2-avis du conseil supérieur de la sante .CSSnumero9360.DSM(5):utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale Juin 2019

3-SFPEADA courrier au président de la république du 12 mars 2020 -

4-<https://blogs.mediapart.fr/kaplan/blog/090320/le-monde-selon-lars-nouvelle-aquitaine-0>

5-Le collectif a mis en place un blog CIPMSNA, une mailing liste diffuse les informations : cipmsna@gmail.com

Marie Dagault

Correspondances sur la situation critique des CMPP Nouvelle-Aquitaine

La situation du devenir des CMPP de Nouvelle Aquitaine préoccupe de nombreux professionnels de la psychiatrie mais pas seulement, des sénateurs, députés, la présidente de l'UNAFAM ont réagi. Nous avons choisi de publier certains de ces documents, adressé à Mr Laforcade, Directeur générale de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, et au président du conseil régional.

Nous joignons les lettres de :

[La lettre de Patrick Bélamich, président de « La FDCMPP ».](#)

Lettre de P. Bélamich au président du conseil régional.

[Le communiqué de la FFP, de l'association des psychiatres de secteur infanto-juvénile.](#)

[La lettre de l'association des psychiatres de secteur infanto-juvénile « API »](#)

[La lettre du Président de la Direction générale de la solidarité et de la prévention, de Dordogne-Périgord,](#)

[La question publiée au JO le 02 juin 2020, au Ministre des Solidarités et de la Santé, Oliver Véran par M. Brahim Hammouche.](#)

[Un courrier co-signé par : le Président du conseil général des Landes, un député, une sénatrice et un sénateur des Landes.](#)

Les nombreux articles écrits par Moïse Assouline sont à lire dans Médiapart.

Françoise Duplex

Pièces Jointes en annexe à consulter

1 - Courrier des députés Xavier FORTINON, Président du Conseil départemental des Landes - Boris VALLAUD, Député des Landes - Monique LUBIN, Sénatrice des Landes - Eric KERROUCHE, Sénateur des Landes à Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général Agence Régionale de Santé Aquitaine

<http://afpep-snpp.org/wp-content/uploads/2020/08/PJ-2-Lettre-FFDys.pdf>

3 – Rapport du 13.02.20 du Bureau de la Fédération des CMPP – FDCMPP

4 - Communiqué de presse de la Fédération Française de Psychiatrie, le 1er Juin 2020 par Moïse Assouline, Représentant de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) au CN de la Stratégie pour les TSA — TND. 1er Juin 2020 - Jean-Jacques Bonamour du Tartre, Past-Président de la FFP - Jean Chambry, Président du Collège de Pédopsychiatrie de la FFP - Michel David, Président de la FFP1

5 – Question De M. Brahim Hammouche, Mouvement Démocrate et apparentés, Moselle à l'Assemblée Nationale le 02/06/2020

6 - Réaction de l'Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile - API au « Cahier des charges régional – ARS Nouvelle Aquitaine - Novembre 2019 » relatif à « L'évolution de l'offre des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) » - L'enfant est d'abord une personne !

7 – Lettre du 4 juillet 2020 de la Fédération des Centres médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP) aux Sénateurs et les Députés de Nouvelle Aquitaine - Pour le bureau de la FDCMPP Patrick Belamich

8 – Lettre de la DGA - Direction générale de la Solidarité et de la prévention – à Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général Agence Régionale de Santé Aquitaine

Le rédacteur en chef

LA VIE DE L'ODPCPP

Le Point du secrétaire général

En 2019

Les sessions de la fin de l'année 2019 ont intéressé nombre de consœurs et confrères, sur des sujets variés et étroitement liés à la vie professionnelle des psychiatres privés.

En premier lieu celles en relation avec le thème des Journées Nationales à Biarritz en septembre : "Autorité, éthique et psychiatrie" ; "Perte d'autorité et rupture de soin" ; celle sur "Les certificats en psychiatrie ambulatoire", qui n'a pas été reconnue par l'Andpc en tant que formation validante, a néanmoins rassemblé de nombreux collègues qui estiment, à juste titre, que cet aspect de leur exercice quotidien mérite quelques heures de formation et de réflexion en commun. On peut remarquer au passage une absurdité du système actuel de formation continue officiellement labellisée : seules les "options prioritaires" définies par la tutelle (en élaboration commune avec l'organisme formé par des praticiens de la spécialité, le CNPP), sont reconnues validantes et donnent donc droit à indemnisation. D'autres thèmes, tout aussi fréquemment rencontrés dans la pratique comme par exemple la rédaction des certificats médicaux, sont laissés de côté par ces instances. Par conséquent une formation sur ces thèmes déclarés non prioritaires relève du choix personnel et de la prise en charge individuelle (y compris financière). Malgré l'effort que cela représente, ou grâce à celui-ci, ce fait peut toutefois être considéré comme symptomatique du maintien d'une certaine autonomie dans l'orientation de chacun pour sa formation professionnelle.

Pour finir l'année, la session "Souffrances au travail", à Paris en octobre, a été un excellent moment de travail partagé. Elle sera donc proposée à nouveau en 2020.

État actuel

L'évolution constante des conditions de validation des formations par l'Andpc, particulièrement marquée à la fin 2019, a nécessité une reconstruction complète des sessions anciennes déjà tenues, et une élaboration pointilleuse des nouveaux contenus, par rapport aux thèmes déterminés par l'Andpc. Plusieurs sessions étaient prévues pour le début de l'année 2020, qui ont été empêchées par les conséquences de la crise sanitaire déclenchée par l'épidémie Covid-19, et les décisions gouvernementales quant aux rassemblements de population.

Devant l'impossibilité de réaliser les sessions "en présentiel" (comme il est désormais courant de dire), l'Andpc a instauré une alternative entre : transformer les sessions déjà validées et prévues en conférence simultanée à distance (par moyen audiovisuel notamment), ou reporter à date ultérieure et "en présentiel" la tenue des sessions. L'ODPC-PP a choisi la deuxième possibilité, principalement à cause de la complexité

technique et organisationnelle que la transformation en présence virtuelle aurait nécessité d'assumer, pour notre équipe de bénévoles déjà très sollicités par leurs activités habituelles liées aux soins, de surcroît renforcées par celles générées par l'épidémie. De plus, l'interactivité intense et chaleureuse au cours des réunions en présence physique est un aspect majeur de "l'identité ODPC-PP", si l'on peut s'exprimer ainsi, et n'est pas facilement transposable en visioconférence. Enfin, nous n'avons pas souhaité proposer de séances supplémentaires aux collègues déjà très souvent astreints à de longues sessions devant l'écran de leur ordinateur pour des téléconsultations.

Comme on a pu souvent l'observer dans d'autres domaines, l'irruption de ce virus dans la vie sociale a provoqué d'abord une sidération, puis une stérilisation momentanée de la pensée élaborante. Les perspectives d'avenir bouchées, l'anxiété entretenue par les divers canaux d'information, l'attente de décisions réglementaires dans des délais non précisés, ont imposé une temporalité inhabituelle, plaçant les personnes dans un présent indéfiniment reconduit quotidiennement à l'identique ou presque ; l'imaginaire étant en difficulté pour représenter un futur différent du vécu présent. Ceci venant s'ajouter pour les praticiens aux urgences à traiter, aux efforts d'adaptation de leur mode de travail (téléconsultations notamment), et aux effets de la déclaration d'immobilisation générale prononcée par le gouvernement.

Par conséquent, l'activité de formation continue n'a plus été, pendant quelques mois, une priorité pour les membres de notre organisme, ni pour les praticiens. À l'heure où ces lignes sont écrites, nous sortons tout juste de cet état, ce qui sera suivi, je l'espère, d'une reprise de cette activité pleinement vécue.

Projets pour la fin 2020

Puisque les conditions sanitaires le permettent, l'ODPC-PP a tenu à partir du mois de juin les sessions suivantes :

- Les pratiques de prescription en psychiatrie : le 6 juin à Paris
- Patients en souffrance au travail : le 26 juin à Paris
- Souffrance au travail des médecins libéraux : le 19 septembre à Paris
- Conduites extrêmes à l'adolescence : le 2 octobre à Paris
- Autorité, éthique et psychiatrie : le 17 octobre à Paris
- Santé mentale et migration : le 14 novembre à Paris

Nous espérons vous y retrouver les plus nombreux possibles, dans l'esprit d'échange d'expériences et de connaissances qui nous est cher.

Olivier Brunshwig, secrétaire général de l'ODPC-PP

DOSSIER SPÉCIAL - Téléconsultation en crise Covid

Téléconsultations : une application de la loi de Murphy !

Selon la loi de Murphy (du moins une de ses variantes populaires), « *Tout ce qui est susceptible d'aller mal, ira mal* »

Le SNPP a déjà eu des retours problématiques sur la téléconsultation, notamment ce témoignage rapporté d'un propos de patient : « *Au fait docteur, puisqu'on est en téléconsultation, j'en profite pour enregistrer la consultation, comme ça je peux repasser le film après* ».

Rappelons que cette pratique est absolument illégale sans le consentement du médecin et du patient. En téléconsultation, s'ajoute la question du droit à l'image.

Téléconsultations : retours d'expériences. Ambivalences

« *Me revoilà comme à l'époque de Pinochet, la peur dehors* »

« *La queue devant les magasins, c'est comme en 40, ce que mes parents m'ont raconté* »

« *C'est comme l'an dernier, quand j'étais en arrêt de travail depuis des mois, à ne pas arriver à sortir de chez moi* »

« *Après 2 ans d'hospitalisation, je me retrouve enfermée chez moi* »

« *Mon mode de vie est devenu « légitime »* »

« *Tous ces décès me rappellent la mort de mon mari* »

J'ai noté ces quelques commentaires quasiment le même jour. Autour du 16 mars 2020... en téléconsultation.

Circonstances exceptionnelles, obligeant à une rupture de cadre dans nos pratiques... à supposer que le cadre soit matériel. Voilà une occasion d'en avoir le cœur net.

Du jour au lendemain, tout le monde a dû s'adapter. Les psychiatres libéraux aussi. Et nous pouvions nous considérer favorisés par rapport à beaucoup d'autres qui ne pouvaient pas adapter leur pratique en télétravail sans y perdre beaucoup plus que nous : kinésithérapeutes, restaurateurs, beaucoup de médecins d'autres spécialités... qui se retrouvaient en impossibilité de travailler.

Pour nous, un autre cadre potentiel existait déjà : la téléconsultation. Usage marginal jusqu'à l'ouverture par la sécurité sociale en 2018. Il y a toujours eu quelques suivis

téléphoniques, puis vidéo, par exception, pour des patients connus, partant un temps à l'étranger ou dans une autre ville...

Nous étions déjà nombreux à avoir déjà essayé, avec réticence, pour permettre un accès aux soins autrement compliqué. Voilà que la pratique devenait presque incontournable, dans un moment où nous étions soumis autant que les patients à une situation inédite. En décembre 2019, les grèves des « gilets jaunes » avaient poussé certains à développer cette pratique... à Paris essentiellement.

Alors nous y voilà, le grand saut. Chacun a dû essayer d'appliquer le protocole mis en place par la sécurité sociale et le ministre de la santé. Vidéo obligatoire pour ouvrir le droit au remboursement. Tiers-payant et prise en charge à « 100% » par la sécu (tout en secteur 1 mais sans les dépassements d'honoraires en secteur 2). Télétransmission « en mode dégradé » avec une carte vitale virtuelle, ou un simple numéro de sécu. Choisir un ou plusieurs outils de communication. Faut-il passer par une plateforme type doctolib, qare ? Skype ou WhatsApp ou face time font-ils aussi bien ? Y a-t-il plus de sécurité en passant par une société qui garantit la sécurité, ou en évitant cet intermédiaire supplémentaire ?

La sécurité sociale a assoupli les règles au fur et à mesure. Les exceptions à l'obligation de la vidéo se sont multipliées : ALD, patients âgés, zones blanches (pour le patient ou le psychiatre)... Mais malgré les lettres du SNPP (et d'autres syndicats et centrales syndicales) pour demander une exception pour la psychiatrie, pas de généralisation d'autorisation de consultations téléphoniques pour la psychiatrie libérale... alors que nos collègues du public avaient comme consigne d'utiliser le téléphone par manque de moyen pour installer des vidéoconsultations.

La technique est à la fois sidérante d'efficacité, et agaçante d'imperfections. Nous avons travaillé dans des conditions qu'on aurait qualifiées de futuristes dans un passé pas si lointain que même les plus jeunes médecins ont connu. Mais quelle frustration quand le réseau est « saturé, bloqué ». Comme si ça devait marcher parfaitement ! Comme si on pouvait abolir l'espace, et le temps nécessaire pour diffuser les images et le son d'un endroit à un autre. Et cette obstination de la sécurité sociale à mettre la vidéo comme condition indispensable, même quand cela doit se faire aux dépens du son.

Et dans le même temps, rester concentrés. Quels effets pour le patient, qui vit les mêmes questionnements, chez qui se réveillent d'éventuels traumatismes...

Certains ont décidé de « tout basculer en téléconsultation » pour respecter le confinement le plus possible (et sauvegarder leur activité). D'autres ont mis un point d'honneur à éviter le plus possible de s'y mettre, gardant leurs cabinets ouverts et faisant venir tous les patients qui le voulaient bien.

Certains libéraux ont suspendu leur activité de cabinet, et sont allés aider des services hospitaliers en souffrance.

J'ai pu récolter plusieurs témoignages de psychiatres, dont la variété ouvre encore plus de questions. Pour certain.e.s, l'image était rassurante. « *Elle est nettement*

préférable à un entretien téléphonique ». Pour d'autres, la vidéo gêne : « *L'enveloppe sonore est commune et l'on peut s'imaginer au cabinet, comme lorsque nous travaillions en présence. Alors qu'avec la vidéo chacun est dans un lieu différent visuel.* ». Chaque fois, « *les patients sont du même avis* » ! Pour ma part, j'ai fini par leur demander ce qu'ils préféraient : peu se souciaient de cette question, tous s'adaptèrent volontiers, l'essentiel n'est pas là, c'est de leur angoisse qu'ils voulaient qu'on s'occupe.

Occasion tout de même de « voir » : un enfant qui passe, « *le petit chien dont Melle S. m'avait tant parlé* », l'affiche au mur en arrière-plan (vertigo, Dr Folamour...) ou le décor (« *goûts certains pour la décoration* », fouillis, ordre, intérieurs somptueux qu'on n'aurait pas imaginé, ou réalité de la misère...).

Mises en scène : sur la terrasse, dans un jardin (avec l'ado en arrière-plan qui consulte son propre psy au même moment), dans la rue par manque d'intimité chez soi, dans la voiture bien à l'abri... Les psychiatres réfléchissent beaucoup à l'aménagement de leur cabinet, les patients parfois aussi.

La plupart des psys témoignent d'une pratique fatigante, un rythme à apprivoiser. Trop vite entraînés à passer d'une consultation à la suivante sans même se lever, d'un simple clic... avec des effets de saturation de la concentration, et de grande fatigue en fin de journée.

Moments d'humour aussi : le choix d'un pseudo sur Skype, tendre un mouchoir à travers l'écran...

Se mettre à l'aise : pouvoir consulter en chaussettes, fumer pendant les séances, d'un côté comme de l'autre de l'écran ou du téléphone.

Un cadre qui permet une certaine souplesse : pour certains, l'heure c'est l'heure, confinés ou pas, téléconsultation ou présentiel, le cadre doit rester. « *Les habitués retardataires ont parfois horreur de patienter* » d'ailleurs. Pour d'autres, dans ces conditions, faire attendre le patient (ou son psy) en sachant que l'autre n'est pas débordé, que ce n'est pas grave, que le rapport au temps n'est plus le même...

Variations sur le paiement : quelques témoignages de psychanalystes qui ont demandé au patient de venir déposer une enveloppe dans la boîte aux lettres (« *les patients étaient tout à fait d'accord, et prenaient ça à cœur* »), paiements par virements, par carte bleue, paypal, lydia, envoi de chèques... ou pour d'autres, paiement « *à notre retour, pour certains un soulagement dans le genre on va donc se revoir* ». Un sacré bazar en comptabilité pour la plupart (qui a payé quelle séance et par quel moyen ?)

Et pendant ce temps, tous les effets cliniques. Toutes ces consultations ou la rupture de cadre donne l'occasion de dire ce qui n'avait pas pu être dit (traumatismes passés, agressions sexuelles, violence du conjoint, soulagement du télétravail qui permet de ne plus être exposé au supérieur dont le patient n'avait pas réalisé la dimension harcelante ou maltraitante...). Et toutes ces consultations bloquées (« *je vous parlerai de certaines choses quand on se reverra* »). Toutes ces consultations de jeunes

adultes partis se confiner chez leurs parents en province, avec l'impression d'être allé « *dans la gueule du loup* », et pour qui les téléconsultations ont pu permettre souvent de remettre au travail des problématiques anciennes laissées de côté.

De tous ces témoignages, personne n'a exprimé un souhait de travailler après la crise avec un maximum de téléconsultations, et surtout pas en exercice exclusif. Mais quelques patients ayant trop de mal à libérer du temps pour leurs consultations ont gardé des téléconsultations en regrettant « *de ne pas pouvoir* venir ». Les témoignages de retrouvailles au cabinet vont tous dans le sens d'un soulagement, d'une relation thérapeutique qui retrouve toute son entièreté.

Le travail théorique approfondi sur les effets respectifs de la crise, du confinement, de la téléconsultation nécessitera encore du temps. Que restera-t-il de tout ça ?*

Elie Winter

*Voir [article du Quotidien du médecin du 26 mai 2020](#)

Brèves impressions sur la téléconsultation - Loïc Tana, Karine Hénon, Christine Gully

Loïc Tana

Très réticent au départ, force est de constater que ce mode d'exercice a permis de maintenir le lien en cette période de confinement. Certains patients se sont présentés d'une manière plus naturelle... De mon côté : j'ai continué d'être comme à l'habitude dans mon cabinet pour faire ces visio-consultations.

Ce mode d'exercice est beaucoup plus fatiguant que le mode présentiel : les yeux devant l'écran toute la journée. Très content d'un retour à une presque normalité : aujourd'hui, consultations masquées et à distancées !

Karine Hénon

Au départ, la téléconsultation a permis durant cette période de confinement de poursuivre la régularité des consultations et de pouvoir maintenir le lien thérapeutique des entretiens.

J'ai débuté 2 nouveaux suivis. 1 perdue de vue et l'autre se poursuit au cabinet. La durée des entretiens est plus courte, les temps de réflexions sont plus courts durant les échanges.

Le visuel permet d'entrer dans une intimité supplémentaire des patients: on voit leur intérieur de maison, de jardin, de voiture...

A l'exception des patients très éloignés géographiquement, tous ont souhaité reprendre rdv au cabinet en présentiel par la suite

Christine Gully

Dans les circonstances inédites et extrêmes, j'ai choisi de poursuivre mes consultations dans mon cabinet, ce qui me permettait de recevoir les quelques rares patients qui venaient consulter en « présentiel », et les beaucoup plus nombreux qui se présentaient en téléconsultation. Des patients connus et suivis pour la plupart, mais aussi de nouveaux patients, jamais rencontrés hors de l'espace virtuel. J'ai choisi de maintenir le lien, le lieu, m'appuyant sur les dires de certains patients, désignant l'importance de l'espace connu de mon cabinet. Maintenir le lieu aussi pour garantir un espace de confidentialité, de neutralité, (certainement autant pour mes patients que pour moi)...

Les consultations ont très vite évoluées, partant d'un moment de « crise » où le concret s'invitait à la fête, à un mouvement et un déplacement étonnamment rapide, vers des avancées et élaborations surprenantes. Le confinement renvoyait chacun à son histoire, son « intérieur ». De nouvelles questions quant à la façon de poursuivre les suivis se sont posées, ainsi:

- *Qui appelle qui?* Le psychiatre? Le patient? Il y a ceux qui signifiaient par texto à l'heure de leur rdv qu'ils étaient prêts, ceux qui appelaient cinq minutes avant l'heure pour vérifier s'ils ne s'étaient pas trompés de rdv, ceux qui appelaient sans cesse jusqu'à ce que je puisse répondre, ceux qui demandaient une confirmation de leur prochain rdv... Ceux qui « oubliaient » leur rdv, ceux qui s'étaient endormis, pris par une sorte de léthargie depuis leur confinement, les « pas encore douchés, maquillés, habillés », de nouveaux actes manqués de confinés... Les rdv qui se sont passés finalement sans image, surtout au bout de quelques temps, de plus en plus de patients demandaient à rester au téléphone sans la vidéo, sous différents prétextes. Il y a aussi ceux pour qui le rdv donné avait un statut peu ancré dans la réalité, un peu comme si le rdv décidé dans un espace virtuel pouvait ne pas avoir vraiment lieu...

