



# BIPP

## LES PSYCHIATRES MONTENT AU CRENEAU L'AFPEP-SNPP EN ORDRE DE BATAILLE

Numéro 79 – Mai 2021

79

## AFPEP-SNPP

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

## **49èmes JOURNÉES NATIONALES de l'AFPEP**

### **LE LIEN**

**ARLES - 1 au 3 octobre 2021**  
Contact : [info@afpep-snpp.org](mailto:info@afpep-snpp.org)

### **Patients en souffrance au travail : Diagnostics, soins, traitements**

**Olivier Brunschwig- Philippe Chetrit**

**samedi 12 juin 2021 9h-17h**  
**21 rue du Terrage 75010 Paris**  
DPC n° 39732100001 sur mondpc

### **La journée de printemps : LES RISQUES ACTUELS À L'ADOLESCENCE**

Du Samedi 19 juin 2021 à Reims est annulée car la Maison de la Vie Associative n'ouvre pas ses portes au public le samedi en raison des contraintes sanitaires.

### **La Formation DPC : Conduites extrêmes à l'adolescence**

Du vendredi 18 juin 2021 à Reims est annulée car la Maison de la Vie Associative n'ouvre pas ses portes au public le vendredi à nos heures en raison des contraintes sanitaires.

### **Responsable de la Publication**

Michel Jurus

### **Rédacteur en chef**

Thierry Delcourt

### **Comité de lecture**

Michel Jurus – Élie Winter –  
Olivier Brunschwig – Jérémie  
Sinzelle – Rania Gard

### **Secrétariat de la Rédaction**

01 43 46 25 55 [info@afpep-snpp.org](mailto:info@afpep-snpp.org)  
21 rue du Terrage 75010 Paris

## **SOMMAIRE**

**Éditorial** Michel Jurus .....3

**Le mot du rédacteur** Thierry Delcourt...4

### **Actualités Syndicales**

#### **Le SNPP et la victoire aux URPS**

Elie Winter.....5

Claude Gernez – Patrice Charbit.....8

### **Actualités de l'ODPC-PP**

Olivier Brunschwig.....9

### **Pédopsychiatrie**

#### **Plateformes et Pédopsychiatrie**

Marie Dagault.....10

#### **Fabrique du handicap et de l'anormalité**

Thierry Delcourt .....19

#### **Dialogue des engagés**

Françoise Duplex.....20

**Réponse du CNOM à P. Belamich.....22**

### **Tribune Libre**

#### **Cri d'agonie de la psychiatrie**

Pierre Delion.....24

#### **Régime et Diagnostic**

Patrice Charbit.....25

**A propos du manifeste pour le droit des  
personnes âgées** Frédéric Aumjaud....31

**Le courage de déplaire pour rester  
vivant** Frédéric Aumjaud.....32

#### **Souffrance professionnelle des Internes en médecine**

Adeline Metten.....33

**Que réserve-t-on à notre jeunesse ?**  
Hélène Baudouin.....35

#### **Ainsi va le monde**

Didier Martz.....36

**Du côté des livres.....38**

**Marcher droit, tourner rond**, E. Venet. 38

**Le Consentement**, V. Springora.....39

**Pour que naisse Amrita**, Th. Delcourt...40

## ÉDITORIAL

Michel Jurus, Président de l'AFPEP-SNPP

### Le Bien Commun

Depuis des décennies, la société française voit son bien commun s'appauvrir au nom du bien particulier. Des critères économiques, ultra-libéraux imposés par le monde financier font que le service public français serait trop onéreux et nécessiterait une destruction et restructuration.

Deux piliers en sont particulièrement touchés : les mondes de l'Éducation et de la Santé.

La médecine publique, libérale et privée, en particulier en psychiatrie, est durement impactée par cette vieille politique d'exploitation de l'humain qui se voudrait innovante dans ses slogans.

Une planification terrible s'abat sur notre système de soin. Les hôpitaux publics sont déstructurés. Le profit personnel domine le profit collectif au prix de la souffrance des soignants et des malades.

Les médecins libéraux français, qui ont une convention avec l'Assurance Maladie, assurent une continuité des soins à toute la population des plus pauvres aux plus riches.

Il faut noter que si les soins doivent être accessibles à tous, la santé ne l'est pas car les catégories les plus défavorisées subissent plus de maladies et meurent plus tôt. La politique de santé est plus occupée à démolir le soin que d'assurer un bien être à sa population. Le droit à la santé n'est pas le droit au soin.

Progressivement, les lobbies de la santé ont décidé d'augmenter leurs profits au détriment de la population. Ils ont influencé la politique française à l'Assemblée Nationale et dans les grands corps de l'État. Les Présidents français et les Premiers ministres reçoivent plus souvent des grands patrons d'assurance et de banque que des médecins. Les députés sont démarchés, commercialement et officiellement, sans que des règles strictes de contrôle soient appliquées comme pour les médecins. Les hauts fonctionnaires reçoivent des formations aux « nouveaux » principes économiques et peuvent travailler dans le privé dès qu'ils le souhaitent. Des professeurs de médecine sont subventionnés comme agents

commerciaux pour faire la promotion d'une médecine dite innovante qui assurent encore plus de profits pour les grands groupes financiers et pharmaceutiques. La Haute Autorité de Santé, qui défend les principes financiers se devrait d'être totalement indépendante des lobbies plutôt que de l'État.

Un des premiers effets, de cette politique, est que les honoraires des médecins libéraux stagnent souvent et peuvent aussi régresser. Les psychiatres sont victimes d'une dévalorisation de l'acte de consultation. Cette politique scandaleuse a précipité un grand nombre de spécialistes libéraux vers le secteur 2. Pour limiter les remboursements des malades, l'OPTAM a été créée pour que les assurés qui consultent des secteurs 2 ne soient plus remboursés partiellement que par l'Assurance Maladie, dans une époque où les complémentaires santé sont devenues obligatoires. Grâce à cette astuce, ce sont les médecins secteurs 2 qui sont désignés comme responsables de la perte d'accès aux soins.

Il est vrai que les complémentaires santé coûtent bien plus, remboursent bien moins et que les assurés doivent toujours payer plus.

L'accès aux soins serait une priorité aujourd'hui, après avoir démantelé les hôpitaux publics et privés, mais cette priorité est plus dans un esprit populationnel que dans la continuité des soins. Le Ministère des Solidarités et de la Santé veut promouvoir les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : pour se mobiliser pour organiser les soins de ville (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>)? Les CPTS constituent un levier particulièrement prometteur pour la politique d'accès aux soins. Elles incarnent une démarche que l'on peut qualifier de « populationnelle » au sens où l'enjeu est dorénavant pour les professionnels de s'impliquer dans la prise en charge de la population d'un territoire et non plus de patientèles attirées.