- *La question de l'espace et de l'adresse :*

Les premières consultations se font désormais à domicile via l'écran. Certains livrent des murs blancs, neutres, des intérieurs de voiture, les plafonds des greniers... Les images sont fixes pour certains, difficiles à suivre pour les autres, tant l'écran est déplacé, les images et des points de vue évoluant au fil de la séance. Certains livrent leur espace intérieur, faisant découvrir les objets, les lieux déjà présents dans leur discours au préalable : Une caverne pleine de figurines de super héros ici, la chambre à coucher, le bureau, le salon, là. La présence des enfants, des bébés, d'un conjoint que l'on entend tousser au loin. Le jardin, les décors en tout genre, mais aussi parfois, discrètement, l'envers du décor, les univers brouillons, les poubelles qui s'entassent... Les discours se sont aussi pour certains modifiés avec l'adresse qui s'adaptait sensiblement aux nouvelles conditions: « ça je n'ai jamais pu

vous en parler chez vous, en face », « ça je vous en parlerai lorsque nous nous reverrons »,

Il y aurait, il y aura encore beaucoup à en dire, mais force est de constater que pour certains patients les rdv se sont déroulés avec une impression de consistance presque identique aux consultations présidentielles, alors que pour d'autres ça n'as pas été le cas du tout. La dimension du regard est trompeuse, chacun regardant l'écran. Une sensation d'ennui profond et d'inconsistance s'installant dans certaines consultations, il a fallu passer par les consultations présentielle, définitivement parfois, ou occasionnellement, pour relancer un travail psychique en cours.

Téléconsultations : premières impressions

D'emblée, comme la plupart des soignants et des malades et leur entourage, j'ai découvert les grands avantages liés la possibilité de faire des téléconsultations. Assurer la continuité des soins quand la rencontre physique comporte un risque mal connu et mal maîtrisé m'est apparu être un atout incontestable.

Mais j'éprouve, par rapport à cette technique, une ambivalence qui ne faiblit pas, au fur et à mesure de son utilisation continue depuis ces dernières semaines. Utilisation que j'estime intensive, car quotidienne dès le début de la période dite de "confinement", poursuivie en situation de "déconfinement", et encore majoritaire à l'heure où j'écris ces lignes dans mon exercice par rapport à ce qu'il est maintenant convenu de nommer consultation "présentielle". Jusqu'alors, je n'utilisais que le téléphone, en appoint épisodique pour résoudre des situations nécessitant une intervention urgente.

Il me paraît important et nécessaire de respecter cette ambivalence, voire de la cultiver, et de la proposer à discussion, ici notamment.

Je ne décrirai pas la liste des avantages et des inconvénients de ces outils, que chacun aura vécus, à des fins d'inventaire mille fois parcouru mais qui ne décrirait en rien ce que j'en éprouve : un mélange très particulier de reconnaissance, de soulagement, et de déception voisine d'une certaine amertume, que l'on puisse se contenter voire se satisfaire (moi compris) du maniement de cette technologie. Souvent quand je l'utilise, je pense au risque de réduction de la qualité de mon observation et de mon écoute qu'elle comporte.

Le soulagement tient principalement à ce qu'une continuité de la relation soit ainsi assurée, bienvenue pour le médecin car participant certainement dans plusieurs cas à éviter un déséquilibre psychique aux conséquences redoutées mais évitables. Cette continuité me paraît étroitement liée à ce que, par ce truchement, une image de mon corps soit encore visible, regardable, mettant ainsi en scène une permanence imaginaire de la présence ; beaucoup plus, de mon point de vue, que la possibilité qui m'est donnée de pouvoir voir l'environnement intime des patients et en déduire des éléments de compréhension (ceci probablement parce que cet aspect ne m'intéresse pas pour ma pratique, car je conçois la base de l'action du thérapeute comme l'incarnation d'un espace où le patient est libre de se projeter, plutôt que comme la réalisation d'une activité de pénétration de son intimité psychique).

Mais l'écran fait écran : lieu de production d'une image (peut-on encore parler ici d'un écran lieu de projection comme au temps du cinéma ?), il est simultanément le médium permettant de voir l'image de l'autre, et l'obstacle empêchant d'imaginer au-delà de cette surface, tellement son pouvoir de fascination est grand.

C'est donc bien un moyen de communication, qui canalise, c'est-à-dire tout autant met en relation entre eux des imaginaires, et les contraint à rester captifs c'est-à-dire réduits, dans une certaine formalisation conditionnée par la technique.

La désolation est aussi liée à ce que, à cause d'une grande efficacité du leurre par l'image virtuelle, l'absence soit dépossédée de ses pouvoirs générateurs de pensée et d'autonomisation ; et qu'ainsi une part d'humanisation, toujours en devenir, puisse être empêchée lors de la rencontre.

L'intégration de ce medium de la consultation à distance en vidéo m'a permis de préciser, conforter une dimension majeure de ma pratique psychiatrique et psychothérapeutique : la complexité de la relation, maintenue par la mise en présence des corps ; et de confirmer le caractère central et essentiel du registre auditif dans ma pratique.

Telle que je la vis, la mise en relation via la connexion audio-visuelle ne représente pas une extériorisation, un transport dans un autre lieu, celui où le corps du patient se trouve au moment où il communique avec moi. Elle opère une rencontre figurée par l'écran qui devient le lieu d'une rencontre dématérialisée, qui fonctionne comme un ersatz. La vraie rencontre, pour moi, se fait au niveau auditif, c'est la voix qui la porte et définit simultanément son champ et son opérabilité ; alors l'image, reconstituée par la technique, est du registre d'un décor qui peut rapidement devenir captivant.

Je constate, après des centaines de ces consultations et entretiens, que cet usage représente en fait un pis-aller pour nombre des personnes s'adressant à moi. Mon attitude par rapport à cette technologie y est indubitablement pour quelque chose ; mais définitivement, et même si des effets qualifiables de "positifs" se manifestent à cause des entretiens à distance, et qui n'auraient pas eu lieu dans une autre configuration, l'un ne sera jamais substituable à l'autre, dans mes représentations psychiques ni dans ma pratique.

Olivier Brunschwig

Vous avez dit : Immunité ?

C'est souvent un fait devant nous qui nous pousse à se saisir de la plume, pour saisir l'instant. Si cette pandémie est multiple dans ses visages, il en est un qui m'est apparu dans son évidence : Le clivage psyché/soma.

Bien sûr nous assistons là à une maladie somatique, une atteinte virale.

Les recherches sont lancées, pour connaître d'un côté le virus, de l'autre les causes de décès, les sujets à risque, les traitements efficaces, la prévention future.

Plus que d'habitude j'ai été très sensible au fait qu'en deux mois, je n'ai jamais entendu faire la moindre allusion aux facteurs psychologiques appartenant aux tableaux de vulnérabilité que l'on cherche à dessiner.

Je me dis que nous allons obtenir des données sensées nous aider à comprendre la situation alors même qu'une dimension pourtant essentielle dans notre vie et notre santé, sera totalement absente et ne pourra pas être intégrée à la réflexion.

Je ne dis pas que l'on puisse sur le moment même de l'urgence somatique s'étendre sur le vécu subjectif du patient. Mais parmi toutes les données recueillies y a-t-il la moindre question sur l'existence ou pas chez ces personnes d'angoisse, de dépression, d'insomnies, d'addictions ou de symptômes, de situation conflictuelle récente ?

Toutes ces données passeraient-elles à la trappe ?

Et lorsque l'on a fait la remarque que les psychotiques font peut-être moins d'infections ou de formes inflammatoires, on n'a évoqué comme cause possible que leur traitement psychotrope. Aucune curiosité quant à l'impact éventuel du fonctionnement psychotique en termes d'immunité !?

Pourquoi s'habitue-t-on à ignorer les signes psychiques dès que l'on parle d'atteinte somatique ? Pourquoi ce clivage ?

Pourtant, qui pourrait prétendre que notre immunité biologique, commandée par notre cerveau, réglant nos rapports aux agents externes, particules, germes, qui, du vocabulaire même des immunologistes s'occupe de la « reconnaissance soi/non soi », qui pourrait affirmer qu'il n'est pas logique et nécessaire de chercher les liens avec le versant psychologique de la reconnaissance soi/ non soi, dont s'occupe également notre cerveau ?!

Mais pas les liens par trop simplistes qui diraient que le corps parle...non, le corps ne parle pas, mais notre corps vit nos relations au monde extérieur dans le même temps que notre psychisme, dans un équilibre conscient/inconscient.

Pourquoi ne pas questionner toujours les modalités immunitaires et inflammatoires de nos maladies aussi sous la perspective de la question identitaire ?

De même, il me semble que l'on ne questionne jamais vraiment les tensions que la société exerce sur l'identité des sujets et leurs répercussions somatiques éventuelles.

Je m'étais habituée à ces obstacles épistémologiques, mais j'avoue que ces deux derniers mois, devant l'ampleur du phénomène, cette absence m'a paru encore plus criante et je voudrai profiter d'être encore sur l'évidence du moment pour signaler et déplorer ce qui pour moi est un vide de la pensée, qui a forcément des effets dommageables en matière de santé.

De plus, pour moi, ce vide de la pensée en rejoint d'autres, plus politiques, qui concernent tout ce dont on ne parle pas, tous ceux dont on ne parle pas.

La psychiatrie est et doit rester un bastion, une citadelle vigilante, le lieu où l'on parle, où l'on pense, pour ne pas se faire envahir dans une langue hermétique et perdre son essence.

Hélène Baudoin

Psychiatrie médico-sociale et libérale

Témoignage de l'activité en psychiatrie médico-sociale et libérale durant le confinement et l'après 11 mai 2020.

Le contexte est celui d'une Pandémie - du grec pan = tout et demos = peuple. Nous l'avons reçue comme une claque, à la manière de ces vagues qui viennent vous engloutir dans nos rêves, ce que d'aucuns nomment le « réel ». Cette épidémie pourtant à nos portes, en Italie, nous a surpris et trouvés très désorganisés, nous l'avons, pour beaucoup, à commencer à par nos dirigeants, déniée. Ainsi que Camus dans son écrit 1947 « La Peste » décrit comment, devant des évidences, des milliers de rats morts, des mourants avec bubons, le diagnostic ne pouvait être posé. Extrait de La Peste : « *C'est le moment que choisit Castel, un confrère de Rieux, beaucoup plus âgé que lui, pour venir le voir.*

- *Naturellement, lui dit-il, vous savez ce que c'est, Rieux ?*

- *J'attends les résultats des analyses*

- *Moi, je le sais, Et ne n'ai pas besoin d'analyses. J'ai fait une partie de ma carrière en Chine, et j'ai vu quelques cas à Paris, il y a une vingtaine d'année. Seulement, on n'a pas osé leur donner un nom, sur le moment. L'opinion publique, c'est sacré : pas d'affolement, surtout pas d'affolement. Et puis comme disait un confrère : « C'est impossible, tout le monde sait qu'elle a disparu de l'occident. » Oui, tout le monde le savait sauf les morts. Allons Rieux, vous savez aussi bien que moi ce que c'est. (...)*

- *Oui, Castel, dit-il, c'est à peine croyable. Mais il semble bien que ce soit la peste. Castel se leva et se dirigea vers la porte.*

- *Vous savez ce qu'on nous répondra, dit le vieux docteur : « Elle a disparu des pays tempérés depuis des années. » (...)*

- *Bon... espérons que ce ne sera pas plus grave aujourd'hui qu'alors. Mais c'est vraiment incroyable. »*

État des lieux d'un CMPP, non confiné, à partir du vendredi 13 mars 2020, lendemain de l'annonce de la fermeture des établissements scolaires et universitaires. D'une seule voix, les directions médicale et administrative ont souhaité laisser ouvertes les portes du CMPP après la première annonce présidentielle, dans le contexte de

pandémie, alors qu'une grande partie de l'équipe des salariés s'inquiétait et souhaitait la fermeture. Cependant l'association gestionnaire, représentée par sa présidente et le vice-président y ont été favorables. Contrairement à de nombreux CMPP de France qui se sont trouvés dans l'obligation de cesser toute activité in situ sur décision venant de plus haut. Les membres de l'équipe, volontaires, secrétariat y compris, se sont organisés, pour tenir des permanences, en l'absence de consultations sur place...Malgré les déplacements rendus compliqués, particulièrement pour les parisiens, (nous 4 médecins et une psychologue), par la diminution de fréquences de trains. « Gestes barrières » respectés, masques acquis grâce aux dotations des médecins, d'abord 50, puis 18/semaine. Le CMPP en fut pourvu début mai seulement et de peu ; le service éducatif de soins à domicile-SESSAD, lui, en a été doté de 300 par semaine.

La télé consultation en pédopsychiatrie :

Être sur place était commode, l'accès au logiciel de patients, aux dossiers, échanger avec les confrères, la secrétaire présente, cela maintenait une ambiance propice, dans une institution baignée dans un silence apprécié, le silence à l'intérieur et à l'extérieur du pavillon, une atmosphère ouatée se dégageait dans laquelle nous évoluions. Le parc nous entourant rendu à ses écureuils, les espaces verts se coloraient en blancs, jaune, bleu des multiples pâquerettes, pissenlits, jacinthes sauvages abondantes.

Bien campée dans mon bureau le téléphone en main, à l'instar de tous les thérapeutes, j'appelais les familles et les enfants plus qu'ils n'en prenaient l'initiative, surpris souvent de notre assiduité. Certains jeunes d'à peine 10 ans, sommeillaient encore à 10, 11heures. À l'instar des d'adolescents qui inversaient facilement le rythme nyctéméral, disposant librement de l'ordinateur familial qui lui, ne connaissait pas de repos. Pour d'autres, les parents assuraient la difficile tâche de faire cours en primaire, en secondaire à leurs enfants, tout en se réservant pour leurs propres obligations professionnelles, télétravail l'appelle-t-on. Tâche au regard de certaines familles, impossible, insupportable si ce n'est insurmontable tant les programmes scolaires envoyés par les enseignants se montraient volumineux. Qui en retour exigeaient que leurs soient retournées de non moins exigeantes évaluations, avec menace de note négatives. Peu importe si le logiciel de l'éducation nationale était dépassé, l'ordinateur parfois unique de la maison, réparti entre plusieurs frère et sœur et parents. Certains privilégiés s'en sortaient mieux.

Aux familles d'origine étrangère, non ou peu francophones, les chaînes de télévision « Lumni » et France TV 4, « l'école à la maison » que nous leurs recommandions, ont-elles été d'un secours ? Ont-elles été efficaces ?

Comment assurer une séance de télé-thérapie avec des petits ?

Au téléphone, les adultes décrochaient et se montraient bavards, prolixes, avant de passer l'appareil à l'enfant en attente. Celui-ci, 4 ans passés, silencieux jusqu'à ce que le parent se fut éloigné, échangeait alors spontanément. Parfois à court d'idées, de dialogues, j'ai proposé une lecture, « le Feuilletton d'Hermès » ou pour les plus petits,

des contes.

Les enfants autistes ou à trouble de personnalité s'y prêtaient plus difficilement.

Au bout de trois semaines de confinement, quelques consultations en présentiel se sont avérées indispensables, pour deux jeunes placés en foyer, à cause de l'aggravation de phénomènes psychotiques, ou des comportements agressifs. Entrée et sorties du CMPP par une porte presque dérobée, masques, gel-hydro-alcoolique, bureau dédié Covid et une consultation-promenade dans le parc avec la jeune fille. Enfin nous avons reçu une femme très déprimée, endeuillée récemment de sa propre mère et dont les deux filles sont placées en maison d'enfants, dans l'impossibilité de trouver à consulter en médecine générale ou psychiatrie adulte.

Enfin, en lien avec une psychologue en télétravail, nous avons rédigé une information préoccupante au sujet d'un jeune de 15 ans, habituellement docile. Il avait porté la main sur sa mère, femme très abandonnique, clinophile, apragmatique trop séditée et dans une misère sociale grandissante. Aidée par le psychologue du CMP. la maman elle-même, a rédigé un courrier à l'ASE, demandant de l'aide. À la suite de quoi son fils s'est rendu chez une tante.

Bon nombre de thérapeutes confinés à domicile poursuivaient en télétravail, leurs retours nous ont permis d'évaluer un bon taux de satisfaction de ce mode de relation thérapeutique, selon eux. Certains ont insisté pour le maintenir au-delà de la date du dé-confinement, parce qu'habitant l'Oise, région cluster à l'origine, toujours classée « rouge » sur la cartographie de circulation du virus. Un syndrome de la cabane n'est pas à exclure.

On retiendra que, sur place ou en télétravail, nous étions tous épuisés par la tension générée par l'adaptation à cette situation inédite.

Point d'écoute :

Le directeur administratif a souhaité que le numéro de téléphone du CMPP devienne, Point d'écoute, d'urgence pour toutes les institutions ou les habitants du Val d'Oise. Initiative bien accueillie, par les mairies, nombres de responsables de foyer, et associations accueillant du public en difficultés à l'heure où les CMP étaient fermés. Certains salariés du CMPP ont été plus réservés, inquiets d'avoir à assurer une régulation qui aurait dépassé leurs compétences. Sur le plan pratique il y eu très peu d'appels, relayés par les médecins présents, point trop d'écoutes. Point trop de tempêtes.

Les réunions de directions régulières maintenaient une veille attentive

- Aux salariés, leur état de santé, (quelques cas probables de Covid non testés), et à celui des patients,
- L'activité professionnelle, la « e-présences » de thérapeutes, les « perdus de vue ».

- Comment se constituer un bon stock matériel, de gel, de désinfectant des surfaces, de masques, visières, blouses...
- Rédiger les documents transmis au personnel, et à l'Agence Régionales de Santé, boulimique de mails dévorant le temps du directeur administratif.
- S'inquiéter de la désinfection des locaux par le personnel de ménage.
- Mener deux réunions du CSE, comité social économique, en vidéo-conférences ; répondre aux 4 déléguées, à une vingtaine de questions. « Faut-il prendre la température des enfants venant au CMPP ? » réponse négative selon le Haut conseil de la santé publique <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine>
- Organisation de « e-synthèses » vidéo-synthèses, s'interroger sur le secret professionnel dans de telles conditions, quel outil choisir, non pas zoom pour les synthèses, WhatsApp (pourtant dépendant de Facebook) et Skype recommandés par l'assurance maladie. Rofim, Framatalk, OVH conférences téléphoniques.

Clinique de La défenestration :

La défenestration est le fait de se jeter ou de pousser un individu par une fenêtre, du Latin Fenestra, ou du vieux français, Fenestre. Les circonstances sont multiples, Homicide, fuir un danger mortel quand les issues normales sont inaccessibles, chute accidentelle ou suicide. Mais comment penser la défenestration chez les enfants ? Cette clinique nous est apparue comme jamais en cette période anxiogène pandémique : tout d'abord deux familles où les mamans seules, se confinaient strictement. À Cergy Pontoise, une maman en appartement, quatrième étage, trois enfants, dont un aîné autiste de 6 ans, F. hyperkinétique. Elle ne sortait plus à cause de F. trop agité dans la rue. Là, il a réussi à subtiliser les clefs qui ferment une fenêtre pour l'ouvrir, le drame fut évité de justesse. Une aide familiale a été proposée par la MDPH -maison départementale des personnes handicapées-, en lien avec les professionnels du CMPP très présents, particulièrement dans ces circonstances.

À Paris, ce n'est plus le cadre du CMPP mais l'exercice libéral : J. 8 ans. Enfant unique, asthmatique, raison pour laquelle sa maman le retenait plus que de raison à l'appartement. (Appel à la pédiatre au sujet de l'asthme.) Il s'agit d'une famille monoparentale où l'Aide Sociale à l'Enfance a mis en place une assistante familiale, qui bien entendu, a cessé avec le confinement. Entre mère et fils, à cette période, il y a eu une escalade de la violence verbale et physique, avec le risque de chute que cela comporte. L'opposition systématique de l'enfant, le travail scolaire à réaliser qui n'avancait pas, le télétravail pour son employeur, ont amené cette femme excédée à défier son fils qui menaçait de sauter du 9^e étage : « Sautes si tu oses » ... « C'est pour voir jusqu'où il serait allé ! ». Puis il s'est saisi d'un couteau « le plus aiguisé qui soit ». Madame m'alarme et l'appel permet une consultation dans l'heure. « Je l'aurais fait ! Comme Mario Odysseus qui saute de la tour. » « Oui, je sais et tu m'as fait peur », ai-je répondu à ce garçonnet, au comble de l'inquiétude, qui contrastait avec le sang-froid apparent maternel. Ce qui m'est apparu comme le désir

ambivalent à la fois de perdre* son fils mais aussi de le sauver. En pleine conscience de la violence que l'enfant déclenchait en elle, cette dame avait auparavant demandé à l'éducatrice un accueil temporaire le week-end. Nos discussions ont abouti à une séparation d'une semaine chez des amis, solution qu'elle se refusait auparavant pour « ne pas déranger. »

Dans un cas comme dans l'autre, probablement l'enfant n'a pas conscience qu'il met sa vie en danger (Mario saute et ne meurt pas), mais comment infirmer l'idée de mort chez l'enfant trop contraint, qui joue son va-tout, pour forcer les parents à céder. Chantage car il n'a pas d'autres moyens de pression ? Je me risque à prononcer les mots de pulsions suicidaires. À la suite de la scène qui aurait pu finir tragiquement, la maman de J. a accepté d'amener l'enfant au cabinet, d'affronter cet autre risque, le Covid dans l'air ambiant. Le travail en vidéo-consultation n'était pas possible tant l'enfant était agité. Notons que J, dès le surlendemain, avait refoulé cette journée, littéralement traumatique, au point qu'il m'a demandé comment j'avais appris tout cela. Il ne souvenait pas être venu au cabinet.

Un jeune adulte cette fois, de trente ans, est hanté par des pensées obsédantes qui exercent une force pour qu'il se jette par la fenêtre, la nuit. En journée les voix, ou autres pensées l'intiment d'aller tuer sa petite amie. Le tableau évocateur de la schizophrénie à déclenchement tardif, se complète, ambivalence, dissociation idéo-affective, confinement ancien bien avant la date du 16 mars, éclatement d'un délire dans les circonstances actuelles, le mèneront à demander à être hospitalisé à l'hôpital Ste Anne comme nous en avons discuté la veille.

L'hypothèse d'une forme neurologique du Covid ne peut être exclue. Nous n'avons pas connu de drames mais nous ne sommes pas passés loin.

Cabinet libéral : Le travail de télé-consultation en vidéo ou téléphone

Rapidement mis en place et bien accepté par les patients, seuls à peine 10% ont renoncé, et n'ont pas repris contact depuis le dé confinement. L'assurance maladie a facilité les soins en ouvrant une possible prise en charge en tiers payant total, l'acte de consultation s'est appelé TC + MPC+ MCS = téléconsultation.

Conclusion

Cet article rédigé en mai 2020 aura un air de lointain lorsque le BIPP sera édité. L'actualité liée à l'épidémie évolue sans cesse modifie nos façons de vivre, travailler et nous interdit de nous projeter au-delà de quelques semaines. Cela justifie la nécessité de témoigner au fur et à mesure, ce qui se lira comme un : « Au début du confinement... » deviendra probablement le premier épisode d'un récit qui comportera de nombreux chapitres, car ce n'est pas fini, la seule chose dont on soit sûrs en ce moment.

La peste : Albert Camus. ÒNFR Gallimard Paris 1947 pour l'édition papier. 2010 pour l'édition numérique. www.gallimard.fr

Le feuilletton d'Hermès, la mythologie grecque en cent épisodes. Muriel Szac. Illustrations Jean Manuel Duvivier. Ed Bayard presse. Pantin 93. Sept. 2006.

On tue un enfant Serge Leclair. Seuil. Points. Essais. 1975. Paris

Françoise Duplex - Parc Le Nôtre de St Ouen l'aumône - 8 Avril 2020

Théâtre viral

Le confinement est pour mardi... Au sein de la clinique nous réunissons tous les patients pour leur annoncer la nouvelle. Ils doivent décider s'ils se confinent sur place ou non. Une grosse moitié décide, obligée pour certains, de rester. S'organise alors le défilé de ceux qui partent. Les voitures se garent devant l'accueil, les patients chargent les valises, chaque véhicule laisse la place au suivant. Une succession de plus de 40 véhicules en 2 jours.

Tout s'est passé dans le calme, presque en silence. Tous abasourdis sans mesurer encore ce que tout cela signifie, nous n'arrivons pas à envisager la durée de l'étape à venir. Un changement d'ampleur s'impose de lui-même. Nous sommes pris par une autre logique, celle du virus.

Les perspectives s'annoncent dramatiques. Les caractéristiques du Covid s'affirment très progressivement, jours après jours. La contagiosité semble redoutable. Nous nous préparons à une quinzaine de cas avérés et à devoir hospitaliser dans des services spécialisés ceux qui présenteraient des troubles respiratoires. Chaque patient se retrouve isolé dans sa chambre, nous réservons deux ailes à remplir au fur et à mesure des éventuelles contaminations, Nous prenons les températures chaque matin. Quelques jours plus tard nous réaliserons qu'il fallait prendre cette température dans le couloir et pas dans l'infirmerie. Désinfecter l'infirmerie prend, en effet, pas moins de 4 h. Les patients entrent dans l'infirmerie prendre leur traitement s'ils ne sont pas fiévreux et attendent la réunion de 10h.

A 10h, avec patients et soignants, nous prenons la température des « humeurs », résumons ce que nous apprenons de l'épidémie et donnons les informations nécessaires à l'organisation de la journée. Les groupes thérapeutiques habituels ont lieu tout de suite après. Les activités de l'après-midi sont moins nombreuses qu'à l'accoutumée et les complications liées à la distanciation physique semblent presque impossibles à résoudre.

Une première réunion d'équipe se tient à 9H pour tout réorganiser : Les repas, le ménage, les traitements, les lieux et place des groupes thérapeutiques, isoler une « aile Covid » et définir son fonctionnement, organiser la journée, les courses, les cigarettes, les vapoteuses, continuer les soins dans ce nouveau contexte, rassurer autant que faire se peut, garder un cap, expliquer que le confinement est une phase active contre le virus.

Tout cela est facilité par le degré de confiance que les patients nous faisaient déjà, c'est-à-dire avant l'épidémie, selon leur investissement de leur trajet thérapeutique. La psychothérapie institutionnelle se montre en elle-même préventive. En temps de crise, la continuité des soins et la confiance s'affirment par ces nouveaux moyens. Soigner l'institution et adapter une stratégie de soins s'avère une évidence quand il s'agit de tout réorganiser. Une équipe opérante centrée sur le soin du patient demeure un horizon qui guide toutes les décisions. Il n'empêche : une crise est une crise et entraîne forcément des grincements de dents. La Psychothérapie Institutionnelle est d'ailleurs née d'une crise majeure : la guerre, la vraie, celle de la seconde guerre mondiale.

Pour beaucoup de patients, se confiner est d'ores et déjà le lot quotidien. Leur « norme psychosée » devient celle de tous et l'on voit parfois se dessiner un léger sourire. C'est à nous de nous diriger vers leur normalité... Nous qui passons notre temps à expliquer le bénéfice à sortir de sa chambre, nous les encourageons subitement à rester plantés devant internet. Le porno libre d'accès sur le net n'est plus, pour un temps, considéré néfaste. Si seulement notre jeune public, de 18 à 40 ans, pouvait s'approcher de trop près les uns des autres un peu moins souvent..... La thérapeutique, ça réconcilie avec le lien social. La liaison d'Eros et de Thanatos a plutôt bonne presse chez ceux qui vont mieux.

Ainsi beaucoup se trouvent encouragés dans leur « phobie sociale ». Ce virus occupe la place toujours chaude du persécuteur. Nos persécutés s'en ressentent adaptés. Le monde, devenu viral et oppresseur, justifie leurs modes de défense habituels.

Nous appelons régulièrement ceux qui ont quitté l'institution. Ceux qui sont déjà suivis en ambulatoire continuent de l'être. Ça fait pas mal de gens à appeler. Le téléphone trouve une place centrale dans cette crise. Combien de temps cela va-t-il durer ? Nous n'en savons rien. « A chaque jour suffit sa peine » est une phrase que j'ai entendue sans cesse, surtout en fin de journée. Pas mal de questions se résolvent ainsi, en laissant la nuit porter conseil.

Il convient de dire que nous avons la chance d'avoir eu rapidement le temps de dormir et de nous organiser. Nous n'avons aucun cas de contamination de patients à la clinique et notre région est épargnée en comparaison de ce qui se passe « là-haut » : les peines des collègues du Grand Est et d'Ile-de-France semblent, pour leur part, ne jamais s'apaiser.

Bien sûr, nous sommes démunis mais le virus n'est pas aussi destructeur qu'ailleurs et se battre à mains nues n'a pas le même sens. Nous étions préservés mais ne le savions pas.

Au début nous n'avons pratiquement pas de masque, rien pour nous équiper dans l'aile Covid, les comprimés de doliprane sont comptés, je crains le pire et commande quelques boîtes de Plaquenil, de Zythromax et de morphine... Sait-on jamais. Dans ces premiers jours, ce ne fut pas la panique mais une sensible agitation. Le collectif soignant travaille à apaiser ce genre de choses mais les spéculations vont bon train.

Les technocrates nationaux nous disaient les masques inutiles : ils étaient certainement en télétravail ou sous leur bureau avec un FFP2 sur le nez et pas sur un lieu de soins.

Heureusement à la clinique, il y a eu une permanence administrative qui participait aux réunions quotidiennes à 9h avec les responsables cuisine, ménage et hygiène, technique, infirmiers et tous les psychiatres. Les médecins « somaticiens » assurent les nuits, une grande partie des week-end et sont d'un conseil précieux. Le télétravail est appliqué aux rares salariés qui peuvent le mettre en jeu.

Comment organiser l'aile Covid ? Bon, d'abord notre technicien va monter une bâche à l'entrée de l'aile, la responsable hygiène nous indique qu'il serait judicieux de la situer le plus éloignée possible du centre névralgique et nous optons pour une aile du second. On commence par en créer une et nous verrons s'il y a nécessité à en ouvrir une seconde. Pour le bon fonctionnement de l'aile Covid des infirmiers se portent volontaires pour un passage à 12h de présence, ce qui compte tenu du nombre d'arrêts de travail et de postes vacants, complique dangereusement l'organisation quotidienne : Faudrait pas que cela dure trop longtemps cette histoire..... On planifie l'aile « Covid » selon le bon sens. Nous n'avons pas eu tout faux.

On verra.... On commence et puis on verra.

Le cuisinier vient de trouver dans sa réserve 800 équipements commandés par erreur voilà des années. Les masques ne sont pas géniaux mais question sur-blouses, charlottes et pour les chaussures, ça fera l'affaire. Si la contamination arrive, nous pourrons réagir, le temps d'attendre la cavalerie.

Tout fonctionne, se met en place petit à petit, ce qui nous donne confiance et nous rassure. Le confinement, l'absence de permission, la magique coopération des patients, la diligence de l'équipe, tout cela s'avère efficace. Il n'y a pas de contamination et pas de rupture des soins.

Au bout de 3 semaines, en l'absence de contamination incontrôlée et sans appel au secours de notre part, la cavalerie, fort occupée par ailleurs à encaisser le choc initial, arrive.

Un infectiologue du groupe nous fournit de précieux conseils, nous aide à concevoir plus efficacement l'aile Covid, la RH tente de peaufiner les plannings, les masques ne sont plus rationnés, on parle même de tests, ouah.... Grand luxe. Nous reprenons le dessus.

Nous passons à une autre phase : les patients les plus fragiles à l'extérieur vont bientôt nécessiter un retour, ceux qui sont partis dans des conditions précaires ne tiendront pas non plus bien longtemps.

Nous avons retrouvé un équilibre, presque de la sérénité, le sentiment d'avoir su protéger les patients et le personnel et voilà qu'il fallait envisager de nouveau des entrées et se re-frotter au danger. Assurer sa fonction, voire sa mission ne peut être toujours a-conflictuel. Nous avons construit un abri solide et ne voilà-t-il pas qu'il fallait retourner au-devant des ennuis. Tout le monde n'en est pas satisfait. Notre fonction nous oblige à l'assumer. Par gros temps, l'ampleur de l'inquiétude ne facilite pas la responsabilité du mandat. Les conflits sont inévitables et même un signe de bonne santé. Au regard de l'intensité des enjeux, ils n'ont pas manqué de survenir et de souligner la dynamique d'équipe.

Un patient que nous avons réussi à faire intégrer voici quelques semaines dans une structure médico-sociale décompense. Selon nos accords avec cette structure, nous devons le reprendre en cas de décompensation. Seulement nous n'avons pas encore organisé les conditions d'une admission tout en sachant que cela allait vite devenir inévitable. L'équipe « plan – blanc » prépare dès lors un protocole d'hospitalisation par temps de virus.

Il manquera 48h, la structure médico-sociale a adressé sur nos conseils le patient aux urgences psychiatriques mais celles-ci ont très peu de lits et prétendent qu'elles ne peuvent garder le patient. J'insiste. Les urgences disent qu'elles vont envoyer le patient dans un foyer pour SDF si nous ne l'hospitalisons pas à la clinique, bien qu'il soit complètement délirant et en nécessité de soins.... La pénurie ne concernait pas que les masques, mais aussi les places d'hospitalisation et surtout l'esprit du soin dans certains lieux, visiblement

La structure médico-sociale ne peut le reprendre, pas de personnel pour entourer un patient aussi souffrant. Notre « plan-blanc » indique que tout entrant doit bénéficier d'un test avant d'intégrer la clinique. J'ai donc un patient, testé, négatif, qui nécessite des soins que l'hôpital ne peut lui donner par manque de place, qui va se retrouver dans un foyer pour SDF dans lequel, il a tous les risques de s'infecter. Le mieux est donc de le prendre tout de suite alors que le plan-blanc ne sera officiellement opérationnel que 48h plus tard. Pourquoi 48 h ? Parce que.... Tout n'est pas prêt.

Bon, il faut parfois savoir trancher : nous « prenons » ce patient. C'est la logique même du « plan-blanc », hospitaliser tant que le test est négatif, mais ça passe difficilement. ça bouscule un peu, c'est le premier. Enfin bousculer est un euphémisme. C'est plutôt d'un registre explosif...

Les élus du personnel se plaignent d'un passage en force. Il y a décidément beaucoup d'enjeux autour de ce premier patient à hospitaliser. Avec l'hôpital, puis avec « les élus de la clinique », sans doute la direction. Toujours est-il : qui décide d'une hospitalisation ? Quel est le rôle de chacun ? La technostucture, l'assemblage inédit des élus du personnel et de la direction administrative, peut –il s'approprier des compétences médicales ? Finalement le bon sens l'emportera avec le soutien de la direction. Il aura suffi de ne pas se laisser impressionner par des accusations de passage en force, alors qu'il ne s'agissait que d'assumer sa fonction, pour que les choses ne se passent pas trop mal. Les péripéties étaient probablement inévitables. Nous n'allions pas vivre une telle expérience sans dommage dans le contexte d'une telle crise.

Nous procéderons à deux autres entrées, quelques jours plus tard, l'une et l'autre justifiées sur le plan psychiatrique mais la « pilule » passe de plus en plus difficilement.

Deux patients présents depuis le début du confinement déclarent une fièvre 5 jours après ces « ré-admissions ». N'est-ce pas là la preuve de l'orgueil de certains médecins qui admettent des patients n'importe comment? Et s'ils nous avaient amené le virus ?

Les patients fiévreux sont placés dans l'aile Covid. Branle-bas de combat, le « plan-blanc » est déclenché pour de bon, certains infirmiers, des volontaires, « passent en 12 h », les

tables sont espacées au réfectoire, il faut désinfecter à outrance, on regarde les psychiatres de travers.

Les patients fiévreux sont testés, ils sont négatifs ; le protocole exige de faire un second test deux jours plus tard : négatif également. Le tableau clinique ne ressemblait en rien au tableau Covid, pourtant fort disparate. Fausse alerte. Les 3 patients récemment hospitalisés étaient pourtant les moins suspects d'une atteinte Covid et encore moins d'être agent de propagation, étant les seuls à avoir été testés, examinés, et avoir répondu au protocole établi par l'infectiologue en pré-admission. Ils étaient les moins à-même de transmettre le virus.

Ce passage à une nouvelle étape, celle des hospitalisations de patients en période de confinement, était lancé. Les hospitalisations d'après se sont passées avec moins d'encombres. Nous étions rodés.

La clinique a ainsi retrouvé un nouvel équilibre et un degré certain d'apaisement. L'absence persistante du virus nous conforte. Nous avons réellement bénéficié du confinement et de notre capacité d'initiative. L'application des protocoles, incomplets voire inadaptés, ne rassure en rien puisqu'ils se révèlent à chaque fois décalés mais ils apportent une sorte de baume : ainsi nous avons su quoi faire. Ça autorise à aller se frotter aux choses et du même élan à chercher une solution. C'est là l'essentiel.

Au bout de deux mois est arrivée l'étape suivante tant attendue : Difficile de faire admettre aux patients que tout la France ou presque va se dé-confiner... sauf eux.

Autoriser les permissions à tous, métaboliser les inévitables écarts de ceux qui ne vont pas bien (alcool, drogues, conduites à risques) est incompatible avec le maintien d'une clinique en état de marche par temps de Covid, celle qui saurait continuer à soigner, à accueillir, à protéger ceux qui ne vont pas bien, à continuer d'accueillir ceux qui cognent à la porte. Créer des « clusters » serait inacceptable et incompatible avec la poursuite de notre mission.

Cela se tient, mais quel est l'enjeu ? Rester soignant et accompagner les patients dans leur émancipation ou maintenir la clinique fonctionnelle. Les deux mon général. Il est urgent de temporiser : un seul patient qui prendrait des risques pourrait contaminer toute la clinique.

Le souci, bien que tous les autres lieux de soins de la région en fassent de même, est que le seul mot de dé-confinement représente pour beaucoup la fin des restrictions. Se faire livrer tout et n'importe quoi, obtenir des toxiques, jouer à cache-cache avec les règles se révélerait vite inévitable. Dans un théâtre Covid, les évolutions sont inhabituelles : un seul écart peut entraîner des conséquences dramatiques.

L'épidémie a atteint certains Ehpad, mais la région a par ailleurs été globalement épargnée. Notre clinique en particulier. Malgré toutes les péripéties, les conflits, une seule atteinte à déplorer : un soignant contaminé, confiné à temps et guéri sans séquelle. Les patients ont joué le jeu, se sont parfaitement adaptés, y compris les plus fragiles. Notre organisation a été efficace de par la contribution et l'effort de tous. De plus, nous avons eu de la chance.

D'ici quelques jours nous ré-évaluerons les possibilités de dé-confinement. Pas de précipitation, du discernement, attitude pour le moins responsable et justifiée face à un tel fléau, dans un tel lieu de soins.

Mais au-delà de la prudence, il importe d'être attentif.

Une telle crise permet ainsi une lecture aiguisée de ce que nous avons habituellement sous les yeux sans le voir. La fragilité se révèle par définition...moins solide, à savoir qu'elle résiste plus mal à l'épreuve des faits. Le « semblant » par temps de pandémie risque l'écroulement. Les crises sont impitoyables pour ce qui n'est qu'apparence.

Ainsi la question de l'autorité vint en débat.

Les patients, mécontents de ne pas bénéficier de la première phase de dé-confinement font tourner une pétition réclamant la possibilité de permissions. Sont-ils des citoyens comme les autres, ayant donc droit au dé-confinement usuel ? Ces dernières années ont été riches en termes d'intégration et de « dé-stigmatisation ». Il est donc normal que les patients s'en émeuvent. Mais il est peut-être question d'une confusion : le dé-confinement immédiat ne paraît pas inopportun parce qu'ils ont des troubles psychiques mais parce qu'ils vivent au sein d'un groupe d'individus !

A l'évidence, leur déficit d'autonomie, provisoire ou pas, les oblige à rester au sein de l'établissement. Cet état de fait est lié à leur pathologie, c'est certain. Pour autant, les précautions qu'implique le Covid, sont liées à leur mode de vie en « communauté », à la facilité de transmission du virus d'autant plus que soignants et patients sont parfois à risque, d'où la nécessité de lutter contre la propagation.

La politique d'intégration du patient, tant à l'école qu'au travail en passant par les services publics, qui « confine » parfois au déni, se trouve prise en défaut.