Il est clairement dit que les médecins, généralistes ou spécialistes, ne seront plus là que pour organiser, à partir d'un diagnostic sommaire, du tri et de

l'orientation. Dans cet esprit, les malades deviendront des produits à traiter rapidement. Le temps du soin, les médecins de famille et le colloque singulier, si précieux dans la prise en charge médicale, devront disparaître. La psychiatrie privée connaît aujourd'hui cette triste évolution dans les CMPP qui se verraient transformés en plates formes logistiques comme pour les colis.

### **Le populationnel, c'est de la logistique pour les marchandises humaines.**

Avec cet esprit productiviste, les établissements de soins, publics et privés, sont soumis à la dictature de la durée moyenne de séjour. Les libéraux devront recevoir, plus rapidement, un grand nombre de malades et se limiter à trois/quatre consultations par patient et par an. En psychiatrie, nous assistons à un appauvrissement de la nosographie classique au profit de diagnostics grossiers « indiscutables » qui ménagent l'industrie pharmaceutique par des prescriptions, souvent à vie, et surtout, font des maladies des spectres, des troubles, des handicaps qui ne nécessitent plus des soins fréquents. L'infinie créativité de l'esprit clinique se voit réduite par des médecins commerciaux au service de la finance. La médecine innovante deviendrait celle du diagnostic attendu sans prendre le temps de l'observation. Ainsi, une politique du diagnostic grossier qui peut être répertoriée par les professionnels de santé non professionnels du soin, devient mieux contrôlable.

Le diagnostic n'est plus fait pour les médecins mais pour les assureurs et la consommation pharmaceutique.

Aujourd'hui, en nous associant avec Avenir Spé-Le Bloc, nous allons tenter de défendre l'indépendance professionnelle et la continuité des soins. Dans les régions, face aux ARS, nous serons vigilants pour préserver une véritable qualité soignante et ne pas promouvoir la qualité industrielle responsable de morts et de désolations.

### **Il n'est pas question que l'accès aux soins, programmés ou non, devienne seulement un tri sans conscience.**

Au niveau national, le temps consacré aux malades doit être protégé et payé à sa juste mesure. Les honoraires doivent être augmentés pour être respectueux de cette pratique. Les médecins, ne doivent plus être soumis à la dictature productiviste.

Enfin, il faudra sans doute attaquer le mal à la racine. L'intoxication financière, dont est victime notre système de soin doit être dénoncée. Les conflits d'intérêts doivent être obligatoirement annoncés. Les politiques, les hauts fonctionnaires, les médecins qui font la promotion d'une politique de santé devraient afficher clairement les avantages qu'ils retirent de leur prise d'intérêt.

Il faut que les mutuelles retrouvent l'esprit mutualiste et retrouvent l'esprit de solidarité.

Nous devons défendre le bien commun d'un monde du soin, scientifique, indépendant des lobbies. La psychiatrie doit retrouver son niveau de compétence et ne plus subir cette réduction de l'offre de soin du psychiatre en exploitant d'autres professionnels (médecins généralistes, psychologues, infirmiers de pratique avancée). Le psychiatre est indispensable pour des soins de qualité. Les soins ne doivent plus être une source de profits mais de bienfaits.

## **LE MOT DU RÉDACTEUR**

Thierry Delcourt

Après plus d'une dizaine d'années passées avec plaisir et passion comme rédacteur en chef de la revue BIPP et de la revue Psychiatries, j'ai pensé qu'il était temps de passer la main aux jeunes psychiatres du conseil d'administration de l'AFPEP-SNPP. Ils sont de plus en plus nombreux, je m'en réjouis, et ils apporteront un nouveau style à nos revues.

Entouré d'un comité de rédaction, durant toutes ces années, j'ai voulu à la fois préserver la qualité de nos revues, et leur impulser une visibilité plus grande, notamment pour le BIPP qui est passé d'un bulletin à une revue étoffée, à la fois syndicale et scientifique, les deux étant pour nous indissociables. Nos revues sont lues, commentées, appréciées, en témoignent les très nombreux commentaires positifs que nous recueillons sur nos stands AFPEP-SNPP lors des Congrès Français de Psychiatrie et au Congrès l'Encéphale, mais aussi lors de nos Journées de printemps et de nos Journées Nationales.

Dix ans à la tête de ces revues, quarante années d'exercice, vingt ans de recherche, dix essais dont un certain nombre qui concernent directement la psychiatrie, et le virus de l'écriture qui m'a conduit à un premier roman, et bientôt, j'espère un deuxième, le temps de la retraite n'a pas encore sonné et je resterai donc un membre actif de l'AFPEP-SNPP et de l'ODPC-PP.

Comme vous pourrez le constater dans ce numéro, l'AFPEP-SNPP est en ordre de bataille dans plusieurs luttes, avec des doutes, avec des succès, avec des moments de découragement qui n'empêchent pas de toujours monter au créneau pour défendre une psychiatrie qui soigne les patients dans le plus grand respect de leur libre-arbitre et de leur intégrité psychique, une défense qui s'appuie sur nos fondamentaux pour une psychiatrie psychodynamique à visage humain, maintes fois développés dans nos colonnes. Nous avons solidement pris place dans les URPS, en nous affiliant à Avenir Spé-Le Bloc. Nous sommes en première ligne pour lutter contre la dérive neurodéveloppementale de la pédopsychiatrie dans les lieux de soins médico-sociaux, et prochainement dans nos cabinets de pédopsychiatres, si peu nombreux, si débordés et non respectés par les instances administratives et étatiques et par l'éducation nationale.

L'heure est aussi au soutien des internes en médecine, toutes spécialités confondues, qui ont pris de plein fouet la crise Covid, aggravant des conditions de travail déjà inadmissibles : temps de travail titanesque, rémunération dérisoire, maltraitance par certains chefs de service avec menaces sur leurs validations de stage... à Reims, nous sommes en première ligne avec deux suicides en un an, mais partout ailleurs, on ne compte pas les dépressions, burn out et tentatives de suicides. Nous mettons en place des plates-formes d'accueil et d'écoute et nous les soutenons dans leurs actions tant au niveau local que national. On pourrait nous rétorquer que tout le monde souffre, salariés, enfants, adolescents, étudiants, professionnels de santé, ce qui est vrai, et nous le ressentons dans nos cabinets débordés par les demandes de soins. Mais en ce qui concerne les internes, il s'agit

d'une maltraitance criminelle que la confraternité ne peut en aucun cas laisser passer.

Enfin, vous l'avez aussi constaté, en 2020 nous avons dû reporter notre Journée de Printemps, nos Journées Nationales et nos actions de formation en DPC. 2021 a très mal commencé mais nous espérons une accalmie. Pour l'instant, la Journée de Printemps à Reims et nos Journées Nationales à Arles sont maintenues, et associées à des formations DPC. Nous avons tous besoin de ces rencontres, de ces partages d'expérience, notamment en cette période de Covid qui nous a obligés à nous adapter, et à découvrir des approches cliniques de crise ainsi que le recours à la téléconsultation, pour le plus grand bien de nos patients... et de nous-mêmes.

Bonne lecture, n'hésitez pas à commenter nos articles. Osez nous rejoindre par votre adhésion mais aussi, c'est important pour nous et pour vous, en vous engageant dans les luttes qui nous, et qui vous, paraissent légitimes afin de préserver des conditions d'exercice décentes tant sur le plan des rémunérations et des conditions de travail, que sur le plan éthique, déontologique. Il vous suffit de contacter notre secrétaire Rania Gard au 01 43 46 25 55 qui vous mettra aussitôt en relation avec un membre du conseil d'administration.

Nous ne lâcherons rien face à ce qui met en péril la qualité de notre exercice, de la rencontre avec les patients et d'un soin respectueux. Rejoignez-nous, aidez-nous à vous aider, adhérez à l'AFPEP-SNPP.

## **BULLETIN SYNDICAL**

**Élections URPS : Avenir Spé – Le Bloc soutenu par le SNPP, vainqueur chez les spécialistes !**

Élie Winter, Secrétaire général de l'AFPEP-SNPP

Début avril 2021 ont eu lieu les élections URPS, pour élire vos représentants syndicaux pour 5 ans dans chaque région. Notre campagne initiale visait à proposer des candidats sur toutes les listes, et à soutenir en particulier les deux syndicats auxquels le SNPP adhère : la CSMF et AvenirSpé.

Membre de la CSMF-Spécialistes, le SNPP n'a été sollicité dans aucune région pour participer à ses listes, et n'a pas été sollicité non plus pour participer à l'élaboration d'un programme pour la psychiatrie (qui a été diffusé sans aucune discussion avec nous).

Par contre nous avons participé en tant que membre d'AvenirSpé à l'élaboration des listes et avons diffusé notre programme pour l'avenir de la psychiatrie libérale (que vous trouverez dans ce numéro du BIPP). Les électeurs nous ont donné raison. Dans un sondage « sortie des urnes », réalisé par le SNPP juste après la clôture du scrutin, 96 % sondés déclarent avoir voté « Avenir Spé » !

Parmi les élus, on notera notamment :

- Le président du SNPP Michel Jurus, en Auvergne-Rhône Alpes,
- La trésorière Béatrice Guinaudeau en Nouvelle Aquitaine,
- et le secrétaire Général Elie Winter en Ile-De-France.
- Anne-Lise Bodin dans les Pays de Loire,
- Catherine Goudemand dans les Hauts de France.

Les psychiatres n'ont pas été seuls dans cette dynamique car AvenirSpé/LeBloc est désormais le premier syndicat de médecins spécialistes libéraux en France (39 % des voix du collège spécialistes).

Chez les généralistes, c'est MG France qui reste n°1 avec 36 % des voix du collège généralistes.

La CSMF maintient néanmoins sa place de premier syndicat si on réunit tous les libéraux, grâce à sa présence dans les deux collèges (Généralistes et Spécialistes), mais perd 3% chez les généralistes, et presque 10% chez les spécialistes.

On regrette d'autant plus la participation, trop faible (22%) (-17 points par rapport à 2015). Le passage au vote électronique y est sans doute pour beaucoup : très simple pour certains, le système s'est avéré kafkaïen pour d'autres (notamment pour trouver le bon format du numéro d'inscription à l'Ordre).

Les psychiatres représentent 12% des médecins libéraux. Nous sommes numériquement les plus nombreux des spécialistes, devant l'ensemble des

chirurgiens réunis. Pourtant, nos revenus sont parmi les plus bas, comme toutes les spécialités cliniques. La prochaine négociation conventionnelle doit commencer en 2022. Nous sommes prêts !

\* **Voir le tableau en 3<sup>ème</sup> de couverture**

## **PROGRAMME DU SNPP POUR LES ELECTIONS URPS**

Le SNPP s'engage avec AvenirSpé-LeBloc pour les élections aux URPS

Relancer l'action syndicale en psychiatrie libérale.

L'heure est grave pour la psychiatrie libérale, et les élections aux URPS sont l'occasion d'une réponse forte.

\*Est-il normal que les psychiatres libéraux aient systématiquement les revenus les plus bas parmi les médecins libéraux ? (si si, par exemple dans les chiffres de la CARMF reproduits dans ce BIPP)

\* Est-il normal que les médecins français soient moins rémunérés que les autres des pays de l'OCDE ?

[https://www.huffingtonpost.fr/entry/segur-de-la-sante-les-medecins-et-infirmiers-francais-gagnent-moins-que-leurs-voisins-europeens\\_fr\\_5ecb884dc5b6ddce25d94837](https://www.huffingtonpost.fr/entry/segur-de-la-sante-les-medecins-et-infirmiers-francais-gagnent-moins-que-leurs-voisins-europeens_fr_5ecb884dc5b6ddce25d94837)

\*À Paris, et dans les grandes métropoles, l'accès au secteur 2 est devenu une condition sine qua non pour les nouvelles installations... mais les médecins en secteur 2 sont montrés du doigt pour leurs dépassements d'honoraires... que les mutuelles s'organisent pour ne plus rembourser via les contrats dits «responsables» !

\*L'installation en libéral est administrativement trop complexe. L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées, la responsabilité des données de santé avec la RGPD... les sujets ne manquent pas qui nécessitent un syndicat fort d'une bonne représentativité. Nous exigeons un soutien massif de la CPAM pour aider à l'installation, et non un climat de défiance permanent !

\*Le risque de piratage des données informatiques pourtant de plus en plus exigées par la CPAM :

Quelle responsabilité pour les médecins libéraux ? Quels moyens pour s'en

protéger? Quelle aide des ARS, de la CPAM ? Pour l'instant rien !

\*Le parcours de soins : L'accès direct spécifique en psychiatrie doit être remis en place. Le parcours de soin est un pur artifice administratif que les consultations hospitalières n'appliquent d'ailleurs quasiment jamais, se contentant d'exiger que le patient ait un médecin traitant pour le prévenir après coup. Pourquoi maintenir ce système absurde ? Les médecins généralistes en ont bénéficié, les spécialistes le subissent. C'est le lourd tribut que les spécialistes payent pour avoir trop longtemps soutenu les généralistes. Il est temps de mettre en avant les difficultés des spécialistes, réunis dans la nouvelle centrale syndicale.

### **AvenirSpé/LeBloc ! Les élections aux URPS en sont l'occasion**

Pour ce qui concerne plus particulièrement la psychiatrie libérale :

\*Quelles transformations du métier de psychiatre libéral nous attendent avec la mise en place prochaine des remboursements des psychothérapies de psychologues en ville, pour des séances en nombre limité, à 22 € environ... Quelles garanties déontologiques proposera cette profession sans Conseil de l'Ordre ?

\*La pédopsychiatrie libérale souffre d'une tarification désincitative dramatique, puisque les consultations sont plus longues, nécessitent plus de coordination, sans complément d'honoraires. On s'étonnait de voir leur nombre diminuer, on les voit maintenant disparaître, et l'Assurance Maladie refuse toujours toute revalorisation !