Par temps de crise, certaines choses s'éclairent et particulièrement la question de la dépendance. S'ils ne sont pas d'accord et que rien ne les retient, ils ne se trouvent pas pour autant en possibilité de partir. Même à titre provisoire, pour certains, l'indépendance est difficile à envisager. La communication autour de la question de l'égalité et de la dé-stigmatisation se révèle sous une lumière plus crue : Ne s'agit-il pas que de « communication ». Ce faire-semblant d'autonomie ne cache pas les nécessités d'hospitalisations parfois longues et la prise en compte de réelles dépendances. Nous n'avons pas tous les mêmes ressources face à l'adversité. L'égalité est un objectif plus facile à atteindre pour ceux qui vont bien. L'objectif premier est de soigner. L'égalité suit et ne précède pas. Réservons donc nos ressources aux soins et soyons plus prodigues en campagnes de « com » qui ne les remplaceront pas. Ce n'est donc pas sur la « com » que devrait reposer l'autorité.

Par ailleurs d'autres pistes de réflexions s'ouvrent à la faveur de cette crise

Concernant la question du savoir. Avons-nous besoin de médecins ou d'experts ?

Bien entendu, un savoir dit « expertal » se repère facilement sur internet et des recherches scientifiques mal assimilables et ambiguës sont à portée de clic. Mais l'information, l'expertise, ne font pas le praticien !

Un savoir standard, « protocolisé », mis en forme, fabrique au mieux des clones, pas des médecins. Un savoir a besoin d'être mis en action par quelqu'un qui connaît le terrain. Un médecin, selon Hippocrate, selon l'éthique, accompagne son patient y compris là où il n'existe pas de thérapeutique, d'espoir, ou de technique, tout en s'adaptant aux conditions cliniques de sa spécialité. C'est évident en psychiatrie. Il décide selon l'esprit du soin. La médecine n'est pas uniquement question de savoir et de technique mais aussi de responsabilité, d'éthique, d'expérience, d'accompagnement.

Le même mot soutenu par un médecin ou quelqu'un qui ne l'est pas n'a pas la même portée. On nous le reproche assez... « Je lui avais dit la même chose Docteur, mais évidemment, si c'est vous qui le dites... » Combien de fois avons-nous entendu cette phrase ?

Concernant l'organisation des soins, nous avons la chance au sein de notre clinique de bénéficier d'une direction à la fois administrative et médicale. Cela évite bien des écueils.

Une unique direction administrative ne peut palier à sa méconnaissance de l'exercice du soin, à sa distance des pratiques, si ce n'est par le clivage.

L'art médical est un exercice qui réclame de savoir poser les conditions d'une hospitalisation, qui impose de savoir cerner le moment d'une intervention, qui impose parfois d'oublier momentanément le règlement, qui impose dans le même élan de poser des limites qui aient un sens, qui impose d'adapter les protocoles, qui impose de s'adresser à d'autres médecins et d'accepter un contrôle permanent entre pairs, qui impose de ne pas passer de l'indifférence à une trop grande empathie selon ses humeurs, qui impose d'être prévisible et en faveur du soin, qui impose de poser la question du sens à chaque opération, qui impose de ne pas mépriser ce qui ne s'insère pas dans un « reporting ou un tableau Excel » qui a fait ses preuves dans l'aéronautique.

De nombreux témoignages, concernant des établissements tant publics que privés, vont pourtant dans ce sens. C'est une dérive qu'il s'agit de dénoncer à son juste niveau.

Comment un médecin est-il contrôlé dans un tel système : en étant cerné.

Comment le cerner : par une multitude de « petits chefs » !

Il suffit de « petits chefs » pour obtenir un clivage qui dépossède le médecin de son outil de soins. Mais la conséquence en est d'obtenir un degré de désorganisation, de procédures absconses, de luttes d'influence et de petits territoires, de morcellement de l'action. Une fois installé, le clivage se propage.

Un clivage n'est pas un conflit et tend même à l'annihiler. Un conflit débouche sur une élaboration commune. Un clivage fait monter les haines issues de situations inextricables. Diviser pour mieux régner reste un vieux classique qui se révèle dans les faits parce que le découpage étanche des fonctions est tout simplement impossible. Ce qui devrait être articulé se retrouve découpé et isolé.

Le clivage crée donc des institutions en crise.

Le patient risque de devenir un intrus au sein d'une institution qui fonctionne pour elle-même, au rythme de ses propres péripéties. A sa tête, un administrateur n'a pas besoin

de voir, ni même de savoir à quoi ressemble un patient. Il lui suffit de « petits chefs » au rapport.

Deux autres éléments, déduits du terrain et transposés à l'échelle des tutelles, méritent d'être soulignés.

Nous n'en serions pas là si la haute administration sanitaire était organisée sur un modèle démocratique à savoir celui de la mise en place de contre-pouvoirs. Si la HAS contrôlait ce que propose le Ministère de la santé au lieu d'être un outil de la « managerisation » du soin, cela se passerait autrement et nous n'aurions pas baissé la garde. Une instance qui appuie autant son action sur « la qualité des soins », les retours d'expérience, « les comités de gestion des risques », « les recommandations de bonne pratique », les normes, les certifications, ne devrait pas survivre en l'état à ce qui vient de se passer. La HAS devrait se vouer à dire si les propositions ministérielles sont acceptables, si rien n'a été oublié, si les budgets sont convenables. Ce serait déjà précieux.

Par ailleurs, éviter le clivage entre les instances de décisions devrait être un souci constant. Cela pourrait être utile quand une administration décide de diminuer les capacités d'hospitalisation sans tenir comptes des nécessités de santé publique.

Mais imaginons un autre exemple :

Si la concentration de virus dans les centres d'épuration des eaux usées était le meilleur indicateur de la reprise d'une épidémie, puisqu'il la signalerait avant même le début des symptômes chez les patients (ceux-ci éliminent le virus par voie digestive en amont des manifestations cliniques), celui qui posséderait ces données serait le premier prévenu de l'actualité de l'épidémie. Supposons que cela soit le ministère de l'intérieur. Il disposerait alors d'informations avant le ministère de la santé, voir pourrait faire valoir sa supériorité en matière de politique sanitaire et demander, par exemple, à ce que dès lors les ARS dépendent de sa juridiction. Ce n'est que spéculation à titre d'exemple.

La multitude des « petits chefs », la perte de l'objectif commun, sont des dangers qui sautent aux yeux en période critique. L'organisation des soins à l'échelle nationale mérite certainement un re-examen en profondeur. C'est une question politique et non le produit d'une lutte entre administrations, une question de cohérence et non de clivage.

Le 30 mai 2020

Patrice Charbit - Directeur médical Clinique St Martin De Vignogoul - Groupe OC Santé

Une sirène confinée

« Je sais ce que tu veux, s'écria [la sorcière] en apercevant la princesse ; tes désirs sont stupides ; néanmoins je m'y prêterai, car je sais qu'ils te porteront malheur », Andersen, La petite sirène.

Le confinement est annoncé. Situation inédite. Adaptation nécessaire. Et continuité nécessaire. Il n'y a donc pas de rupture, les séances continuent par téléphone. Seuls deux patients suspendent les séances, ce qui ne m'inquiète pas, ils ont de la ressource et vont plutôt bien en ce moment. Mouna part à la montagne avec des amis. Nous continuons nos deux séances par semaine. Quand elle vient au cabinet, elle s'allonge sur le divan. Là, elle marche dans la montagne, s'assoit au bord d'une rivière que j'entends. La voix sans présence physique crée pour moi une concentration particulière et une proximité émotionnelle. D'autant que cette période est pour nous tous remuante. Je reste chez moi, je fais souvent les séances sur mon lit, c'est moi qui m'allonge, me dis-je avec amusement.

Mouna vient depuis trois ans environ, nous nous connaissons bien. C'est une jeune femme lumineuse, aux prises (entre autres) avec un abus sexuel survenu dans l'enfance et dont elle n'a pas de souvenir précis, juste quelques images autour. Un abus par quelqu'un de très proche, qu'elle aimait, elle avait 5 ans. Des traces dans son corps, un surpoids, des luxations répétitives de la mâchoire.

Je suis allongée sur mon tapis, j'entends la rivière dans le téléphone et je lui parle de la petite sirène. Il y a une sensorialité très différente de ce qui peut se passer au cabinet. Les positions ne sont pas prédéterminées, je peux l'imaginer, voir la montagne, la rivière, puiser dans mes propres souvenirs de vacances, ressentir la fraîcheur du torrent sous les arbres après une longue marche escarpée. Et je suis chez moi, libre de mes mouvements, je m'allonge, je m'assois, je me déplace, j'ai les écouteurs dans les oreilles. Au cabinet ou en téléconsultation par vidéo, je suis happée par la vue, tenue de rester à ma place. Là, je me sens invitée à me décaler.

Ma mère m'a beaucoup fait écouter la petite sirène quand j'étais enfant, ce conte de Andersen qui m'a laissée un souvenir de tristesse infinie. Mouna est une grande fan du film de Walt Disney. Je l'invite à découvrir l'original.

J'évoque le mensonge (pour moi) dans la version de Walt Disney et le malentendu sur lequel les enfants peuvent rester fixés plus tard, devenus adultes. Je lui parle de la version au théâtre de Cendrillon de Joël Pommerat. Et justement, elle voit qu'Arte le propose gratuitement cette semaine-là, un effet du confinement : beaucoup d'œuvres peuvent être vues sur internet. Elle regarde ce spectacle. A la mort de sa mère, Cendrillon croit comprendre que sa mère lui dit de ne jamais cesser de penser à elle plus de 5 minutes pour qu'elle ne meure pas. Cendrillon organise sa vie autour de cette injonction et finit par comprendre à la fin que sa mère ne lui a pas demandé ça, ce qui la libère enfin.

Nous revenons à la Petite Sirène. A l'échange imposé par la sorcière : je te donne des jambes, tu me donnes ta voix. Je te fais croire que je te donne ce que tu demandes, je te prends ce qui te permettrait de trouver ta place dans le monde. Car sans sa voix, la petite sirène ne peut pas gagner l'amour de son prince et est condamnée à mourir. Nous faisons un parallèle avec son histoire : Mouna demande de la tendresse à cet adulte qu'elle aime, il lui fait croire que c'est ce qu'il lui donne et il lui prend sa confiance dans le monde, sa capacité à vivre une relation amoureuse satisfaisante quand elle

est devenue adulte. Il y a un mensonge et cela crée un malentendu : Mouna croit que c'est elle qui n'est pas capable de créer une relation tendre.

Mouna est chanteuse. Pendant le confinement, elle écrit une chanson sur cette expérience traumatique de son enfance. Et avant de rentrer à Paris, elle invente avec ses amies une sorte de cérémonie dans cette rivière pour se laver de ce qu'elle portait comme sa faute. Nous nous retrouvons au cabinet. J'essaie de ne pas oublier cette expérience du confinement où la présence du corps, paradoxalement, a été beaucoup plus palpable pour moi que dans le quotidien du cabinet, avec ses places bien attribuées. Je prends à nouveau conscience de l'illusion du « cadre analytique ». Le cadre est à l'intérieur de l'analyste, dans sa capacité à entendre et à ressentir, pas dans le fauteuil ou le divan.

En relisant le conte d'Andersen, je découvre que la petite sirène veut avoir une âme immortelle, elle ne veut pas devoir mourir et disparaître. Je suis frappée par cet aspect du conte. Je réalise que cette façon que nous avons de rester fixé à nos traumatismes a aussi le pouvoir de suspendre le temps, de nous faire oublier que nous mourons, et la vie peut passer ainsi sans que nous nous y accrochions. Cette épidémie nous ramène à notre condition de fragilité, de mortels. Et mon émotion à visiter ainsi ce conte avec Mouna a un lien que j'essaie de penser avec cette expérience que nous avons tous partagée. Et je laisse ouverte une exigence : comment garder, dans l'espace contraint du cabinet, cette liberté à voyager dans les émotions, les souvenirs, l'histoire du patient, l'actualité, et notre propre histoire.

Karine Le Marois

Parcours varié d'un psychiatre privé en temps d'épidémie

Subitement, le confinement s'installe et pendant quinze jours, aller au cabinet, c'est rouler dans des rues désertes et silencieuses. Les bruits des voitures, des motos ne manquent pas. Les petites familles, avec de jeunes enfants, font des sorties timides sous les regards attendris ou offusqués de quelques passants. Des personnes âgées errent, esseulées, dans de vastes espaces où l'on cherche désespérément à croiser un regard, échanger un sourire, quêter un bonjour. Les pigeons marchent comme des sénateurs sur les grandes avenues. Les oiseaux s'enivrent de leur chant qui résonne dans les rues. Des rats et souris sont à la recherche de nouvelles cambuses et se promènent sans crainte. Un monde étrange du silence humain est en train d'apparaître dans cette nature révélée au cœur des villes et sous ce beau ciel bleu inflexible. Une terre de contraste entre ces détails si simples si beaux et ce silence de morts. Les humains sont comme des orphelins dans la quête d'une mère nourricière.

Le cabinet est bien vide et rapidement la téléconsultation se met en place. C'est une découverte pour moi et dans un élan de novice, je surfe sur FaceTime, à Skype et Whatsapp. Tous les patients commencent les entretiens avec une attention bienveillante et me demandant si je vais bien. Certains, avec des images chaotiques, me font visiter leurs appartements, maisons ou jardins. Je retrouve des réflexes des visites à domicile avec cette attention centrée sur le patient. Le rythme des téléconsultations est très soutenu et souvent les patients appellent sans délai. Avec amusement, je constate que ceux qui sont volontiers en retard, quand ils viennent au cabinet, sont d'une ponctualité exemplaire. Ils confirment bien à quel point les retardataires ont horreur de patienter. Je demande à tous d'attendre mon appel pour garder ce court temps de respiration afin de quitter un patient avant d'en retrouver un autre.

La téléconsultation se révèle tout de suite, à mes yeux, comme une alternative heureuse à la consultation. Elle est nettement préférable à un entretien téléphonique mais ne peut pas remplacer, sur du long terme, les consultations au cabinet. L'ensemble des patients exprimera l'envie des revenir à une présence authentique. Venir au cabinet sera indispensable pour un certain nombre de patients : des personnes âgées, des victimes de maladies ou d'accidents avec de longs séjours en hôpital, des célibataires isolés ou des gens en couple ou en famille mais soumis à des tensions. Le rythme des consultations est parfois compliqué quand il faut passer des consultations au cabinet aux téléconsultations.

Dès la troisième semaine, les camionnettes des artisans reviennent dans la circulation. Les demandes de retour au cabinet se font plus insistantes devant la lassitude et l'ennui qui s'installent mais aussi la crainte de l'avenir. Le manque des autres devient comme un refrain.

Pour la quatrième semaine des attitudes étranges se remarquent dans les rues. Des joggeurs courent au milieu de la route et des piétons traversent avec des airs de défi de gladiateurs : sans doute l'envie d'une reprise de contact brutale. Des automobilistes font aussi des excès de vitesse rarement vus. La coquille du confinement se craquelle et se brisera encore plus avec les annonces catastrophiques du dé-confinement : la *deuxième vague encore plus terrible*, une population *pas assez immunisée* et les vieux qui seraient mis *sous cloche*. La tristesse et la lassitude viennent éteindre le bel enthousiasme de la solidarité. Il faut toujours atténuer ces effets d'annonce malheureux.

Aujourd'hui, les rares patients qui avaient décidés de se confiner totalement, et se retrouvent avec des phobies majeures, reprennent contact en téléconsultation pour entreprendre un retour vers l'extérieur qui se fait finalement assez vite en deux trois rendez-vous. Pendant toute la durée de l'épidémie et donc encore aujourd'hui, une partie des entretiens est consacrée à l'actualité virale. Ce travail a permis, et permet encore, aux patients de ne pas subir des paniques irrationnelles entretenues par des médecins prédicateurs et des journalistes avides de sensationnel. J'ai réalisé aussi toute l'importance de notre métier de psychiatre et j'ai senti combien ce travail était indispensable pour nos patients. Une place particulière entre notre attention au corps,

à la médecine et cette dimension humaine, clinique. *Nous sommes irremplaçables !* Que réserve l'avenir ? Face à une science débordée et imprécise, l'incertitude montre qu'elle ne nous a jamais abandonnés.

Michel Jurus

Confiné : s'en sortir sans sortir !

L'immense majorité de la population actuelle n'a pas connu la sirène de bombardement, les caves, l'exode, la perte de plusieurs enfants, d'un mari, chair à canon sur le front des guerres dévastatrices. Le peu d'aînés qui restent, risquent d'être décimés par la vague du coronavirus.

Pourtant, tout cela est fortement inscrit dans notre histoire : celle que nous ont racontée avec pudeur nos aînés, masquant le pire de ce qu'ils avaient vécu, celle qui s'est inscrite dans notre inconscient collectif. Pas étonnant que l'angoisse soit décuplée quand il est dit que *nous sommes en guerre*, que cela va durer, et qu'il faut se confiner pour que soi et les autres vivent.

Pas étonnant, donc, que l'on voit se réveiller des comportements irraisonnés d'accumulation de produits, et pas seulement de première nécessité, de phobies tout aussi irrationnelles qui dépassent les recommandations de distanciation sociale, de confinement et d'hygiène stricte. Nous l'avions déjà connu avec le virus du sida et la propagation d'un délire xénophobe à l'égard des homosexuels, des marginaux et des toilettes publiques. On ne peut reprocher ces réactions de défense d'une population insécurisée, contrainte, envahie par la peur, cherchant à se protéger coûte que coûte d'un danger invisible, quitte à se perdre dans des comportements impulsifs sur un mode grégaire, comme on le voit actuellement quand des professionnels de santé sont enjoins à quitter leur domicile sous la menace de voisins. C'est triste mais logique.

Trouver le bon dosage entre une information précise et insistante sur les recommandations à suivre, sans effrayer, sans exacerber ces comportements irrationnels, est un exercice politique difficile. Certaines personnes comprennent vite : professionnels de santé, militaires, forces de police qui savent identifier les dangers et instaurer un protocole de protection adapté. Pour les autres, nous vivons dans un pays où la liberté individuelle de se déplacer et de jouir de la vie est un droit acquis, tout au moins pour celles et ceux qui en ont les ressources personnelles. Et pas question de rogner sur ces droits, au risque d'assister à des attitudes violentes à l'égard des personnes chargées de faire respecter le confinement, et d'y soumettre les individus. Les comportements égoïstes et provocateurs se sont multipliés au début de l'épidémie, et il est à craindre que cela se poursuive quand le narcissisme prend le pas sur le respect des autres.

Autrement dit, il s'agit d'apprendre la frustration de ses envies, l'obéissance aux règles de restriction de la liberté. Ça rappelle l'adolescence, et bien évidemment la rébellion qui s'y associe. La logique doit faire place à la raison, celle d'une prise de conscience de chacun.

Peut-on espérer qu'une telle crise ouvre les individus sur le collectif, avec une dimension d'empathie et de respect de l'autre comme condition à la liberté ? Je le crois et l'ai écrit dans un livre, *Quand la crise devient une chance**. C'est aussi vrai pour les enfants, et la dimension éducative que cette situation insolite leur apporte. Il s'agit de penser à l'autre, à sa souffrance au regard de la sienne, plutôt que de se contenter de plaisirs immédiats. Penser à l'autre, c'est prioriser une capacité empathique, ce qui manque cruellement dans notre société : prendre des nouvelles, aider, respecter les personnes engagées et en danger (police, pompiers, soignants, caissières...). Et on le voit actuellement, de nombreuses initiatives vont dans ce sens, comme ce fut le cas sous l'occupation et la résistance à l'ennemi. Mais beaucoup reste à faire.

On entend çà et là *l'homme est capable du pire comme du meilleur*. Le pire, on le connaît bien, il est si répandu : barbarie, sadisme, profit, trahison, abus de pouvoir et de faiblesse, particulièrement de la part du sexe dit fort, et qui exerce sa force, pour ne pas en douter et pour en jouir. Dans cette période de confinement, les violences conjugales, principalement celle des hommes, sont en augmentation. Quant aux violences familiales, elles sont *partagées* car les femmes, généralement en première ligne, doivent faire face à la multiplicité des tâches et, confinement oblige, assurer leur télétravail et les enfants en continu, y compris le scolaire.

En pratique, comment faire face à cette crise, individuellement et collectivement, et faire que ce confinement ne soit pas que négatif, qu'il soit l'occasion d'un progrès social et personnel.