\*Il en est de même pour la psychiatrie du sujet âgé, surspécialité récemment reconnue qui nécessite des cotations cliniques spécifiques incitatives pour ne pas être réduite à des grilles et des échelles, et laisser toute la place (et le temps !) pour le travail clinique rendu difficile par la dépendance.

Car le propre de l'exercice libéral, c'est la continuité du soin dans le temps, et la liberté de nos pratiques.

L'acte de psychiatrie est typiquement un acte clinique, toujours complexe, largement intellectuel, et multidimensionnel, qui va du

recueil de l'histoire du patient, la manière de l'exprimer, parfois des informations de proches avec un maniement délicat et rigoureux du secret médical avec l'entourage, le monde social, la médecine du travail en particulier. Le diagnostic est à la fois une notion précise et évolutive en psychiatrie, les traitements médicamenteux et non médicamenteux sont à la fois adaptés sur mesure et non spécifiques en fonction du seul diagnostic avec des réadaptations constantes, un suivi rapproché souvent nécessaire avec des risques liés à la pathologie, au traitement, et aux interactions sociales.

Relançons la lutte pour l'indépendance professionnelle et la continuité des soins :

\*Vis-à-vis des «plateformes d'orientation» imposées par les ARS aux CMPP.  
<http://afpep-snp.org/le-point-sur-les-cmpp-menaces-sur-les-soins-en-nouvelle-aquitaine/>

\*Vis-à-vis des plateformes commerciales de prise de rendez-vous en ligne qui cherchent à obtenir une position de monopole... qui nous sera bien sûr de plus en plus lourdement facturée !

\*Vis-à-vis des plateformes de téléconsultations (souvent les mêmes que pour les prises de rendez-vous !) qui vendent leur produit sans respect des obligations déontologiques (voir avis du Conseil de l'Ordre). [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom\\_mesusage\\_de\\_la\\_telemedecine.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom_mesusage_de_la_telemedecine.pdf)

\*Vis-à-vis des grands investisseurs financiers : mutuelles, groupes de cliniques privés ! ... dont les bénéfices sont largement supérieurs à ceux des médecins qui font le soin.

\*Vis-à-vis des ARS, en veillant aux limites de la promotion d'une intervention «populationnelle» via les CPTS qui ne doit pas se faire aux dépens des patientèles contrairement aux démarches en cours où « les CPTS constituent un levier particulièrement prometteur pour la politique d'accès aux soins. Elles incarnent une démarche que l'on peut qualifier de «populationnelle» au sens où l'enjeu est dorénavant pour les professionnels de s'impliquer dans la prise en charge de la population d'un territoire et non plus de patientèles attirées. »

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>

\*L'accès aux soins doit être facilité, mais les psychiatres doivent continuer à faire le soin, et pas se réduire à une position d'experts. Accéder aux soins oui, mais pas sans continuité du soin en aval.

Le SNPP s'est engagé auprès d'AvenirSpé/LeBloc, nouveau syndicat créé pour défendre les intérêts des médecins spécialistes...

C'est maintenant à vous de décider la politique que vous soutiendrez pour les années à venir, grâce aux élections aux URPS du 31 mars au 7 Avril.

Faisons d'AvenirSpé/LeBloc un acteur majeur. Sa représentativité se décide dans les urnes (du vote en ligne). A vous de nous soutenir.

Les URPS : des élections ont lieu du 31 mars au 7 Avril. Pourquoi est-ce important de voter Avenir Spé/ Le Bloc ?

Un enjeu national pour les spécialistes : c'est l'élection qui détermine la représentation syndicale pour les 5 prochaines années. Qui détermine donc quel syndicat sera en mesure de négocier avec l'administration sur :

- LA TARIFICATION : un retard considérable des tarifs des actes médicaux (OCDE)
- RÉFORME DE LA NOMENCLATURE CCAM : participation active et incontournable de notre représentation
- ACCÈS AU SECTEUR 2 : réforme du 3ème cycle et ses conséquences, rôle des complémentaires santé dans le remboursement /Base de remboursement.
- ÉVOLUTION de l'OPTAM pour que les taux de dépassements d'honoraires autorisés ne diminuent pas avec le temps, mais au contraire puissent augmenter.

Un enjeu régional :

- Les URPS sont les interlocuteurs des médecins libéraux avec l'ARS. Parmi les missions des URPS citons l'organisation de l'exercice (permanence/continuité des soins, nouveaux modes d'exercice), prévention, veille sanitaire, gestion des crises sanitaires, mise en œuvre de contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens, le

DPC, les systèmes d'information et de communication, l'éducation thérapeutique.

- donner envie aux jeunes de s'installer en libéral, puis de les accompagner dans leur choix

- les élections déterminent qui vous représentera aux commissions paritaires locales et régionales... et donc vous défendra si vous êtes mis en cause dans votre exercice professionnel.

En pratique : Le vote sera pour la première fois exclusivement électronique. On pourra voter entre le 31 mars et le 7 avril. Pour voter vous aurez besoin d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe vous sera communiqué par courrier postal par le ministère. Ne jeter aucune lettre sans l'avoir ouvert. Votre identifiant est le numéro inscrit sur votre carte de l'ordre XX/XXXXX. Il faut bien respecter la casse, en conservant le « / ».

Liste AVENIR SPE/LE BLOC : nouveau syndicat, nouvelle union syndicale, composée uniquement de spécialistes, qui incarne la nouveauté, l'Union pour la Défense d'une médecine véritablement libérale et indépendante et axé sur la défense exclusive des Spécialistes après des années d'oubli.

## LES ÉLECTIONS URPS

Claude Gernez – Patrice Charbit

Nous pouvons nous féliciter du succès remporté aux élections des Unions Régionales des Professions de Santé, dans toutes les régions.

La tâche s'avérait difficile compte-tenu du nombre inhabituel de listes en présence : jusqu'à sept dans la région Ile de France ! Nous devons ce résultat très favorable au choix d'intégrer le SNPP aux listes d'Avenir Spé le Bloc. Après en avoir discuté entre nous puis durant les Conseils d'Administrations, cette décision a été prise après un vote très favorable.

Une des raisons qui ont motivé notre option correspond à la décision de Patrick Gasser et de son bureau, puis du CA d'Avenir Spé, de créer une structure regroupant les syndicats composés uniquement de spécialistes. Le but étant de devenir une

force de proposition spécifique qui puisse proposer des actions en concertation mais aussi à égalité avec les syndicats de Médecins Généralistes, ce qui n'était pas toujours le cas jusqu'à présent. Une autre motivation à cette décision vient du dialogue avec le président d'Avenir Spé qui s'est toujours montré disponible et a su entendre nos attentes, notamment durant la dernière convention.

Ce succès tient aussi à la détermination de notre président qui a su montrer sa fermeté pour soutenir l'engagement du SNPP dans une seule « centrale » alors que les autres syndicats s'engagent dans plusieurs, dans le but de préserver l'avenir face aux incertitudes de l'élection, cette démarche les empêche, de ce fait, de prendre des positions non ambiguës.

Ce positionnement clair a permis à Elie Winter de montrer l'efficacité de ses actions, suivi par ceux qui voulaient s'engager dans une présence aux URPS. Le SNPP n'a jamais eu autant d'élus à ces élections, de très loin, et c'est le résultat de toute cette mobilisation. Chacun doit être remercié de son action durant les derniers mois.

### **Situation actuelle.**

Le règlement propre aux URPS comprend deux AG annuelles où sont votés les budgets de fonctionnement ; chaque président élu cherche donc à s'assurer une majorité stable pour ne pas se trouver face à un blocage sans solution. Les résultats connus, les tractations commencent pour élire un bureau majoritaire et surtout un président dont le rôle se montre prépondérant dans cette institution, particulièrement en ce concerne les échanges avec les ARS régionales correspondantes aux URPS.

Les alliances se discutent d'abord au niveau national, en fonction du nombre d'élus, et des programmes de chaque syndicat. Bien sûr, c'est au niveau régional que les choix se finalisent ; en fonction de la répartition locale des élus, mais aussi, et peut-être surtout des amitiés ou détestations individuelles. Vient ensuite le temps du travail ensemble.

Les nouveaux élus à ce stade ont pour objectif de rappeler leur présence et les intérêts des psychiatres et leurs convictions, position difficile à soutenir

dans ce climat de tractations tendues où beaucoup revendiquent une place indue dans le nouveau contexte. La meilleure solution consiste à participer aux échanges et à commencer un dialogue avec les représentants des spécialités ayant des intérêts communs avec la nôtre.

### **Et pour la suite...**

Les bureaux une fois élus, avec d'éventuelles surprises jusqu'au dernier moment, les travaux peuvent commencer. Il peut alors se former des groupes de travail autour de thèmes concernant les problèmes actuels et les possibilités de réponses à envisager, il faut aussi souligner que les chargés de mission de l'URPS interviennent à ce niveau pour organiser le bon fonctionnement de ces groupes.

La nouvelle convention sera travaillée ensuite, objet de difficiles négociations, chaque syndicat ayant ses revendications particulières.

La reprise de l'avenant 9, suspendu par Thomas Fatome en automne dernier en attendant les élections URPS, donnera une approche des modalités de négociations à venir, en rappelant que, à travers la télémedecine, c'est de l'accès aux soins dont il est question.

Bien du travail nous attend donc !

## **ACTIVITÉ DE L'ODPC-PP - 2021**

Olivier Brunschwig, Secrétaire Général de l'ODPC-PP

L'activité de l'ODPC-PP a été très ralentie dès le début 2021, par effet cumulé de plusieurs facteurs. Les principaux sont : le respect des réglementations réduisant les possibilités de réunions de groupe ; la charge de travail très élevée des psychiatres pendant cette période ce qui les rend moins disponibles, en temps et en attention, pour leur formation ; une lassitude envers les réunions par visioconférence déjà très utilisée pour les consultations quotidiennes ; une préférence marquée pour les sessions en « présentiel » (ce qui participe grandement à la qualité des formations proposées par l'ODPC-PP).

Au printemps, la possibilité d'une levée au moins partielle des restrictions laisse espérer la tenue de sessions de formations, dont certaines ont déjà été proposées et le sont à nouveau, tandis que d'autres ont été élaborées récemment et sont proposées pour la première fois.

Les thèmes choisis pour nos formations sont issus des préoccupations, voire des inquiétudes, que les membres et les sympathisants de l'Afpep-Snpp éprouvent à constater la montée en puissance des effets de l'idéologie a-théorique sur la pratique de la psychiatrie. Ils reflètent notre certitude en la possibilité de trouver des évolutions acceptables pour notre pratique, qui tiennent compte *en même temps* (!) de l'évolution des connaissances et des techniques, et du respect de la dimension éthique de la relation avec les êtres humains dont nous avons provisoirement la responsabilité.

**samedi 12 juin, à Paris** au local de l'Afpep-Snpp : **DPC n° 39732100001** :

**Patients en souffrance au travail :  
Diagnostics, soins, traitements**

D'autres formations seront proposées à la rentrée après les vacances d'été :

Lors des **Journées Nationales** de l'Afpep **à Arles du 30 septembre au 2 octobre** :

**DPC n° 39732100009 : La consultation en pédopsychiatrie : considérations déontologiques et éthiques**

**DPC n° 39732100010 : Partage d'informations, secret professionnel, signalement : évolution du cadre légal et questions éthiques**

**À Paris 16 octobre 2021 :**

**DPC n° 397300002 : Santé mentale et migration : spécificités de la clinique avec les migrants, demandeurs d'asile, réfugiés**

## PÉDOPSYCHIATRIE

### Plateformes et pédopsychiatrie

Marie Dagault

Je propose d'exposer dans ce texte combien la situation française montre des points communs avec ce qui a été installé en Grande-Bretagne. Le travail de Farhad Dalal (1) est à ce sujet extrêmement approfondi et me semble donc très utile pour analyser et comprendre les enjeux. Ensuite l'idée est d'informer sur la logique administrative gestionnaire à l'œuvre, à partir d'un document particulièrement intéressant qui s'adresse aux gestionnaires des CMPP. La troisième partie présente plus concrètement ces projets de plateformes sur le terrain : j'ai récolté des témoignages et effectué une synthèse subjective et partielle de la situation en Normandie. Enfin j'exposerai quelques propos pour conclure sur les dérives actuelles à partir de ma pratique autour du soin psychique des enfants.

### Une approche très similaire en Grande-Bretagne, avec un temps d'avance

Les lignes qui suivent sont un montage d'une sélection d'extraits à partir des 25 pages de l'article de T. Rabeyron (professeur de psychologie à l'université de Lorraine) (2). Cet article résume le travail de F. Dalal. Le psychothérapeute britannique décrit la dégradation de l'organisation du soin en psychiatrie en Grande-Bretagne. Son ouvrage propose une analyse argumentée historique, dans la complexité et à partir de son expérience clinique et celle de ses collègues de terrain. Des chapitres très détaillés sur la validité du DSM, sur les impostures pseudoscientifiques ne sont pas évoqués ci et je vous invite à lire cet article. Le choix effectué ici permet de mettre en perspective notre situation actuelle, non pas pour anticiper sur un avenir dramatique mais pour résister en étant plus informés : « Il convient également de préciser en préambule qu'il ne s'agit pas de critiquer les TCC en tant que telles : il s'agit de critiquer leur utilisation idéologique à partir de données falsifiées et une vision mensongère des autres approches

psychothérapiques à des fins économiques et politiques. Ainsi, le discours consistant à affirmer que ces thérapies seraient davantage « prouvées scientifiquement » et, de ce fait, « plus efficaces » que les autres approches, a été largement démenti par la recherche empirique (Shedler, 2010; Steinert et al., 2017 ; Woll et Schönbrodt, 2019). Les politiques publiques fondées sur des arguments fallacieux de ce type ne peuvent que conduire à de graves difficultés sociales et économiques comme on l'observe en Grande-Bretagne. » (p.1)  
« Le courant des TCC a en effet pu prendre de l'ampleur dans ce pays grâce à la rencontre d'un économiste influent, Richard Layard (2011), avec l'une des figures de proue des TCC, David Clark (2011). Ils proposèrent ensemble un new deal concernant les troubles anxieux et dépressifs avec l'idée que l'on pourrait soigner ces pathologies à faible coût, 750 livres par personne, grâce aux TCC. » (p 5)