Travail et engagement

En période de crise grave, quelle qu'elle soit, il s'agit d'aller à l'essentiel, mais de préserver cet essentiel. Aujourd'hui, ça suppose de hiérarchiser les priorités, d'ajuster leur compatibilité avec la réalité du confinement, d'évaluer les risques (tenue des élections, fonctionnement de certaines entreprises, tenue des examens, déplacement...), et de faire des choix, certes, souvent douloureux, mais indispensable. Quand le froid est extrême, les pingouins sur la banquise adaptent le flux sanguin pour éviter que les organes vitaux ne se refroidissent trop. Une fois sur deux, leurs extrémités ne sont pas irriguées par la circulation sanguine. Il en va de même en temps de guerre, comme en temps de crise du Coronavirus, on se recentre sur la vie et la solidarité sociale afin d'éviter un désastre total.

Il est beaucoup question de la fracture numérique, en fonction de l'âge, et des zones blanches. Cette crise oblige à s'adapter de gré ou de force aux nouvelles technologies quel que soit l'âge et le lieu d'habitation tout en sachant qu'il y aura des laissés-pour-compte. On peut observer que le développement du télétravail, des téléconsultations et de la visiocommunication fait un bond en avant, sans pour autant perdre la qualité du lien social à condition d'y veiller. Si les jeunes générations sont tout à fait à l'aise

avec les technologies numériques, il leur appartient d'enseigner à leurs aînés (parents, grands-parents, professeurs) leur simplicité d'usage.

Le confinement modifie le rapport au temps et à l'espace. Ce peut être l'occasion de reprendre un travail de fond qu'on a tendance à différer quand on est pris dans le rythme frénétique de la vie dite normale. Réorganiser ses priorités de travail et d'engagement, réfléchir, lire la presse professionnelle entassée, écrire l'article ou le livre qu'on s'était promis de réaliser...

Mens sana in corpore sano

Le confinement ne veut surtout pas dire absence d'activité physique. Bien au contraire, cela devient essentiel. L'anxiété et l'ennui, la mise en danger financière et professionnelle vont nous conduire à fumer et à boire plus que de raison, à grignoter pour s'apaiser, à perdre un rythme de vie structuré. Or, justement, c'est tout le contraire qui permettra de tenir dans la durée face à ces conditions impropres à la vie. Facile à dire, pas facile à faire, il faut veiller à préserver un rythme proche de ses habitudes, tout en se donnant le temps et l'opportunité de valoriser ses actions.

Pourquoi pas une sieste, mais à condition de se lever en respectant son rythme circadien. Pourquoi pas un apéritif, mais à condition d'avoir une activité physique quotidienne. En fait, le confinement a une fâcheuse tendance à faire grossir. Au lieu d'une 1/2 portion pour une 1/2 activité, on est plutôt sur une double portion en absence d'activité.

Avoir le temps peut permettre de s'initier à la relaxation et la méditation, une approche utile pour contrer l'anxiété et lutter contre la tendance inévitable à déprimer dans ce contexte.

Sans contact

Sans contact ne veut pas dire sans chaleur ni affect. Au contraire, il est important de veiller à témoigner une affection à ses proches, ses collègues, ses relations. Si les rapprochements sont possibles en famille, c'est douloureux pour les personnes exposées, surtout les soignants, qui subissent un double confinement dans leur habitat pour éviter de contaminer leurs proches.

Le premier contact devient le regard, la parole et l'écoute qui peuvent préserver l'essentiel. Prendre le temps d'écouter son enfant, réapprendre à vivre ensemble, à jouer, rire, se parler vraiment devient un bien précieux, bien plus que d'avoir les yeux rivés sur son portable. La visiocommunication est apte à préserver ce bien, y compris avec les personnes que l'on a tendance à négliger pour cause d'éloignement, de fossé générationnel, de rythme frénétique.

Le bricolage, les rangements, le réaménagement de la décoration, la création d'objets sont un moyen de ne pas s'ennuyer, mais au-delà de ça, d'exercer sa créativité, ce qui est la meilleure garantie pour ne pas sombrer dans l'angoisse et la dépression.

Ressortir les photos, les souvenirs de voyage, faire des projets pour l'après-confinement, c'est un bon moyen de tenir, et aussi de recentrer sa vie, d'oser réaliser un projet jusque-là différé.

La cohabitation

Il est bien plus aisé de subir le confinement quand on vit dans une maison avec un jardin et de l'espace pour soi et pour les enfants. On peut s'isoler, avoir des activités physiques telles que jardiner ou construire une cabane. On peut aussi préserver les moments intimes et la sexualité.

À l'opposé, le confinement familial dans un petit appartement est une épreuve extrêmement pénible, avec un risque de violence et d'exacerbation de tensions à tous niveaux, source de ruptures et de divorces, comme on le voit à Wuhan dans l'après-confinement.

Comment s'organiser quand on a besoin de calme pour télétravailler ou téléconsulter son médecin ? Certains patients vont même se confiner dans la voiture pour me téléconsulter. Il est important de faire respecter une discipline familiale afin de ménager ces temps intimes.

Cohabiter, c'est aussi faire ensemble et participer : la cuisine, les tâches ménagères, le relais pour les courses, sortir le chien. Si, comme à l'habitude, ces tâches pèsent principalement sur une personne, souvent la mère, il y a fort à parier qu'elle n'y résiste pas dans la durée.

Cohabiter, c'est aussi soutenir la personne qui déprime, ne serait-ce que pour que ça ne gagne pas toute la maisonnée. Mais comment ? Il faut l'aider à relativiser, lui parler de ce que nos aînés ont vécu bien au-delà de ce confinement momentané, lui préciser que c'est justement parce qu'ils ont tenu contre vents et marées, qu'il vit et qu'il retrouvera lui aussi sa liberté.

La solitude

Les circonstances d'éloignement familial associé au grand âge, célibat ou veuvage imposent un isolement, ce qui est différent que de vivre seul. Certaines personnes vivent bien seules, et même en ont fait le choix. Le confinement complique leur vie mais ne creuse pas la solitude.

Pour les personnes qui subissent l'isolement, la solitude conduit à la dépression et à la perte des capacités de vie, notamment le glissement cognitif des personnes âgées vers la sénilité. Si on ne laisse pas seuls ses aînés, si on prend soin d'eux, il revient à eux aussi de solliciter leurs proches. Ils doivent rester actifs. On doit leur imposer de téléphoner, de se mettre à la fenêtre, de faire la cuisine, de prendre des nouvelles de leurs voisins, de ne pas hésiter à faire appel à leurs proches et aux nombreux bénévoles, toujours prêts à leur rendre service.

Quand on est seul, il faut donner de la valeur à tous les actes quotidiens pour rester vivant.

Parent ou professeur ?

Suivre le cursus scolaire est bien entendu nécessaire, mais le suivre strictement pour ne pas perdre le rythme des apprentissages, cela peut relever de l'anecdotique. Pensons au pingouin.

S'il reste essentiel d'avoir une activité cognitive, intellectuelle, de poursuivre l'apprentissage, il est bon de profiter de ce rythme particulier du confinement pour s'autoriser à découvrir des champs inexplorés de la connaissance. Regarder

ensemble des documentaires, les commenter, faire une recherche historique, ethnologique, est aussi précieux que de suivre le programme.

Les parents ne sont pas des professeurs, ce qui leur permet au passage de mesurer la difficulté de ce métier avec des enfants rétifs. Si l'on veut éviter d'écraser ses enfants sur le mur, mieux vaut se limiter à un accompagnement de l'autonomie, sachant que tout ne sera pas bien fait en temps et en heure, ni parfaitement. Qu'importe, pourvu que la culture ait son mot à dire et que la curiosité des enfants soit entretenue, y compris sur les questions d'actualité.

Réseaux sociaux, oui ou non ?

Nous avons vu que les outils numériques sont un précieux cordon ombilical qui permettent de communiquer, y compris sur un plan affectif. Heureusement, ils sont là, facilitent la présence et l'échange virtuel pour le bien de tous. Ils permettent aussi la poursuite de la vie scolaire, n'en déplaît à certains enfants.

Premier écueil : l'usage abusif des réseaux sociaux sans prise de distance critique face aux multiples informations, au fake news et prises de position tronquées. C'est autant un problème pour les adultes que pour les adolescents. Donc, un usage modéré en décryptant la bêtise.

Deuxième écueil : l'usage abusif des écrans dans un contexte de jeux vidéo avec un risque addictif, mais aussi le repli sur soi sans exercice physique ni communication présente. C'est un problème pour les enfants, adolescents et adultes qui remplacent le foot/bière par la consommation effrénée de jeux vidéo, au mépris de leurs obligations, du soin et du soutien qu'ils ont à apporter à leurs proches.

Il faut savoir se déconnecter, pour autre chose de concret, de physique, de créatif. Il faut aussi s'autoriser à imposer la déconnexion à l'enfant, et à celui qui se comporte comme un enfant.

Contamination : angoisse et réalité

On le sait maintenant, après l'avoir minimisé, la contagion par le coronavirus est importante. On sait aussi que la contamination peut conduire à la mort par pneumonie interstitielle très sévère. Il est logique d'avoir peur, et cette logique doit conduire à la logique du confinement.

La peur peut confiner à l'angoisse, avec des réactions hypocondriaques et des symptômes qui peuvent ressembler à une atteinte virale. Seul un médecin peut conclure sur la contamination.

Toutes les personnes en première ligne, particulièrement les soignants, risquent leur vie, sont durement mis à l'épreuve et touchés par ce que l'épidémie leur oblige à faire et à vivre. Un soutien personnel, psychologique et psychiatrique, est déjà mise en place afin de les aider, d'éviter les suicides et l'effet dévastateur des traumatismes. Cette aide n'empêche pas la souffrance, mais elle est indispensable pour ces soldats-soignants face à la guerre sanitaire. L'aide devra être poursuivie bien au-delà de l'épidémie. La reconnaissance du travail et du sacrifice fourni par les soignants ne peut se contenter d'applaudissements forts bienvenus, mais qui ne suffisent pas. La véritable considération passe par des revenus décents en relation avec le travail fourni en temps et en investissement.

En deuxième ligne, les proches des soignants et tous les intervenants gérant le confinement. Ils ont peur pour eux et pour leurs proches sur le terrain. Il est important de leur apporter un soutien psychologique, et pour les intervenants, tout ce qu'il faut pour se protéger réellement.

Il n'y a pas de héros, même si la situation oblige à des efforts héroïques. Autrement dit, les soignants ne doivent pas garder pour eux, comme ils ont tendance à le faire, la souffrance face à ce qu'ils vivent. D'autant qu'ils subissent le double confinement et la peur de contaminer leurs proches. Ceux-ci doivent les inciter à appeler les plateformes d'aide psychologique.

L'après-coup et l'espoir du « plus jamais ça »

On le sait, tout le monde y laissera des plumes, sur le plan financier, professionnel, et même personnel avec la recrudescence de conflits entre proches, des mots de trop et des divorces. L'aide psychologique est, et sera nécessaire pour éviter les déchirements et les dépressions.

« Plus jamais ça », on l'entend tout en sachant que cela risque fort d'être toujours comme avant, car les enjeux économiques et politiques sont plus forts que l'intelligence humaine. La société a besoin de penseurs, non de donneurs de leçons ni de ceux qui profitent politiquement de la situation. Dans un contexte de mondialisation décomplexé, et en roue libre sur la pente dangereuse du péril écologique, et maintenant épidémique, qui prendra le leadership pour tenter d'infléchir la course en avant vers une destruction de l'humanité ? Aujourd'hui, des personnalités politiques déclarent qu'elles vont œuvrer dans ce sens.

Qu'en sera-t-il, une fois l'épidémie circonscrite ? Qu'en sera-t-il quand il faudra reconstruire l'économie ? Qu'en sera-t-il quand les marchés financiers spéculeront sur la crise ? Et qu'en sera-t-il quand des pays tenteront de gagner des parts de marché au sortir de cette crise ? Alors, plus jamais ça ? Si tous l'espèrent dans leurs déclarations, qui le mettra en pratique ?

La population est partagée entre l'espoir de retrouver sa liberté et son confort, et celui de se tourner vers un autre mode de vie plus proche d'un rythme humanisé et plus respectueux de l'environnement. On ne peut pas gagner sur tous les registres. Alors, plus jamais ça ?

Une frange de la population a déjà changé ses habitudes de consommation, son mode de vie, son rapport au monde et aux autres. Aucun gouvernement politique actuel ne leur donnera la parole. Il leur faut la prendre, il nous faut la prendre dans un débat citoyen.

** Quand la crise devient une chance, Eyrolles, 2018.*

Thierry Delcourt, psychiatre, pédopsychiatre

La crainte de la désorganisation

Un jour, une annonce, en deux temps : la fermeture des écoles et le confinement. Une réalité inévitable. Une annonce faite par l'autorité de l'Etat : le Président de la République. Une annonce avec effet immédiat : collapsus du temps. D'où un effet de sidération – puis d'un emmêlement – puis la perception comme en double d'une partie de moi dans un impératif vital de devoir maintenir une organisation et l'autre partie dans une grande difficulté de maintien d'une organisation – quel ordre pour tout ce désordre ?

Le confinement : un mot devenu depuis un implicite dans le langage collectif. Malgré une représentation partagée de ce mot... ce que cela implique, le vécu, reste singulier selon les métiers, les familles, le réseau social de chacun.

Il y a alors quelque chose en moi qui se refuse à écrire lisiblement pour autrui. Mon écriture m'est à moi évidente. Le message m'est très clair, spontané, comme lorsque je pense, ou que je rêve. L'implicite de mes mots rend superflues certaines explicitations supplémentaires. De là à rendre compte de ce message afin qu'autrui le lise, il y a tout à coup un chemin ardu que je me refuse dès lors à emprunter.

J'écrivais donc : fermeture de tous les lieux de travail qui ne seraient pas des lieux d'absolue nécessité, des lieux de besoin : manger, soigner. Interdiction de circuler sauf pour le strict nécessaire : une heure de promenade par jour. Une prison chez soi. Fermeture du travail psychique ?

Une sidération : nécessité d'une soumission à une injonction énoncée par une autorité, injonction consécutive à l'avis d'un comité scientifique jusque-là inconnu, appuyée de chiffres bruts sans nuance, sans comparatifs. Chiffres à la volée, chiffres jetés, chiffres dépourvus d'un sens, chiffres de notre angoisse montante ? Chiffres de médias.

Oscillation entre des moments d'angoisse liés aux effets du flux incessant, intrusif, effractant, des actualités télévisuelles sans travail d'enquête ou d'élaboration, de secondarisation, et des moments d'intellectualisation s'appuyant sur des connaissances médicales. Ces raisonnements viennent pourtant confirmer l'évidente nécessité de ma soumission à de telles interdictions de circuler.

Impréparation. Difficulté de repenser une organisation en un temps très réduit. Habituellement linéaire dans la succession des activités quotidiennes le temps devient multiple et en même temps.

Pendant que cette interdiction concerne des lieux géographiques extérieurs, elle vient ébrécher les circulations entre représentations de lieux, internes. Il faut se rappeler pouvoir parcourir les traces mnésiques de ces circulations, cela devient vital, un tel interdit étant posé : comment continuer à vivre ?

Ré-organiser l'intérieur, du « tous ensemble » et de la maison, c'est à dire de cet emmêlement entre l'enfant, le parent, l'adulte qui doit tenir, agir, réfléchir, jouer son rôle, la résurgence de moments de l'enfance que je pensais révolus, l'écolier, le psy, la psy, la fille, la mère, le fils, le père, etc... et les pièces à vivre. Continuer à penser implique de trier, séparer, délimiter, cartographier les temps et les espaces. Comment maintenir certaines frontières souples, certaines membranes suffisamment perméables et suffisamment filtrantes, comment ne pas laisser le familial, le familier envahir la sphère professionnelle et inversement, les espaces de travail de chacun, des espaces de jeux et de détente, les espaces de repas.

Concrètement par exemple : comment passer du repas du midi et des courses à faire en des temps étirés ou rétrécis à l'intime d'un autre dans la consultation ! Que faire de l'interruption impromptue de l'enfant en pleine séance pour un motif hors champ, que faire d'un appel téléphonique au moment particulièrement éprouvant du refus d'apprendre le cours de romanisation de la Gaule ? (particulièrement d'actualité du coup !)

Ainsi sont questionnées les réorganisations des lieux et des temps. Des cercles ou sphères différents avec espaces parfois communs, les cercles sphères deviennent concentriques : de l'extérieur, la sphère sociale, la maison, la sphère familiale, les pièces de l'intime de chacun, jusqu'au réaménagement du professionnel dans un endroit de la maison.

Puis vient la question du moyen : vidéo ou audio ? Pulsion scopique ? Écoute ? Et le transfert à l'interface de l'écran ? Le lieu du transfert ?

Un lieu auparavant : le cabinet du thérapeute. Lieu très personnel mais aménagé pour accueillir, investir selon son goût; ses préférences, sa personnalité. Un lieu suffisamment enveloppant, sécurisant, beau et agréable, sans être un chez soi complètement. Pour le patient, un lieu autre, un ailleurs que chez lui, où se déplacer, un endroit pour réfléchir, poser, élaborer, dire, se tromper, recommencer, reprendre, sans représailles dans la réalité, sauf décision ou compulsion du patient, sans menace de l'extérieur. L'accueil du thérapeute « chez lui à son cabinet » reste à l'extérieur de « chez le patient », en dehors de lui.

Tous dans la même barque en même temps que chacun chez soi, le cadre sécurisant et enveloppant dans lequel le thérapeute analyste invite le patient est remplacé pour le patient par son cadre de vie habituel - pour ceux qui n'auront pas été kidnappés, privés, par trop d'actualité, de terreur, de peur, d'enfermement.

En termes de lieux donc, il y en aura tout à coup eu deux au lieu d'un en commun, le lieu commun devenant l'écran - illusion d'être en commun. Alors qu'il est interface. Illusion d'être ensemble au même endroit au même moment, pendant qu'il (le thérapeute) entre en dedans, dans l'intime de la « maison » du patient, ou de la « voiture » ou de la « cave » parfois. Quelles sont ses frontières dedans-

dehors, comment sont-elles encore présentes ? Pendant que le thérapeute entre, l'interface, l'image visible du patient est représentation en deux dimensions d'une tridimensionnalité. Les repères dans l'espace se collabent en deux dimensions. Pour les consultations de famille disparaît la triangulation dans l'espace par les corps. La famille devient « plate ». Dans les sons parfois décalés peuvent apparaître des trous, des interruptions qui ne sont pas le fait de ce qui cherche à se dire, mais d'une mauvaise connexion au réseau. Télescopage du langage informatiques et des langages personnels.

Pendant que le thérapeute est invité chez le patient, il s'inscrit dans la vie de famille de celui-ci, dans son emploi du temps, et dans son lieu de vie. Les autres membres de la famille y ont aussi à faire, au travers d'une cloison, d'une porte pour par l'absence si proche du membre de la famille pendant quelques quarts d'heure.

Nous tentons la poursuite du travail de ce qui commençait à se dire. Se rejouent alors dans le transfert téléphonique, s'alimentant des éléments de réalité actuelles, l'histoire de tel ou tel patient. Par exemple celle-ci qui avait été abusée et qui jouera sur ces scènes doubles et commune le silence, le non-dit, quand la frontière avec ses proches tient à une porte si vite ouverte, ou un mur mal insonorisé. L'enfant qui aura (enfin !) fabriqué sa cabane dans laquelle je n'aurais jamais été invitée dans d'autres circonstances. Celle que j'ai oublié de rappeler qui doutera de la pérennité de son créneau horaire c'est-à-dire de sa place – quelle place ?

Et comme en miroir de son thérapeute, le patient a parfois à faire à un enfant qui appelle, une intrusion inopinée, un télescopage des activités. Un écran miroir de l'un et de l'autre.

Même si patient et thérapeute sont ensemble soumis aux mêmes injonctions de l'autorité, aux mêmes interdictions, et leur désarroi partagé lors de telles circonstances, il s'agira alors de restaurer une asymétrie suffisante, une différence, un décalage pour se dégager de cette trop grande proximité, trop grande familiarité. Ré-instaurer une meilleure neutralité pour laisser une chance au champ psychique du patient de se déployer.

Cependant que ce quotidien nouveau permet d'éprouver la théorie, les circonstances permettent d'inventer, de renouveler dans les prises en charge qui ronronnaient parfois paisiblement. Les psychothérapies et analyses restent bien vivantes quand elles sont en lien avec les circonstances c'est-à-dire dans une réalité sociale, politique, éducatives et économiques de l'endroit où elles se pratiquent. Nous nous retrouvons avec des éléments de réalité qui viennent alimenter le cours des élaborations, et en un aller-retour, alimenter la théorie.

Un effet de curiosité pour moi, placée dans l'angle de l'observatrice récoltant des données, des fruits, pour le moment où nous nous retrouverons – abus de

langage : quand nous nous sentirons, vivants, présents l'un à l'autre dans nos corps.