« Une institution a été créée en Grande-Bretagne – l'Increasing Access to Psychological Therapies (IAPT) – pour mettre en œuvre ce programme [...] qui pourrait paraître salubre de prime abord, est associé à l'idée que le bonheur est calculable et mesurable. Ainsi, pour Layard, il existe un état d'esprit qui consiste à être heureux et que l'on peut mesurer. Dans ce modèle, soit nous sommes heureux, soit nous souffrons d'une maladie mentale ». (p5)

« Seuls l'observable et le mesurable acquièrent une validité pour l'éthos dominant, et par conséquent, la recherche quantitative devient sacralisée comme la seule voie vers la vérité ». (p6)

« Layard a donc réussi le tour de force de convaincre les hommes politiques britanniques que les experts qu'ils doivent écouter sont ceux qui s'appuient sur une approche qui serait « scientifique » et « fondée sur les preuves » d'une psychologie positiviste et réductionniste. Ces experts conseillent le législateur qui détermine ensuite des politiques que ces experts seront eux-mêmes invités à mettre en œuvre. Une fois ce cercle vicieux instauré, il devient très difficile de le briser. Dalal décrit comment ces principes ont été appliqués en Grande-Bretagne par l'intermédiaire du NHS (National Health

Service) et du NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Ceux qui ne parviennent pas à une autonomie suffisante dans la société sont considérés comme souffrant de troubles mentaux.

« Le NICE représente grosso modo l'équivalent de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France et met en place des « groupes de développement des pratiques » dont les orientations sont largement biaisées comme en témoignent plusieurs praticiens qui ont participé à ces programmes. Par exemple, pour le TDAH, les données qui mettent en doute le modèle purement neuro-développemental de ce trouble ont été exclues (Moncrieff & Timimi, 2013) ». (p16)

« Des critères prédéterminés permettent ainsi de donner l'illusion d'un processus scientifique en excluant d'emblée les éléments qui contredisent les hypothèses de départ. Au-delà de ce biais de sélection, Dalal montre comment le NICE rédige et diffuse des résumés de ses recommandations dans lesquelles disparaissent les nuances qui avaient survécu à ce travail de présélection. Les enjeux sont importants, car les assurances remboursent les prises en charge en fonction des recommandations du NICE qui sont elles-mêmes largement influencées par des lobbies dont les intérêts financiers priment sur la littérature scientifique. » (p 16)

Les nouvelles organisations proposées « offrent la promesse mensongère de rendre heureux ceux qui souffrent indépendamment du contexte au sein duquel ils évoluent. [...] par un processus de pathologisation et de médicalisation de ces souffrances (« si vous souffrez de dépression, prenez tel médicament ou telle thérapie »).

« Le modèle médical et le modèle des TCC se rejoignent ici : la souffrance est interne à l'individu, que cela soit dans ses gènes, son cerveau ou ses cognitions. Chacun voit ainsi la cause de sa souffrance labellisée, ce qui permet au secteur privé de la prendre en charge dans le but de faire des profits. »

« Le cercle vicieux est alors bouclé car la souffrance psychique ouvre de nouveaux marchés qui perpétuent cette souffrance : le marché des médicaments d'une part et le marché des psychothérapies de l'autre. En ce domaine, l'exemple des thérapies

comportementales est typique dans le champ de l'autisme. Celui-ci a ouvert un nouveau marché de plusieurs milliards. On estime en effet à près de 30 000 euros par an le coût de prise en charge par ces méthodes pour un enfant autiste [...]. ».

« Le patient, devenu client, a donc plusieurs possibilités à sa disposition comme lorsqu'il choisit sa marque préférée de moutarde ou de cornichons. Une privatisation du marché a donc été mise en œuvre sous prétexte de laisser au « client » plusieurs choix possibles et l'idée que « n'importe quel prestataire qualifié » (« Any Qualified Provider ») pourra intervenir dans la prise en charge psychologique. L'IAPTS a développé par conséquent une logique de sous-traitance dont l'avantage est « de réduire les coûts et en même temps de garder les mains propres face à des problèmes éthiques » (p.115). Les troubles psychiques ne sont donc plus gérés directement par les institutions gouvernementales mais par des entreprises privées qui répondent à des appels d'offres de l'IAPTS. » (p17)

« Ce sont les managers qui pilotent désormais et non plus les professionnels qui sont au contact de la réalité des terrains. Ces managers sont les évangélistes du néolibéralisme. Ils peuvent intervenir dans n'importe quel secteur et appliquent les principes universels du néolibéralisme quelle que soit la structure. Ce management s'appuie sur la mesure et le marketing. Il se focalise sur les données mesurables : ce qui compte, ce sont les chiffres. Les personnels confrontés à ce management se plaignent d'être surchargés par le travail administratif. »

« Les patients devenus clients auront tendance à se tourner vers ces entreprises privées tant le temps d'attente est long dans les structures publiques étant donné le manque chronique de moyens. » (p17)

« Ces cliniciens expliquent comment l'organisation des soins a largement diminué leur plaisir à travailler et la qualité des psychothérapies. Les cliniciens avec un taux de réussite inférieur à 50% risquent d'être renvoyés, ce qui les conduit à se préoccuper en permanence de leurs évaluations. Un certain nombre de ces psychologues sont en situation de burn-out et on leur offre alors... des prises en charge TCC, celles qu'ils sont eux-mêmes censés

dispenser ! Quant à la qualité de l'offre qui devait être améliorée par une diversification des approches et du choix donné au client, il n'en est rien. L'offre est essentiellement réduite aux TCC du fait des recommandations du NICE ». (p18)

« En réalité, comme toute entreprise, l'objectif de Virgin Care est avant tout de faire des profits ». (p17)

« Chaque partie du système entre en compétition avec les autres acteurs, ce qui engendre diverses manœuvres dans le but de prendre l'avantage sur l'autre.

De nombreuses études portant sur les TCC étant truquées (Shedler, 2018), le résultat de ces thérapies est bien différent de ce qui était annoncé.

« [...] Cet exemple montre aussi, au-delà des absurdités induites par un management uniquement fondé sur les chiffres, comment les institutions entrent en concurrence entre elles. Chaque partie du système entre en compétition avec les autres acteurs, ce qui engendre diverses manœuvres dans le but de prendre l'avantage sur l'autre. Comme le résume Dalal : « dans ce monde fou du darwinisme social, il devient cohérent de tuer ou d'être tué » (p.92). Le marketing s'occupe ensuite de maquiller les dégâts occasionnés, ce qui explique qu'une part importante des budgets soit orientée vers la promotion de services dont la qualité se dégrade » (p14). « Dalal conclut que la diffusion des TCC est la conséquence d'une victoire politique et médiatique, mais en aucune manière une avancée scientifique ou clinique.

Contrairement à ce qui fut présenté aux instances gouvernementales britanniques, les TCC ne sont pas plus efficaces que les autres psychothérapies [...] le gouvernement britannique a soutenu et encouragé une science corrompue et des promesses fallacieuses qui vont à l'encontre de l'intérêt général, ce qui engendrera à long terme un véritable « carnage social » d'après Dalal. Au lieu de diminuer la souffrance psychique, l'utilisation idéologique de ces méthodes risque ainsi de produire l'effet inverse de son objectif initial sur le plan économique et conduit à diminuer la qualité des soins proposés aux patients dans le champ des psychothérapies ». (p25)

**Les plateformes chez nous : extraits du « guide de transformation de l'offre de novembre 2020 » : « une feuille de route de la transformation portée par l'exécutif » (p4) :**

Je vais maintenant tenter de partager, sous la même forme de choix d'extraits, une partie du document de KPMG France (Société d'experts comptables affiliés à un groupe international de droit anglais) qui publie et propose aux gestionnaires de CMPP un « guide de la transformation de l'offre d'accompagnement dans le secteur du handicap », publié en novembre 2020, en pleine crise sanitaire. Je soulignerai certains éléments très discutables -loin d'être exhaustifs-et je m'abstiendrai de trop de commentaires pour laisser à chacun son analyse.

Le préambule « édito » précise que cette transformation irrigue les politiques publiques depuis 2017 et insiste sur le « coup d'accélérateur » (en gras dans le texte et en dernière phrase). Ce coup d'accélérateur « avec le niveau des objectifs et la rapidité du calendrier prescrits aux gestionnaires » a pu « générer [...] inquiétudes, incompréhensions sur la faisabilité [...].

« Ainsi ce guide a pour ambition :

1-de traduire les politiques publiques et leurs objectifs en « modalités d'actions concrètes pour les gestionnaires de secteurs ;

2-partager et capitaliser sur les réflexions en cours et notre expérience de terrain. » (L'expérience de terrain n'est donc pas celle du clinicien -y-a-t-il même une expérience de terrain ?).

« La crise sanitaire a permis d'exacerber les liens d'interdépendances entre les opérateurs ». (Causalité directe entre crise sanitaire et liens entre « opérateurs »-?)

« Les premiers retours d'expérience [...] où les opérateurs se mettent ensemble autour des besoins de la personne. »

« Il se dégage une pertinence d'architecture organisationnelle nouvelle [...] permettant [...] de répondre à une palette de besoins [...] de jour comme de nuit [...] en dépassant les freins liés aux spécialisations. »

Dans le chapitre Histoire, il faut savoir qu'il n'y a aucune référence à la pédopsychiatrie et qu'il s'agit principalement de références législatives avec un schéma allant

crescendo en déclinant les différentes lois sur le handicap.

Dans ce même chapitre est écrit qu'il y a un « changement de paradigme du concept de la protection à la promotion du pouvoir agir»

Parmi les « objectifs » : « L'intégration prenant la forme d'un égal accès au droit dans toutes les sphères du monde social et le rejet des milieux institutionnels séparés (écoles spécialisées, ateliers protégés...) ». Autre objectif : « la revendication à l'autonomie qui trouve comme solutions de remplacement des institutions avec les groupes d'entraides mutuelles. »

Un « levier » pour répondre aux objectifs est « la mise en mouvement du milieu ordinaire par le milieu spécialisé ».

Gestion et profits :

« la plateforme est avant tout une forme organisationnelle permettant le passage d'une logique d'établissement à une logique de parcours centré sur l'utilisateur » (p27)

C'est « un modèle novateur » qui « induit de nouveaux métiers et de nouvelles formes de management ». Il s'agit d'une « refonte profonde des habitudes de travail des professionnels ».(p31).

« De nouveaux métiers seront certainement nécessaires pour assurer la reconfiguration de l'offre ». « de nouveaux profils: le logisticien, le chargé de planification, l'assistant de projet de vie »

On peut imaginer d'autres postes : le vendeur de tests diagnostics, le formateur de formations obligatoires tnd, le vendeur de logiciel comptable et diagnostic, l'informaticien de création de diagnostic TND en ligne pour les généralistes, pédiatres et médecins de PMI non encore formés...

« L'enjeu immobilier est primordial » avec une « optimisation des surfaces utilisés ».

Le sous-titre du document est « les gestionnaires à la croisée des chemins ». Les prescriptions et ce guide pratique montrent une politique et une organisation du travail qui ne tient pas compte des compétences acquises, de la nécessité d'un travail institutionnel pour porter la charge de ce travail. Il s'agit de créer de nouveaux marchés à partir de ce qui existe aujourd'hui, de satisfaire le client avec un financement individuel et non plus institutionnel.

## **Témoignages - Qu'en est-il sur le terrain, qu'en est-il sur le terrain des enfants et des familles ?**

**En Nouvelle Aquitaine** où la situation très difficile a été largement dénoncée, j'ai obtenu un témoignage d'une psychologue qui décrit sa situation, en janvier 2021 :

Son association gestionnaire « fait partie des associations zélées, élèves brillants qui avaient anticipé et tout bien préparé pour mars 2020 (avec un AMI -appel à manifestation d'intérêt, en novembre 2019) afin de rendre la transformation effective des missions des CMPP, en plateformes ». « 2 antennes sur 4, (dont celle où elle travaille) sont en fonction plateforme P.C.O (plateforme de coordination et d'orientation), mais gardent le nom CMPP car cela plaît ».

Concrètement ils n'ont eu aucun budget supplémentaire. Ils ne peuvent plus accueillir de demandes de familles mais ne sont qu'en seconde ligne et reçoivent les demandes des pédiatres, neurologues et généralistes pour confirmation diagnostic et évaluation d'enfants TND.

Le médecin Directeur a démissionné et c'est un médecin de l'hôpital qui fait les papiers médicaux.

Elle doit faire des bilans « neuropsychologiques » alors qu'elle n'est pas dans cette pratique mais il est prévu des formations. Ils essayent de recruter des neuropsychologues qu'ils n'arrivent pas à trouver.

« Il leur a été imposé d'arrêter les thérapies longues, de faire quelques thérapies brèves éventuellement ». L'emploi du temps, imposé alors qu'il était libre auparavant, est réparti ainsi :

-Les créneaux de suivis qui ont été réduits de 50 %.

-créneaux bilans

-créneaux d'interventions extérieures (dans les écoles, classes, cantines, familles)

-formations

-réunions sur les « plans d'actions », « participation territoriale à la coordination ».