Adeline Metten

La téléconsultation pour rassurer ?

La téléconsultation venue en plus pour rassurer et, découvrir une autre activité

La téléconsultation n'est pas une inconnue car depuis janvier 2018 elle est devenue un outil sécurisant utilisé ou pas par mes patients lors de mes absences prolongées du cabinet. Absences prolongées pour « cessation progressive d'activité » sur trois ans. Certains de mes patients ont besoin, me disent-ils, de savoir où je suis, en filigrane, savoir qu'ils peuvent faire appels. L'adresse courriel ne suffit pas.

Inscription sur un site (Doctoconsult) nouvellement créé par une consœur parisienne qui, au fil du temps a quitté son statut de psychiatre pour devenir chef d'entreprise et depuis est devenue finalement responsable de la psychiatrie dans un groupe de téléconsultation plus important. Cette évolution peut être considérée comme une imprégnation douce mais progressivement imposée par des systèmes où la notion entrepreneuriale capte une pratique habituellement artisanale. En effet, dans un premier temps le site a changé de nom (doctopsy), puis a été absorbé par ce groupe plus important (Qare). Les contacts pour les difficultés rencontrées a toujours été de qualité mais les contraintes financières sont devenues en définitive plus présentes (par des propositions d'abonnements différents). Les services proposés se sont améliorés mais seront-ils à la hauteur d'une baisse de charges par ailleurs ? Depuis le premier changement de nom du site initial j'ai vu une baisse très sensible des demandes et au bout de quelques mois je n'ai plus eu aucune demande. Il est vrai que je me suis inscrit comme psychiatre spécialisé en gérontopsychiatrie en plus de la psychiatrie générale et avec une appétence pratique sur la psychopathologie du sport. Pour le dernier site, le rassembleur, j'ai suivi leur « formation » à distance, environ une heure et demie. Depuis pas de nouvelle (Qare), ils ne prennent pas soin de moi, suis-je une vache à lait en devenir ?

J'ai donc été sollicité pour les personnes âgées et quelquefois pour des semi-urgences de psychiatrie générale chez l'adulte. Les suivis de gérontopsychiatrie furent très intéressants mais pas assez nombreux à mon goût. Compte tenu de difficultés techniques, notamment pour le paiement en ligne, mes patients finirent par me joindre essentiellement par Skype. Je continue sur ce mode de téléconsultation tout simplement sans passer par ces sites solliciteurs.

La téléconsultation en ce temps de confinement est devenue une obligation

Pendant ce temps de confinement les demandes du site n'ont pas réapparu et actuellement je ne suis qu'une de mes anciennes patientes qui a déménagé et finalement, pour des raisons techniques nous nous retrouvons sur Skype. Par ailleurs, en ce temps de confinement j'ai signalé à l'ARS, France Alzheimer, le groupement d'EHPAD de mon canton et un groupe de médecins locaux ma disponibilité pour un accompagnement et une aide tant des soignants que des personnes âgées. À ce jour le 07 mai 2020, je n'ai eu aucune demande spécifique. Par ailleurs, je participe chaque semaine en téléconférence à un groupe constitué d'un corpus de soignants, d'accompagnements en gérontologie avec lequel les dossiers envoyés par les médecins sont discutés. Une très forte chute de demande est à noter tant dans le sanitaire que le social.

Donc les téléconsultations actuelles sont pour l'essentiel des demandes de patients déjà connus. Pour ce qui est de la psychiatrie générale et d'accompagnements psychothérapeutiques de « jeunes vieillissants », un certain nombre de patients ont préférés le téléphone mais plus souvent les TC ont été en visio par Skype. Pour les patients en psychothérapie j'ai été étonné de les voir de manière si proche de face, (les défauts du visage par exemples plus visibles) ce que je n'avais pas ressenti avec les téléconsultations antérieures comme si ceux, qui m'avaient contacté antérieurement je m'y étais préparé autrement ou que notre relation fonctionnait sur un autre modèle ? Ces nouveaux patients en téléconsultations développent peut-être une autre relation ? De toute façon ça fait bizarre de regarder un petit point lumineux et pas les yeux de l'interlocuteur. Je pourrais m'éloigner de l'ordinateur.....à voir.

La téléconsultation en gérontologie clinique ; point de vue d'un psychiatre

Quant à la gérontopsychiatrie c'est le téléphone qui fonctionne le mieux mais il peut y avoir les oublis, les erreurs d'horaires car patients plus livrés à eux-mêmes que lors de l'organisation d'un déplacement. Pour d'autres ce fut la possibilité d'appeler peut-être trop facilement parfois. Mais pour l'essentiel c'est la peur de déranger qui domine. Les relations avec les patients en institution ont été favorisées par l'usage de la tablette mais il convient de noter l'écueil de l'introduction d'un tiers. Celui-ci n'est jamais très loin car le personnel a du mal à ne pas être plus ou moins présent dans ces moments-là. Il est vrai que la forme anxieuse de l'usage de cet outil peut faire comprendre cette attitude qui néanmoins modifie, de mon côté la relation habituelle.

Pour les patients chez eux j'ai au moins deux histoires de revalorisation narcissique par l'apprentissage de l'usage de l'outil qui permet d'atténuer le symptôme initial ! Une autre où je voyais le conjoint qui déambulait derrière et pour lequel les propos donnés auraient mieux été adressés s'ils lui avaient été directement adressés.

En synthèse

J'exagérerais si je disais que les odeurs de « la poudre de riz », des haleines de bouches édentées, de l'urine me manquent, mais elles font séméiologie. Heureusement il y a des fragrances agréables, mêmes si parfois vieillottes elles marquent une époque. Autre point clinique, l'accueil si spécifique dans la salle

d'attente et l'accompagnement à petits pas avec canne et déambulateur, bras dessus bras dessous qui sont aussi annulés par la téléconsultation. Ces petits riens sont pourtant d'une très grande richesse sémiologique et relationnelle. La présence des tiers, souvent techniciens modifie également la relation mais la confidentialité peut être plus facilement obtenue au domicile qu'en institution. Et le paiement si aléatoire avec les patients plus jeunes est ici martelé comme une obligation.

Ce mode de consultation est beaucoup moins rentable pécutiairement quand il s'agit de faire des connexions, puis ensuite faire le côté administratif, le côté financier en vérifiant que les paiements par virement ont bien été faits, pour les 100 % remplir les feuilles et les envoyer et attendre...

Autre nouveauté, en plus du nom d'usage il y avait nom de Jeune Fille et maintenant le pseudo de Skype qui parfois prend des allures bizarres si ce n'est celui du tiers opérateur. Feront-ils partis des recueils obligatoires à l'avenir pour contacter les patients ?

Frédéric Aumjaud

Pourquoi je n'ai pas demandé quoique ce soit en dédommagement de ce temps de confinement

En retraite depuis le premier janvier avec trois mois d'inactivité de prévue, je ne me sentais pas légitime de demander quoique ce soit lors d'un retour en activité partielle, à partir du mois de mai.

Revenons à l'atterrissage à l'assiette d'une activité professionnelle. Outre l'anticipation psychique et des finitions qui s'inscrivent en de possibles réinvestissements, ailleurs et autrement, quand l'activité professionnelle s'atténue, il convient aussi d'anticiper le côté entrepreneurial. Au tout début de la deuxième année fiscale de mon envol professionnel, celui-ci a bien failli passer par un piqué mémorable. Par son intervention, mon comptable me faisait ainsi découvrir, l'aspect « boutique », de l'artisanat de notre profession, auquel je ne faisais pas attention. Cette histoire mériterait d'être contée, mais elle est hors propos pour aujourd'hui.

Ce que je voudrais souligner dans cet écrit, c'est notre mauvaise lecture actuelle de l'intérogénération. Au niveau économique, les médecins de la dizaine des 6 et des 7 sont, pour la plupart des nantis.

En tant que gérontologue, je considère que nous avons continué à fonctionner depuis 50 ans sur un modèle socio-économique où les « faux semblants » ont conduit à une accumulation de mensonges. En conséquence cela a favorisé un certain type de fonctionnement psychique que beaucoup savent obsolète. D'autres ont voulu l'ignorer,

chacun avec de bonnes raisons. Ce modèle socio-économique a favorisé ceux qui sont passés au travers de la guerre et de la famine. L'évolution des progrès a été d'une grande fulgurance et nous en avons largement bénéficié. Un équilibre à la française entre une politique libérale et une autre sociale allait cahin-caha. En contrepoint, une évolution vers une société liquide contemporaine idéalisée pour le futur a été théorisée mais elle est encore utopiste. Cette société idéalisée n'est pas celle des Sujets Vieillissants Jeunes et certainement encore moins, pour les Sujets Vieillissants Âgés d'aujourd'hui, car ceux-ci ont du mal à y naviguer. Notre monde s'est obsessionnalisé puis narcissisé, mais d'une façon trop caricaturale. Dans ce contexte n'avons-nous pas perdu notre âme, notre âge, notre axe de vie spiritualisée ? N'avons-nous pas favorisé une gourmandise qui nous aurait conduits à une obésité psychique morbide. Il faut bien manger et donc une assiettée doit être recherchée. Gourmand, je peux en prendre une autre, cela fait deux assiettées et comme demain il peut y avoir pénurie, j'en mets une autre de côté, en banque, au froid ou au chaud, selon... Si cela devait durer, une quatrième en réserve pourrait se comprendre. Cependant, ce qui est observé, c'est plutôt cette course d'accumulations, pour ceux qui le peuvent évidemment ! Le but étant d'être le plus riche au cimetière, au sens matériel, alors que tout à chacun sait que les suaires n'ont pas de poche ! L'or que certaines populations mettent sur elles, sert effectivement pour demain, car leur société les invite à se débrouiller pour eux même en grande partie, mais nous, dans nos sociétés dites avancées de couleur sociales-démocrates, nous avons du mal à convertir l'or sur nous, en or en nous. Par cette mauvaise lecture, une accumulation de soi-disant richesses nous encrasse et nous engraisse, et ce d'autant plus pour ceux qui n'en ont pas besoin.

Mes propos se veulent généralistes sans rechercher à blesser quiconque. Un certain nombre de médecins, d'ailleurs, par leurs engagements généreux ne recherchent en aucune manière les cassettes. L'or de la reconnaissance narcissique les nourrit assez et le socius s'y retrouve aussi.

Mais pourquoi demander du « en plus » puisqu'en retraite, nous sommes pensionnés ? Pourquoi en retour payer les routes et les canons, avec plus d'impôt ? Et avec réflexion peut-être n'avais-je pas le droit de demander quoique ce soit ?

De ce point de vue pécuniaire, la CPAM, qui a mal interprété mon arrêt du premier trimestre, m'avait rayé comme praticien et donc, il m'a fallu ramer pour me retrouver vivant et remboursable (mes actes) mi-mai, quand j'ai repris comme prévu, un jour par semaine au cabinet ! Toutes les Téléconsultations durant cette période n'ont pas été validées. Aucune importance, pécuniairement, je n'y comptais pas, c'était du plus, je voulais rendre service. L'incompétence peut justifier certains emplois protégés dans les administrations !

D'un point de vue intergénérationnel, il me semble inapproprié d'attendre une aide de l'état car en l'état qui va payer ? Les générations à venir, vont connaître la peste et le choléra, par les conséquences du réchauffement climatique et les conséquences du trop vite-trop loin. Notre honneur serait d'accepter de réduire notre voile pour que notre [pack-beau] puisse naviguer sans crainte. Le retour de bâton est à craindre

quand, dans les dizaines d'âge à suivre les Sujets Jeunes Vieillissants se souviendront de notre gourmandise.

Je reprends aujourd'hui ce texte que je n'ai pas envoyé en juin, et que l'actualisation par le texte proposé par Elie Winter m'invite à vous envoyer. Il conviendrait de pouvoir éviter ce chiffre de 21% des psychiatres Parisiens. À Angers, je n'ai pas l'impression pour notre corporation, que cela se passe comme ça. À moins que ? Par contre, devenant consommateur de soins, je me rencontre du décalage de l'approche entrepreneuriale gourmande, voire boulimique pécuniairement de certaines autres spécialités, par rapport aux collègues que je fréquente amicalement.

Je crains pour notre avenir, professionnel et générationnel- et je ne donne pas forcément tort à ceux qui pourraient nous en vouloir. L'employé de la CPAM aurait-il eu un acte inconscient à mon égard ? Je m'égare.

Frédéric Aumjaud

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Crises épidémiques dans l'histoire et discours de prévention publique

Au cours de la pandémie de COVID-19 (dû au coronavirus SRAS-CoV-2), la fluctuation du discours politique a mis en évidence l'évanescence de la parole, ainsi que les mouvements émotionnels forts au cours d'événements historiques. Cette crise a également renforcé l'importance du lien social au moment même où il avait disparu, depuis la décision de confinement le 16 mars, jusqu'aux premières mesures de déconfinement le 11 mai 2020.

Il nous faut désormais prendre acte des nouvelles mesures barrières et du risque viral, tel qu'on ne l'avait plus vu depuis cent ans lors la pandémie mondiale de grippe espagnole, qui aurait touché 1 milliards de personnes et causé le décès de 50 millions de victimes (dont 250.000 en France), dans l'immédiat après-guerre d'un conflit tout aussi meurtrier. L'improvisation et l'adaptation en urgence font désormais place à la reconstruction sociétale, à une grande échelle, pour cette pandémie qui devrait faire moins de 500.000 victimes non pas en France (comme cela avait été craint au début) mais à l'échelle du monde entier. Il y a sans doute dans cette crise quelques aspects dont nous pouvons essayer de retrouver la trace dans l'histoire plus ancienne des grandes pandémies.

Tradition et modernité

Malgré la présence de nouveaux enjeux techniques dans la mise en place du confinement: l'essor du télétravail pour un nombre grandissant de professions et de la téléconsultation pour les médecins, il persiste certains réflexes sociologiques anciens dans la population. L'historien chrétien médiévisse Jean Delumeau, disparu en janvier dernier, avait décrit dans son ouvrage *La peur en Occident* (1978) quelques figures classiques du comportement des populations lors des grandes épidémies. Il décrit un cycle successif de : déni des autorités, légèreté de la population, de panique et d'exode, les débuts du confinement: « *Toutes les chroniques de la peste insistent aussi sur l'arrêt du commerce et de l'artisanat, la fermeture des magasins, voire des églises, l'arrêt de tout divertissement, le vide des rues et des places, le silence des clochers.* »

La phase suivante est celle de la quarantaine forcée, que nous appelons maintenant la « *distanciation physique* » : « *Coupés du reste du monde, les habitants s'écartent les uns des autres à l'intérieur même de la ville maudite, craignant de se contaminer mutuellement. (...) On s'efforce de tenir, enfermé chez soi, avec les réserves qu'on a pu accumuler. S'il faut tout de même sortir acheter l'indispensable, des précautions s'imposent. Clients et vendeurs d'articles de première nécessité ne se saluent qu'à distance et placent entre eux l'espace d'un large comptoir. (...) Les séquestrations forcées s'ajoutent à l'enfermement volontaire pour renforcer le vide et le silence de la ville. Car beaucoup sont bloqués dans leur maison déclarée suspecte et désormais surveillée par un gardien, voire en-clouée ou cadenassée. Ainsi, dans la cité assiégée par la peste, la présence des autres n'est plus un réconfort.* »

Les phases suivantes associent un rejet des malades et l'abandon des rites funéraires, mais aussi l'émergence de héros que l'on glorifie vis à vis d'une population victime et plongée dans l'ignorance : « *au cours d'une telle épreuve se produisait forcément une "dissolution de l'homme moyen". On ne pouvait qu'être lâche ou héroïque, sans possibilité de se cantonner dans l'entre-deux. L'univers du juste milieu et des demi-teintes qui est le nôtre d'ordinaire (...) se trouvait brusquement aboli.* »

Le pendant à l'exemplarité de ces personnalités héroïques est la recherche de coupables : « *Si choquée fût-elle, une population frappée par la peste cherchait à s'expliquer l'attaque dont elle était victime. Trouver les causes d'un mal, c'est recréer un cadre sécurisant, reconstituer une cohérence de laquelle sortira logiquement l'indication des remèdes. Or, trois explications étaient formulées autrefois pour rendre compte des pestes : l'une par les savants, l'autre par la foule anonyme, la troisième à la fois par la foule et par l'Eglise. La première attribuait l'épidémie à une corruption de l'air (...). La seconde était une accusation : des semeurs de contagion répandaient volontairement la maladie ; il fallait les rechercher et les punir. La troisième assurait que Dieu, irrité par les péchés d'une population tout entière avait décidé de se venger.* »

Finalement, notre modernité, caractérisée par son progrès technique, peut-elle résister à une crise épidémique ? Il est de plus relativement significatif que la vitesse de transmission de l'information n'a pas permis aux pays Ouest-Européens de bénéficier et d'appliquer les directives des pays asiatiques, qui avaient subi l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère entre novembre 2002 et septembre 2003 (environ 8000 victimes), dû à un Coronavirus à ARN dit SRAS-CoV-1, caractérisé par son génome géant, et qui avait été étudié par les chercheurs en virologie du monde entier. La population ne semble pas être facilement prête à accompagner la réflexion et le progrès scientifique, mais elle aspire bénéficier au plus vite de l'application pratique des découvertes. Elle réclame d'être protégée par un traitement.

Trouver un traitement efficace dans l'urgence

Lors de la grande peste en 1720 à Marseille, l'évêque Henri François-Xavier de Belsunce-Castelmoron (1671-1755) avait proposé une série de mesures d'hygiène et de bon sens qui avaient permis de juguler l'épidémie. Une de ses décisions avait été d'ordonner l'enterrement des cadavres qui jonchaient les rues, ce qui avait entre autres permis de limiter les réservoirs infectieux dans la ville. Les marseillais reconnaissants ont rebaptisé un des quartiers de la ville en son honneur, et l'ont encore récemment indirectement célébré (à travers une chanson de rap *Belsunce breakdown* en 2000 par Frédéric Guerlain dit *Bouga*).

Ce n'est donc pas entièrement surprenant si la ville attend des plus illustres d'entre eux des solutions fortes pour mettre fin à la crise épidémique. Un populisme exploitant les conjectures pseudo-scientifiques du Professeur Raoult tend ainsi à diviser la population entre les partisans et les réfractaires à ses méthodes, au mépris de toute réflexion scientifique digne de ce nom. Il est étonnant de voir à quel point les cliniciens de terrain et les homologues du virologue marseillais sont inaudibles dans les médias, car la population s'attend davantage à une découverte curative miraculeuse que de partager la réflexion scientifique du moment.

Ceci est probablement dû au prestige dont jouit encore Louis Pasteur (1822-1895) dans la population, dont, au terme d'une longue carrière de savant, la découverte d'un vaccin antirabique en 1885 (spectaculairement expérimentée sur le jeune alsacien Joseph Meister) allait susciter la création de l'Institut Pasteur, et conduire à la mise en place d'un culte de la personnalité qui rayonne encore depuis la crypte où il est inhumé, à Paris. Notons que si la rage est une maladie à déclaration obligatoire, la transmission des informations se fait aujourd'hui via l'application e-DO de Santé Publique France, qui garantit l'anonymat des malades.

C'est peut-être à son élève Alexandre Yersin (1863-1943) qu'il faut attribuer la première mise au point d'un traitement sérologique en urgence, pendant une épidémie de peste à Hong Kong. Son aventure est notamment rappelée dans l'ouvrage de Mollaret et Brossolet *Alexandre Yersin, un pasteurien en Indochine* (2017) ou encore dans *Peste et Choléra* par Patrick Deville (prix Femina 2012). Il reste quant à lui vénéré au Vietnam, où il vécut jusqu'à sa mort, pendant l'occupation japonaise.

La population semble désireuse de se rassembler autour de la loi universelle de la santé pour se trouver un nouveau héros national, mais devra cependant juger d'après les résultats concrets obtenus. Pour l'instant, aucun traitement médicamenteux n'a fait la preuve de son efficacité contre le Covid-19, et les malades les plus graves n'ont pu échapper à la mort que par l'application rigoureuse de l'art de la réanimation par les équipes soignantes et médicales.

La logique de guerre virale

En France, la crise du Coronavirus aura fait trente mille victimes, soit un peu moins de 500 décès par million d'habitants. La crise fut plus grave en Italie (environ 550/million) où elle semble s'éteindre, en Espagne (650) et en Belgique (>800) où elle est encore modérément active, et au Royaume-Uni (aujourd'hui >550) où l'épidémie s'étend toujours à ce jour. Les autres pays où l'épidémie est toujours en forte expansion sont les USA, le Brésil et la Suède, qui n'a pas décidé de mesure de confinement. Notons qu'en France, la moitié du pays à l'Ouest d'une ligne Caen-Marseille n'a été affectée que marginalement par l'épidémie et donc les chiffres de décès sont proches de la Belgique dans les régions touchées. Les cas graves seraient d'environ 1%, sans que l'on ne puisse pour l'instant évoquer de chiffres fiables sur le nombre total de cas, étant donné la fréquence des cas asymptomatiques. La disparité est forte entre les états européens, comme on le voit en comparant avec l'Allemagne (100 décès/million), l'Autriche (70), la Norvège (43) et la Tchéquie (30), avec moins de 300 victimes dans ces deux pays de 5 et 10 millions d'habitants. Nous ne savons pas encore si le port des masques, qui n'étaient pas non plus disponibles en abondance dans ces pays, ont eu un impact sur le développement de l'épidémie, dont nous ignorons encore précisément les mécanismes de transmission. Il est possible que la densité de population, la pollution et la diffusion du virus dans l'air aient pu avoir un impact. La gravité de l'épidémie en Europe de l'Ouest n'est pas encore élucidée et il est possible que le virus ait subi une mutation « *Marco Polo* » entre la Chine et l'Italie, ce qui expliquerait la différence entre les tableaux cliniques décrits en Asie et en Europe.

A titre de comparaison, la grippe dite espagnole avait entraîné le décès de 50 millions de victimes dans le monde entier, la plupart entre octobre et décembre 1918, avec un affaiblissement de l'épidémie au cours de l'année 1919. La mortalité était comprise

entre 1 à 20%, et la ville ayant le mieux lutté contre la maladie, en appliquant un confinement efficace et des mesures strictes de distanciation fut la ville de Saint Louis (Missouri, USA) avec un taux de mortalité de 600 décès par million d'habitants. La population mondiale était à l'époque de 2 milliards d'habitants et 50% aurait contracté le virus, soit une mortalité globale à l'échelle de l'humanité de 2,5% de la population mondiale, ce qui correspond à autant de victimes que la première guerre mondiale.

Même si le pire scénario n'était pas à exclure, l'absence de certitude quant à la virulence de la maladie imposa aux autorités de prendre en urgence des mesures de confinement les plus strictes possibles. Si l'on espère que les scientifiques soient en mesure de répondre aux questions que nous leur posons, on a pu constater dans cette crise que la difficulté à circonscrire le virus a conduit les cliniciens à porter des diagnostics sur des arguments purement cliniques, au mieux scanographiques lorsque l'accès à la TDM était possible. Les signes physiques observés ont cependant réduit l'importance pronostique des signes d'interrogatoire (agueusie, anosmie), même si on a pu penser au début que le discours du patient pouvait contenir des éléments cliniques probants en faveur de l'infection. La plus grande difficulté fut le nombre important d'aggravations rapides sur le plan respiratoire, du fait d'un « *orage cytokinique* » immunologique par l'interleukine 6 qui peut s'installer en l'espace de 4-5 heures. Il en résulte une pneumopathie interstitielle régressant lentement qui doit être compensé par une oxygénation non invasive (au masque décathlon complété par une pièce obtenue par imprimante 3D), ou invasive (par une intubation) où la pression positive est peu efficace contrairement aux atteintes alvéolaires dans les SDRA. Les services les plus sollicités ont été les urgences, les réanimations médicales, les services d'anesthésie transformés en unités COVID puis en réanimation non-COVID, et surtout les SAMU: nous savons que le système de soins a frôlé la saturation, mais n'a tenu que par le dévouement total et les complètement désintéressé du personnel soignant et médical, qui a été insuffisamment protégé dans l'exercice clinique, mais qui a pris tous les risques et toutes les initiatives pour sauver le maximum de vies. Les capacités de lits de réanimation ont été doublées passant de 7000 à 15000 en France, mais ce chiffre est de manière générale, en France et ramenée à la population, la moitié de la capacité offerte par l'Allemagne.

Comprendre les mécanismes pathologiques nouveaux

On comprend bien le besoin d'être informé et l'impatience médiatique devant le développement aussi rapide d'une maladie nouvelle, mais le temps scientifique ne correspond pas au temps de l'actualité et des brèves (ou tweets).

Même les meilleures équipes de recherche ont besoin de temps pour trouver les solutions adéquates. Au sujet de la découverte du virus du HIV, non pas par l'équipe américaine de Gallo spécialisée dans les lentivirus HTLV, mais par l'équipe française de Montagnier et Barré-Sinoussi, Mirko Grmek dans son livre *Histoire du sida* (1990) nous rappelle: « *Pour y croire, ils devaient non seulement accepter une idée venant des autres mais "oublier" une partie de ce qui était l'un de leurs titres de gloire et la condition des succès antérieurs* ». Les découvertes ne peuvent se faire qu'en remaniant le savoir préexistant sur lequel se base la réflexion scientifique. Elles viennent subvertir et exiger encore plus de souplesse et de disponibilité dans la réflexion scientifique.

Les tests sérologiques pour le COVID sont encore d'une fiabilité incertaine. A l'époque du HIV au début des années 80, les arguments cliniques étaient retardés mais dans les cas graves plus fiables que les sérologies, dont il existait deux techniques. A la suite d'un procès historique entre Montagnier et Gallo, sur la paternité de la découverte du virus, il a par ailleurs été décidé que les deux techniques sérologiques seraient utilisées de manière combinée (l'ELISA de Montagnier en dépistage car « *sensible* », et le Western Blot de Gallo pour la confirmation car plus « *spécifique* »). Une fois ce schéma combiné et plus efficace mis en place (Elisa+WB), il fut remarqué que certains cas de sida clinique avaient encore des sérologies négatives. C'est ainsi que fut découvert le virus HIV-2 (présent en plus faible nombre en Afrique de l'Ouest), et qui a nécessité d'autres techniques sérologiques et thérapeutiques que le HIV-1.

La recherche tient le premier rôle pour l'instant mais ne semble pas être entendue. Elle fonde sa rigueur et son principe de collégialité : la médecine ne se construit pas par des individus isolés pour qu'elle reste fiable. Nous restons séduits par un mythe prométhéen où cette pandémie aurait un début identifiable (le cas « zéro » que l'on ne retrouve jamais), voire découlerait d'une main humaine, mais il ne semble pas encore clair pour le public que ces questions nécessitent un temps d'élaboration intellectuel et technique, et ne pourront être résolues que dans l'après-coup. Par la suite, même si les techniques sont connues, et les questions élucidées, un temps d'information est nécessaire auprès des médecins pour accompagner le mouvement de la science.

De la santé publique morale

Il est établi maintenant depuis dix ans que la solution pour mettre fin à l'épidémie de HIV est le sur-traitement par la trithérapie des personnes à risque (PrEP, pour traitement de pré-exposition prophylactique). Si l'on a pu dans les années 1980-1990 prôner une certaine moralité dans les comportements sexuels à égalité pour toute la population, et notamment chez les jeunes (voire les très jeunes, puisque les campagnes de santé publique n'ont pas été ciblées, enfants comme adultes à la même enseigne de l'éducation sexuelle sous préservatif dès l'école primaire), pour endiguer l'épidémie de HIV, il est tout à fait significatif de voir que ce qui est prôné aujourd'hui, puisque nous disposons d'un traitement médicamenteux efficace contre le virus, est exactement l'inverse de ce qui a été dit hier. La PrEP permet de diminuer les risques de transmission dans les populations qui adoptent des pratiques sexuelles à risque non protégées, en proposant une trithérapie (parfois séquentielle en fonction des pratiques sexuelles ponctuelles) associée à un suivi mensuel et gratuit des infections sexuellement transmissibles. La politique de santé publique assume donc d'accompagner et de traiter une éventuelle recrudescence des chlamydiae, trichomonas, gonocoques, voire même de la syphilis, et de proposer ce suivi particulier à une population particulière dite « *éligible* », fixée initialement à 300 partenaires par an. Il se trouve que cette mesure, bien connue dans les milieux les plus à risque n'est toujours pas bien comprise ni même connue par les médecins actuellement en exercice. La population aperçoit parfois de grandes affiches où des photos romantiques portent la mention « PrEP » sans qu'elle soit explicitée, et donc l'information du public n'est pas encore non plus réalisée.

Ceci découle à la fois d'une décision de médias, qui ne s'intéressent plus à l'actualité du HIV, mais aussi de la politique de santé publique, qui a les moyens d'une campagne

d'information à grande échelle sur les risques sanitaires. Les arguments scientifiques sont là, et ils ont pu prouver leur efficacité permettant la fin de l'épidémie de HIV à moyen terme.

Cependant, les arguments scientifiques ne guident pas l'action politique. Ils l'éclairent mais la politique a sa logique propre, dépendante de son environnement. D'ailleurs, à connaissances égales, la médecine n'est pas la même d'un pays à l'autre. D'une part parce que l'expression n'est pas libre à la même vitesse partout (cf: le décalage de la mise en place du droit vote des femmes, 1755-1769 en République de Corse, 1868 au Wyoming, 1893 en Nouvelle-Zélande, 1918 pour la plupart des pays européens, 1934 en Turquie mais 1945 en France), et d'autre part parce que l'action politique ne peut être effective qu'en fonction des moyens à disposition. Il est cependant toujours étonnant de constater que les politiques nationales se basent le plus souvent sur le fait que les discours tenus dans les pays voisins ne seront pas écoutés, ou en tout cas suivis par la population loyale à « *sa mère patrie* ». Les équilibres de l'opinion sont différents dans chaque pays. Nous devons accepter qu'en santé publique, la logique politique l'emporte sur les arguments scientifiques et médicaux.

Conclusion

L'épidémie Covid-19 est maintenant presque terminée en France, mais la population attend toujours d'être secourue, sauvée, comme à l'époque de la médaille miraculeuse créée suite à l'apparition de la vierge à la Sœur de la Charité Catherine Labouré Rue du Bac à Paris en 1830. La médaille fut utilisée par l'Évêché lors de la deuxième pandémie de choléra, à Paris, en 1832, qui fit cent mille morts, dont le président du Conseil de l'époque Casimir Perier (1777-1832). Actuellement, la *Chapelle Notre-Dame de la Médaille miraculeuse* qui rend hommage à la lutte contre l'épidémie et qui a préfiguré le culte de l'Immaculée Conception, serait toujours un des dix sites les plus visités de Paris, mais n'est plus répertorié dans la liste des monuments par la Mairie de Paris.

Nous devons prendre acte que la science objective est foncièrement opposée au bon sens intuitif alors que le progrès doit aussi s'accommoder des croyances de la population. L'Etat doit en tenir compte tout en maintenant cependant la priorité à l'Education, ce qui implique une grande vigilance collective de la part de la société toute entière. Le confinement a été nécessaire et en cela décidé par les autorités, mais c'est la responsabilité de la population de la mettre en œuvre, et non celle de la police ou des forces de l'ordre.

Reste à définir de préférence par voie démocratique, ce que peut signifier aujourd'hui la maxime suivante de Cicero: « *Salus populi suprema lex* », que l'on peut traduire, de manière moderne, par: « *Que la santé du peuple soit la loi suprême* ».

Jérémie Sinzelle, psychiatre, Paris

Hommage à Roger Gentis

Août 2019, Roger Gentis est décédé dans l'indifférence générale de l'intelligentsia, probablement rendue silencieuse par la torpeur estivale. Pourtant, Roger a participé par son engagement à une approche créative et humaniste de la folie. Que ce soit en tant que psychiatre, écrivain, psychothérapeute, il a dans toutes circonstances, répondu aux exigences de l'éthique analytique, celle du sujet

Début août 2019 est décédé le docteur Roger Gentis. En 1977, les éditions Maspéro publient « Les murs de l'asile. » La lecture de ce livre – entre autres - a poussé l'adolescent que j'étais alors, à entreprendre des études de médecine puis un internat en psychiatrie, conventionnel et ennuyeux. Ce livre fit pour moi point de ponctuation, césure dans le discours médical sur la "maladie mentale", la déraison. Roger par sa personnalité a initié une ouverture et secoué le conformisme ambiant.

Mais les années 70 le permettaient. Dans les gouvernements de l'après-guerre quelques fonctionnaires de bonne volonté officiaient encore pour l'intérêt commun. Roger écrit dans « traité de psychiatrie provisoire » : « Il y avait donc au ministère de la santé, quelques administrateurs, très peu nombreux, sans grand pouvoir, mais connaissant très bien les ficelles de l'administration, qui ont mené leur diplomatie sans trop se décourager, avec une patience vraiment extraordinaire. » Roger a ainsi trouvé quelques appuis pour mettre en œuvre ses projets.

Serait-ce aujourd'hui possible ? Bien sûr que non. L'époque est devenue aride à bien des points de vue. L'intérêt public est délaissé. L'actualité sanitaire le démontre.

Aujourd'hui, Diogène pourrait déambuler longtemps sa lanterne à la main... Des psychiatres ? Oui, de nombreux « gestionnaires », pas mal de « communicants » habiles à vendre les nouvelles thérapies, des prescripteurs à la solde des laboratoires et des faiseurs de diagnostics. Mais des cliniciens intéressés par le sujet humain qui parle en face d'eux ? Que nenni !

La psychothérapie institutionnelle a intensément interrogé la place de la folie. Le docteur François Tosquelles dit-on, réfugié catalan, persécuté parmi tant d'autres par FRANCO, suivait le chemin de la *Retirada* avec dans sa valise deux ouvrages : le manifeste du P.O.U.M. (parti ouvrier d'unification marxiste) et un écrit de Lacan. Il se réfugiait durant la seconde guerre dans un pays minéral traversé de rivières fraîches et vives, la Lozère à quelques kilomètres du mont Aigoual. C'est à Saint Alban que ROGER se forme auprès de François Tosquelles, des patients, des infirmiers et de quelques collègues enthousiastes et d'artistes : Eluard, Tzara... Freud a maintes fois interrogé les poètes en tant qu'explorateurs du rêve. Et Lacan d'ajouter en 1967 : « *Il y aurait un minimum, c'est que les psychanalystes s'aperçoivent de ce qu'ils vont poien ; ils sont poètes, c'est ce qu'il y a de drôle.* »

Plus tard, à Orléans, Roger met en place avec le soutien de Daumezon et de Germaine Le Guillant, les stages C.E.M.E.A., lieux de formation pour les soignants. Une revue

est fondée : "Vie sociale et traitements". En 1997, Roger y écrit : "*En forçant un peu, je pourrais me dire le fils spirituel de François Tosquelles et de Germaine Le Guillant.*"

"Le trait de génie des fondateurs de ces stages, ce fut de mettre à la disposition de tous (de tous ceux qui le souhaitaient) un outil de transformation progressive et en profondeur de l'institution asilaire - en l'attaquant par sa base : ceux qui étaient les piliers de la quotidienneté asilaire et pouvaient seuls la transformer, les infirmiers."

"La chance voulut que Germaine Le Guillant existât. Un pied dans la psychiatrie, un autre dans l'éducation, elle pouvait assurer au mieux la nécessaire osmose entre ces deux champs. Ce n'est pas un hasard si Tosquelles, avec Chaurand à sa suite, a tant travaillé avec les éducateurs ; ce n'est pas un hasard si Jean, le psychiatre, et Fernand Oury, l'instituteur, ont toujours entretenu le même échange osmotique dans leur cheminement parallèle. Ce n'est pas un hasard non plus si tous ont eu, même lorsqu'ils n'étaient affiliés à aucun parti, un engagement politique « à gauche » : c'est qu'il était évident pour eux que changer la psychiatrie ou transformer l'éducation relevait de la politique, et que c'était la société dans son ensemble qu'il fallait transformer et changer avec elles. C'était une véritable révolution dans la culture qu'il s'agissait de promouvoir"

Si je devais à titre personnel choisir quelques termes pour qualifier Roger, ce serait : la liberté, l'ouverture, l'humanité et l'humour. Son art, il l'a exercé de nombreuses manières : psychiatre des hôpitaux, écrivain, psychanalyste et aussi un honnête pataphysicien...

Chef de service à Fleury les Aubrais, il élabore une pratique sociale de la psychiatrie. Cette construction ne se limite pas à un vision rigide du secteur. Pour Roger, ce n'est pas le savoir du médecin-chef, chaman scientifique qui guérit. Aujourd'hui le chef de pôle devenu courtisant de la direction gère une file active de patients et accessoirement ses "collaborateurs".

Dans son livre de 1973, "La psychiatrie doit être faite/défaite par tous", Roger invite chacun à être acteur. Être chef de service exigeait, alors, une pensée du soin : la dimension "phorique" et "métaphorique" entre autres. Roger soutient la liberté de penser, se soigner, de militer pour chacun : « Comme disait Legrendre et La Boétie, le pouvoir ça fonctionne toujours dans l'imaginaire. » Il ajoute « La plupart des infirmiers, et même beaucoup d'internes et de psychologues, continuent à être très impressionnés par le personnage du médecin-chef. »

L'Autre Scène fondée en 1984 à l'initiative de Roger Gintis a mené de front thérapie, formation et recherche. À partir des années 2010, il devient impossible de maintenir dans les institutions psychiatriques des soins authentiquement psychothérapeutiques. La loi HPST crée des chefs de pôle soucieux d'un management efficace.

Partant du principe que « la psychanalyse représente la théorie la plus avancée du psychique » (Fédida), l'approche théorico-pratique de L'Autre Scène reste résolument freudienne. Toutefois, poursuivant en cela une entreprise déjà ancienne, Roger

cherche à intégrer la dimension du groupe, la dimension de l'institution et l'implication du corps dans sa pratique comme dans ses actions de formation.

Roger fonde l'association "Autre Scène" en 1984, soutenu par Hélène Trybocki, ancienne infirmière psychiatrique et le docteur Jean-Claude Sécheresse, chef de secteur. Roger pressent qu'il est préférable d'exercer son métier dans une association souple, à distance raisonnable de l'institution publique rigidifiée par les règlements. En cela, il procède comme le docteur Jean Oury. Ce dernier avait préféré quitter avec ses patients un hôpital où régnait la cacophonie administrative pour s'installer dans un château abandonné de Sologne : La Borde.

Roger, en freudo-lacanian devine que son dispositif permet aux patients limites ou psychotiques, de créer un sinthome et d'éviter l'effondrement psychique. Lorsqu'il se lance dans cette aventure, Roger bénéficie de plus de trente ans d'expérience des groupes thérapeutiques, auxquels il s'est exercé sous la conduite d'un homme de génie, le Dr Tosquelles, dès 1956.

De cette époque date aussi sa pratique des dispositifs thérapeutiques multipolaires : la psychothérapie des cas difficiles, qu'il s'agisse de psychoses, de perversions ou de névroses graves, bénéficie incontestablement de lieux de paroles et de soins multiples organisés en un dispositif cohérent. Il est aujourd'hui amplement démontré que de tels dispositifs, pour autant qu'ils s'articulent autour de concepts psychanalytiques fondamentaux, permettent d'aller bien au-delà de ce qu'autorise le dispositif analytique standard, ce qu'on appelle couramment le divan.

Au cours de sa carrière, il a en outre été amené à s'intéresser à l'implication corporelle introduite de façon empirique et parfois sauvage dans le champ des psychothérapies par divers auteurs, le plus souvent américains (à l'époque, aujourd'hui en France ils ont fait de nombreux émules) et parfois peu recommandables. Il a effectué en 1978, dans son livre *Leçons du corps* (Flammarion, coll. Champs) un premier débroussaillage théorico-pratique de ces problèmes - et il n'a cessé avec ses collaborateurs, de creuser assidûment cette question : travail de filtrage et de décantation d'une énorme masse de pratiques et de méthodes - travail d'assimilation du peu qui reste une fois ce tri effectué.

A partir de cette triple orientation : groupes thérapeutiques, dispositifs multipolaires et implication corporelle, sa recherche pratiquement ininterrompue pendant près de quarante ans, l'a conduit à un style de travail psychothérapique qui n'a cessé d'évoluer et de s'affiner. L'Autre scène se définit comme "Société pour l'étude des pratiques de l'inconscient."

Roger a pu former un noyau suffisant de collaborateurs pour développer les possibilités de l'association autour de trois domaines inséparables - pour ne pas dire consubstantiels : thérapie, formation et recherche.

Mais qu'ils s'agisse de travail en groupe, d'implication corporelle ou de toute autre approche dont l'Autre Scène est amenée à s'inspirer (psychodrame, gestalt,

haptonomie, Image vidéo, etc.) - aucune technique, aucune situation n'est intégrée si elle ne répond aux exigences de l'éthique analytique, qui est définie comme une éthique du sujet: garantie du cadre contractuel - abstention de toute suggestion, de toute manipulation, de tout forcing - respect du cheminement propre du client et de ses choix. Bien qu'une grande partie du travail s'effectue en groupe, c'est en effet toujours, en fin de compte, le sujet singulier qui en est la raison d'être et qui reste au centre des préoccupations.

Aujourd'hui, les relations humaines, le temps consacré aux patients, la pensée analytique sont mis au rebut. Les pratiques doivent être cadrées par des recommandations des supposé-experts : des carriéristes pour la plupart qui multiplient les conflits d'intérêts tantôt avec l'industrie pharmaceutique tantôt avec le pouvoir politique. Une chappe de plomb juridique s'abat sur l'asile. Tout le travail de Roger GENTIS semble oublié. Le packing est interdit sur ordre de la H.A.S. Les « grands sachants » préfèrent inonder le marché de dérivés d'amphétamines pour les enfants turbulents étiquetés pour l'occasion « T.D.A.H. ».

2004, durant la cérémonie d'ouverture d'un nouveau C.M.P. à Orléans, Roger Gentis répond à la question de Francis Jeanson « La psychiatrie s'est-elle modernisée ? »
« Juste une suggestion, donc, qui dans la conjoncture actuelle pourrait aller dans le sens de l'histoire : revendiquer pour la psychiatrie quelque chose comme une exception culturelle. Je n' ai pas en vue ici la politique de secteur, dont on a souligné à juste titre que, là où elle avait été bien menée, elle avait indiqué une voie où d'autres pays auraient bien fait de s'engager, mais nos chauvins de service, soi-disant préposés au rayonnement de la France dans l'univers, ont préféré laisser passer le coche et dérouler le tapis rouge à la psychiatrie sauce Mac Do, le DSM et tout le tremblement. Ce que je proposerais serait plus résolument, je ne dirai pas moderne, puisque l'art moderne a été embaumé dans des châsses muséales et de coûteuses collections - mais contemporain. Voilà, mon cher Francis, nous tenons là, je pense, une ébauche de réponse à ta question : « La psychiatrie s'est- elle modernisée ? ». Tu parles si elle s'est modernisée, la psychiatrie - dans le temps, et à contretemps : on avait déjà inventé le post -modernisme. Si bien qu'à l'aube de ce nouveau millénaire, il n' y a plus que les ploucs et les demeurés (George W. Bush peut-être, si jamais la CIA le briefait sur la question) pour parler de psychiatrie moderne. Disons désormais, si tu le veux bien, psychiatrie contemporaine, au moins on ne risque pas de se tromper. Comme eût dit Monsieur Prudhomme : « Je suis contemporain de mon temps, et j'en suis fier. »

Arriverai-je donc à la faire, cette suggestion ? Ce serait tout simplement de rattacher la psychiatrie au Ministère de la Culture. Un détachement peut-être, à titre d'essai, pendant deux ou trois ans : -Ou alors, à la réflexion ça m'a l'air plus pertinent, une espèce de cogestion : la Santé et la Culture. Avec un sous-secrétariat à la Psychiatrie Contemporaine. J'ai le plaisir de m'amuser, mais je suis très sérieux – ce n'est d'ailleurs pas incompatible. »

Roger concluait : « ...*Je vomis ceux qui ont réponse à tout, qu'ils soient cognitivistes ou à l'occasion lacaniens. En un mot, ceux dont je me sens proche sont toujours à mes yeux des aventuriers de l'esprit – je veux dire des besogneux, des praticiens (peu importe leur position hiérarchique) pataugeant jusqu'au cou dans une quotidienneté toujours neuve et incertaine, décevante et exaltante...* »

La création artistique, Roger l'a rencontrée auprès des psychotiques dans sa dimension authentique pas celle dite de l'art thérapie, ersatz médical. En 2004, sa pratique de superviseur auprès d'équipes de pédopsychiatrie lui permettait un certain optimisme. Mais, cela c'était avant que tous les « lardons turbulents » soient mis sous amphétamines (Ritaline°)

Au revoir Roger.

Dr A. Pereira Estrela

NOTES DE LECTURE

Boussole.s par temps de coronavirus

Il nous a été annoncé une guerre, mais ce n'était pas une guerre, le virus n'a aucune intention. Il ne cherche pas à nous dominer, il ne bombardera pas nos habitations et ne fusillera pas la population. D'emblée nous avons été saisis dans un effet de peur par un effet rhétorique. Le langage a un sens, il ne se manie pas à la légère. Nous n'étions pas en guerre, mais au milieu d'une tempête. Comment lutter contre la sidération ou la colère. Rien de tel que les écrits, la littérature bien sûr, mais 3 petits fascicules de la collection Tracts de Gallimard et de beaux textes dans la rubrique Idées du journal Le Monde m'ont bien aidé.

Le premier qu'il m'avait été donné de lire, que j'avais beaucoup offert, comme un cadeau précieux, est celui de François Sureau, *Sans la liberté*, avocat, énarque, écrivain publié en septembre 2019. Comment acceptons-nous une restriction constante de nos libertés publiques dans « une extase sécuritaire » et une revendication constante de nos droits catégoriels et mémoriels, en perdant de vue que nous devrions être surtout des citoyens avant des individus. Force a été de constater que pendant le confinement nous avons atteint un summum, acceptant un enfermement sans baragouiner qui allait jusqu'à imposer aux personnes en EPHAD de rester isolées dans leur chambre des semaines durant, sans leur avis, une proposition de surveillance par drones, une application numérique de traçage le tout avec notre supposé consentement. Il nous faudra être plus que vigilant pour la suite de cet état d'urgence sanitaire

Le second de Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, philosophe et psychanalyste, sur le tard dit-elle. Dans l'introduction, elle nous dit « Quand la civilisation n'est pas soin, elle n'est rien. » Dans ce court texte, sont évoqués les liens entre clinique et citoyens de l'Etat de droit, clinique de la chosification, de la vulnérabilité. Une autre citation « *il convient de se remémorer cette vérité première qu'il n'y a pas de maladie mais seulement des sujets qui tombent malades et que la reconnaissance de cette subjectivité est la seule opérationnelle pour la production d'un soin* ». La vulnérabilité est le propre de l'humain, pas que des malades et le soin nécessite une élaboration imaginative. Dans cette crise sanitaire, les soignants s'en sont montrés dignes, inventant de nouvelles organisations, tentant des traitements, se serrant les coudes, dépassant pour certains les interdits comme permettre une visite au chevet d'un mourant.

Le troisième de Stéphane Vélut, *L'hôpital, une nouvelle industrie*, le langage comme symptôme, publié en janvier 2020, neurochirurgien. Ou comment le langage a été utilisé pour formater les soignants à adhérer à l'idée que l'hôpital pouvait être géré comme une industrie, par la gestion des flux puisque le stock appartient au vieux monde. Terrifiant en temps de pandémie. Nous y reconnaissons tous ce qui fait notre ordinaire de soignants et de syndicalistes pour ce qui concerne le SNPP, invité à des commissions « Théodule » diverses où l'on nous noie dans ce langage.

Je vous recommande aussi l'article de Barbara Stiegler, professeur de philosophie politique dans Le Monde du 10/04/2020. Elle analyse l'impréparation française face à cette pandémie, l'opposition entre médecine réactive et médecine proactive, terme qui renvoie aux analyses de Stéphane Vélut, les injonctions contradictoires, restez chez vous, mais sortez voter, restez chez vous, mais allez travailler...surtout pour certains. Elle propose que les choix de santé publique, comme les choix économiques et sociaux, soient une affaire collective et non la chose réservée des experts et des dirigeants.

Comme vous le lirez, fort du travail de ces auteurs, les techniques de management, l'évanescence de l'éthique du soin derrière les chiffres, le consentement à la baisse de nos libertés sous prétexte de sécurité gestionnaire ne nous mènent pas très loin en ces temps de pandémie. A nous d'agir en citoyens et en soignants.

Béatrice Guinaudeau

Extensions du domaine du don

DEMANDER-DONNER-RECEVOIR-RENDRE - Alain Caillé, Actes Sud, 2019

Les ouvrages de sociologie ou d'anthropologie ne font pas partie des lectures couramment recommandées aux psychiatres, qui ont déjà fort à faire, quant à cette activité, dans leur propre discipline. Pourtant, parmi les livres récemment publiés dans ce domaine, *Extensions du domaine du don* d'Alain Caillé est remarquable, à plus d'un titre, et enrichira les psychiatres quelles que soient leurs références théoriques et leur pratique professionnelle.

Professeur émérite de sociologie à l'université de Paris-Ouest Nanterre, Alain Caillé a créé avec d'autres chercheurs *La revue du MAUSS* (Mouvement Anti-utilitariste en Science Sociale), qui défend une conception de l'humain plus large que celle inspirée par la science économique dominante. Son travail est animé par "*la conviction que la relation de don, telle qu'analysée par Mauss, est la forme générale du rapport entre les sujets humains pour autant qu'ils entendent se considérer comme des personnes reconnues comme telles et valorisées dans leur singularité*".

L'auteur propose dans cet ouvrage à la fois un condensé des recherches qu'il mène depuis une quarantaine d'années, et une sorte d'aboutissement de sa pensée, située dans une continuité évolutive de celle de Marcel Mauss. Celui-ci, on s'en souvient, avait révolutionné les sciences humaines naissantes avec son "*Essai sur le don*" paru en 1923, où il démontrait la place fondamentale des systèmes d'échange de dons dans l'équilibre des sociétés humaines de toute époque, y compris à l'ère moderne, et en insistant sur le fait que cette fonction dépasse amplement la dimension utilitaire du seul registre économique.

Le don étudié ici est à situer au-delà de son acception courante, notamment tel qu'il a été élaboré par la doctrine chrétienne, il est abordé dans la suite de M. Mauss en tant

que "*phénomène social total*" : c'est le "*don archaïque*", dont Mauss et les anthropologues et sociologues du don à sa suite nous démontrent qu'il perdure au fondement de nos sociétés actuelles, et qu'il "*mêle des dimensions à la fois économiques, politiques, sociales et symboliques.*" Ce don n'est pas un type de contrat ou de simple échange, ni du ressort d'une individualité, il est produit sous la contrainte d'une obligation (triple obligation maussienne : donner, recevoir, rendre) et concerne des groupes, dont il fonde l'organisation en sociétés. En clair : ce ne sont pas des individus qui échangent mais des groupes à travers eux, dont les individus ne sont que les représentants. On trouvera à ce sujet, entre autres, d'intéressants commentaires critiques sur les développements de Bourdieu et Derrida quant aux caractères de différenciation entre dette, contrat, échange et don.

L'auteur rappelle utilement que le don selon M. Mauss n'est pas bon en soi, il est ambivalent, ambigu ("*agonistique*"), à considérer comme un *pharmakon*. Ses effets varieront selon la manière dont il est fait, accepté ou rendu, bénéfique ou maléfique. "*À partir du moment où le don échappe au registre horizontal de la réciprocité, simple ou générale, entre pairs, il devient vecteur de domination et de soumission croisées.*"

Ici sont étudiées des questions essentielles à la compréhension et la régulation des relations humaines : comment faire alliance, qu'est-ce qui fait sens dans les échanges, comment réguler la violence née de la rencontre et de la cohabitation entre groupes humains, comment situer l'importance de la demande dans l'initiation du circuit du don, etc. Également, le sociologue s'interroge sur les ressorts de la croyance, l'essence du religieux, sur la bonne manière (selon la sociologie) de penser les rapports entre pouvoir, domination et autorité. Il est proposé d'ouvrir la discussion sur de nombreux sujets d'étude sociologique, "*selon une entrée autre que celles habituellement pratiquées, l'entrée par le don*".

Du foisonnement d'idées et d'applications à la compréhension des organisations humaines à travers le prisme du don, je retiendrai quelques points susceptibles d'intéresser plus spécifiquement le lecteur psychiatre : don et donation, croyance, efficacité symbolique, conditionnalité et inconditionnalité, utilitarisme et convivialisme ; points développés par chapitres, et tout au long de l'ouvrage.

Ce convivialisme, autre nom d'un anti-utilitarisme, est prôné pour s'orienter face aux défis du transhumanisme, et pour chercher des remèdes aux crises de tous ordres (financières, économiques, sociales, politiques, écologiques) qui se succèdent. Pour ce courant d'idée, une vie réussie (c'est-à-dire non aliénée) est une vie où la personne sait s'insérer correctement dans le cycle du don dans une perspective de reconnaissance réciproque. Ce cycle repose sur la "*triple obligation de donner, recevoir et rendre*" découverte par M. Mauss. À quoi Alain Caillé ajoute le temps de "*la demande, explicite ou implicite, formulée ou informulée, car si le don ne satisfaisait aucune demande, aucun besoin, aucun désir, il tournerait à vide.*"

De plus, la valeur d'un don, et du cycle dans lequel il est inscrit, n'existe aussi que parce qu'il aurait pu ne pas être fait. Il y a une coexistence génératrice de sens, entre

"le cycle du don, le cycle symbolique du demander-donner-recevoir-rendre, celui qui instaure l'alliance (...) et la réalité ou la possibilité de son opposé (...) qui sépare ou maintient dans l'hostilité (le cycle) du ignorer-prendre-refuser-garder."

Sans nécessairement s'intéresser aux nombreux domaines explorés dans cet ouvrage, le praticien pourra au moins y trouver des repères pour forger une alternative à la psychiatrie qualifiable d'utilitariste (centrée seulement sur la bio-logique, sur la survie de l'espèce), c'est-à-dire une pratique également ancrée dans la dimension de la "donation", ouverte à la singularisation et à la création. Cette dimension de la donation correspond à une façon d'agir dans le cycle du don en s'y adonnant *"jusqu'à sortir de soi, (que) parce qu'il y a un au-delà du don et du jeu qui est de l'ordre de ce que (...) la tradition phénoménologique allemande appelle la donation, la Gegebenheit, le fait que tout un ensemble de choses parmi les plus précieuses (à commencer par la vie même, par la nature, l'air, etc.) nous sont comme données. Elles sont là, mais données par personne et à personne en particulier, au-delà donc de la relation de don et de jeu qui noue une alliance entre personnes."* Cette façon de considérer l'économie des échanges est propice à inspirer la modestie nécessaire au psychiatre sans toutefois en déduire un pessimisme qui serait erroné, puisque ainsi que le souligne l'auteur citant le philosophe Claude Lefort, *"on ne donne pas pour que l'autre rende mais pour qu'il donne à son tour. Dans le don comme pour les jeux infinis, il ne faut pas solder les comptes, la dette ne doit jamais s'abolir, juste changer de place."*

J'ai trouvé particulièrement éclairants les commentaires sur la recherche de reconnaissance impliquée dans la circulation du don, qui évoque des manifestations symptomatiques et psychopathologiques dans des situations souvent rencontrées en pratique clinique. En effet les défauts de reconnaissance sont fréquemment à l'origine de nombre de pathologies et de souffrances construites au sein des groupes familiaux ou professionnels ; on peut traduire l'expression "défauts de reconnaissance" avec le prisme proposé ici : absences de don, impossibilités de rendre ou dévalorisation des contre-dons. Par exemple l'étude des "souffrances au travail" et des addictions bénéficie par cette traduction d'un apport conceptuel très enrichissant, avec de nombreuses références, et directement utilisable en pratique quotidienne.

Un autre aspect extrêmement intéressant est l'insistance sur le temps de la demande, sous toutes ses formes, au cycle du don ; les praticiens et soignants savent que cette question, souvent conceptualisée comme une "étape" dans l'évolution du positionnement psychique des patients, est un enjeu crucial pour la progression des soins. Mais souvent également ils sont embarrassés pour la manière de façon à ce qu'elle soit positionnée dans une discursivité profitable au malade ; situer cet aspect d'une façon maussienne peut permettre de réaliser des déblocages bénéfiques aux soins, quelle qu'en soit la technique.

On l'aura compris, le maniement de ce prisme du paradigme du don évoque les thérapies systémiques, puisque la réciprocité des dons régénère le cycle conduisant à la reconnaissance ; et à la subjectivité puisque, nous dit Alain Caillé *"il n'est de don que de sujets, et réciproquement, il n'est de sujet que donateur"*.

De même, la réflexion sur l'équilibre nécessaire entre inconditionnalité et conditionnalité pour asseoir l'équilibre psychique de l'individu dans le groupe est intéressante à plusieurs titres. Dans la conception maussienne de la relation de don, il entre toujours une part d'inconditionnalité, constitutive de la relation, et une part d'échange et de calcul, de conditionnalité. *"On n'entre dans une relation d'alliance que par un pari d'inconditionnalité, mais à cette relation on n'est pas tenu si l'on n'y trouve pas son compte."* On voit ici par exemple que l'imposition, aux soignants et système de soins, du paradigme de la rentabilité financière comme référence majoritaire voire unique par les tutelles (la T2A, la ROSP par exemple) endommage gravement le système lui-même, en empêchant l'inconditionnalité (le non-calculable) nécessaire à l'offre d'alliance. Ou encore on trouve ici une formulation claire de ce pourquoi l'équilibre financier d'un exercice médical (en cabinet libéral par exemple) comme déterminant premier et principal de la façon de travailler, ne peut pas être une base pour des échanges situés dans le registre du don. Comme le formule l'auteur *"le thérapeute moderne (...) est avec le patient dans une relation contractuelle, d'individu libre à individu libre. Mais à travers ce contrat de type conditionnel il s'engage à incarner un moment d'inconditionnalité et aider à restaurer ainsi chez le patient l'équilibre perdu, ou jamais encore obtenu, entre inconditionnalité et conditionnalité."*

Une lecture vivifiante et instructive, bienvenue pour régénérer la dimension du don éclairé dans la pratique quotidienne.

Olivier Brunschwig

ANNONCES – INFORMATIONS

Séminaire de formation et de recherche 2020-2021

PHILOSOPHIE ET HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Entrée libre (inscription par courriel pour les internes : y.craus@ghu-paris.fr)

JEUDI MENSUEL DE 16H À 18H - BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE HENRI EY - 2ÈME SALLE DE LECTURE - GHU PARIS PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES - 1, RUE CABANIS 75014 PARIS

Objectifs

- Découvrir l'histoire des idées en psychiatrie de l'enfant
- Connaître les grands concepts cliniques et leurs auteurs
- Analyser l'évolution des terminologies et des classifications
- Mettre en perspective les pratiques cliniques et thérapeutiques contemporaines
- Présenter des pistes de recherches en sciences humaines

1er octobre - Histoire philosophique des troubles du développement envahissants (1980-2013), par Yann Craus.

12 novembre - Retour sur le rôle de la notion de perversion instinctive dans la prise en charge des enfants et des adolescents (1910-1960), par Annick Ohayon

10 décembre - Peut-on parler d'une psychiatrie phénoménologique de l'adolescent? Aspects cliniques et épistémologiques, par Sarah Troube

14 janvier - Trajectoires agitées. Sociologie d'une enfance non-conforme, par Jean-Sébastien Eideliman

11 février - Attachement et psychanalyse, pour une histoire croisée, par Marie-Odile Pérouse de Monclos

11 mars - Concevoir le fonctionnement limite. Histoire et philosophie de la clinique de l'adolescent, par Maurice Corcos

8 avril - Histoire et actualité de la pédopsychiatrie au Japon, par Sarah Terrail-Lormel

13 mai - Du dispensaire d'hygiène mentale au centre médico-psychologique. Une histoire des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, par Camille Monduit de Caussade

10 juin - Françoise Dolto, « Au jeu du désir », par Caroline Eliacheff

1er juillet - Sur Roger Misès... une recherche en cours, par Thierry Gineste.

Groupe d'échanges cliniques AFPEP-SNPP à Paris

Depuis 10 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 permet à chacun, s'il le souhaite, d'exposer des moments cliniques vécus difficilement ou comportant des particularités intéressantes à discuter, 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.

Pour plus de renseignements, contactez Olivier Brunschwig au 06 08 03 34 66.

Colloque InterPsy avec ALFAPSY

11 et 12 décembre 2020 à Paris à la Faculté Diderot

Quel dialogue entre psychiatrie, psychologie clinique et psychanalyse ?

Table Ronde de ALFAPSY se chargera de son côté de la psychanalyse et des sciences du vivant : **Quelle formation clinique pour les psychiatres et psychologues d'aujourd'hui ?** Aïda Sylla, Raphael Benamouzig, Michel Jurus, Paul Lacaze