Une journée par semaine en moyenne est consacrée à la formation selon trois axes dont les recommandations de bonnes pratiques (RBPM), TND, TSA , TDAH, le travail avec le territoire, et la psychoéducation.

Il y a obligation d'équipe mobile : « observation » sur le terrain. (S'agit-il de

« mobiliser le milieu ordinaire par le milieu spécialisé » cf. ci-dessus ?). Une psychomotricienne s'est vue obligée de faire de la relaxation à l'école.

« Si les familles refusent les liens avec l'école ils sont éjectés de la plateforme ».

L'approche avec les familles est de la psychoéducation. Les enfants reçus n'ont plus de suivis et vont devoir repasser des bilans TND, ou bien sont partis.

Elle raconte que dans un CAMSP du département, l'éveil et le soin sont totalement interrompus. Qu'il n'y a pas de budget supplémentaire. Tous les postes vacants de psychologue ont été remplacés par des postes d'éducateur spécialisé. Je lui demandais s'il y avait eu écrits ou témoignages mais elle me dit que la plupart sont partis ou ont été licenciés. Donc les nouveaux ne peuvent témoigner.

Actuellement elle dit que le discours est plus changeant, « comme du « stop and go » ». Les prescriptions sont « Reprenez les thérapies », suite à des plaintes de parents ou des demandes impromptues, les faisant culpabiliser d'avoir arrêté alors que c'était une injonction préalable. « Ils pensaient que les enfants seraient pris en charge à l'hôpital !???et s'étonnent de l'impossibilité. Ils soufflent le chaud et le froid et les salariés sont encore plus perdus. »

« Le discours est « vous les bons soignants et si cela ne marche pas c'est que les parents sont mauvais. » »

« Il y a beaucoup de novlangue avec des mots génériques. L'accompagnement englobe tout et n'a pas la définition du soin : cela peut être faire un papier administratif taxi ».

« Les dossiers patients n'existent plus. Ils ont dépensé une somme incroyable pour un logiciel compatible pour transmettre les infos à la MDPH et le dossier est « dossier personnalisé d'intervention » avec trois missions éducatives, pédagogiques et thérapeutique ».

« Mais ce n'est qu'un lieu pour orienter vers le libéral ».

Un autre projet-injonction est l'intervention d'urgence dans les écoles : la collègue psychologue me dit avoir répondu que ce n'était pas son métier et que dans ce cas elle oriente les enfants aux urgences.

« Sur moins d'une trentaine de salariés 4-5 sont pris par la fascination-séduction, sept sont partis et les autres sont plus ou moins abasourdis et réfléchissent à partir.

» La collègue interviewée est en arrêt lorsque je la contacte et aux dernières nouvelles devait quitter l'institution tellement son travail devenait difficile.

### **Exemple du Calvados-Pays d'Auge : une plateforme en cours d'installation**

L'objectif de ce travail est de se représenter dans quelle mesure ces projets de plateformes et ces réformes prennent place dans d'autres régions que la Nouvelle Aquitaine. J'ai contacté en Normandie plusieurs collègues des institutions concernées pour chercher un témoignage de leur vécu professionnel et de leur analyse. Evidemment ceux-ci sont partiels et correspondent à des avis de cliniciens portés sur l'approche historique du soin, institutionnel et psychodynamique.

Toutes les structures de soin du médicosocial ont reçu un A.M.I. - appel à manifestation d'intérêt - en fait un appel à projet - le 1er septembre 2020 avec une date limite des candidatures pour le 15 décembre 2020. Dans le texte de l'AMI, l'ouverture est prévue pour avril 2021. La somme proposée est 147 670 euros. (ce qui en fait est très faible comme budget annuel de fonctionnement – cf. ci-dessous les ETP -équivalents temps plein).

« Les plateformes de coordination et d'orientation ont comme public cible les enfants de 0 à 6 ans inclus dont on a repéré des signes d'alerte de troubles du neurodéveloppement. Elles ont pour mission la mise en œuvre d'un parcours coordonné de diagnostic et d'interventions précoces, pendant un an, renouvelable 6 mois. »

Il y avait 3 mois pour se décider et 3 mois pour ouvrir la structure après la signature. L'ARS a proposé une réunion à la mi-septembre, ce qui n'a pas laissé le temps aux associations, aux équipes soignantes de se réunir, de se concerter pour une éventuelle position face à l'ARS. Tout est dans l'urgence, particulièrement pour les soignants non informés au préalable.

Selon les textes, la plateforme doit trouver un porteur juridique, c'est à dire une association gestionnaire qui remporte l'appel à projet. Puis une convention de participation doit être signée afin que chaque structure se montre impliquée et coopérante. Il est dit que la plateforme s'appuie sur les structures existantes qui

doivent conventionner (CAMPS, CMPP et pédopsychiatrie publique).

L'AMI fait suite au refus de portage de la part des médecins pédopsychiatres du publique.

Sur le Calvados, et là où je travaille il y a 4 CMPP dont deux situés à Caen.

L'un est dans une évolution de transformation des habitudes de travail déjà assez avancée. C'est à dire que le Directeur médical clinicien reconnu a été remplacé, depuis quelques années déjà, par une Directrice qui prône une logique managériale -jugée vraiment difficile et pénible ; et un nouveau directeur médical médecin psychiatre emboîte le pas et « est obnubilé par le fait de satisfaire l'offre », il s'intéresse aux bilans et aux pratiques de T.C.C 3e génération (cf T.Rabeyron), c'est-à-dire Pleine conscience et *mindfulness*.

Cette institution était très reconnue pour la qualité de ses soins, selon une approche d'orientation psychodynamique et pluridisciplinaire. Les échos partagés laissent entendre une dégradation de la qualité du travail. Il y a notamment des tensions entre personnel administratifs, secrétaires et soignants (pourtant en institution pédopsychiatrique les secrétaires ont souvent un rôle d'accueil et de lien très important). L'évolution est progressive, sans qu'il n'y ait tellement de changements depuis les projets de plateformes.

Les postes de psychothérapeutes restent assez nombreux mais bien moins qu'ils n'étaient : les nombreux départs en retraite n'ont pas été remplacés poste à poste.

Une autre collègue relatait que lors de l'embauche la réponse aux « projets professionnels de formation devait se limiter à cocher des cases qui ne correspondaient en rien aux compétences de cliniciens, et sans commentaires ou ajout personnel possibles ». Elle analyse combien « le soin est écrasé par cette association ».

Etonnamment, l'association n'a pas été porteuse de la plateforme. Mais peut-être parce qu'elle est déjà bonne élève de l'ARS.

C'est l'autre association gestionnaire qui se retrouve porteuse du projet de plateforme alors que l'équipe médicale s'y était opposée et a tenté, en vain, de faire entendre son opposition. Cette association avait une culture psychodynamique

puisque longtemps présidée par le Professeur Houzel, connu pour ses travaux sur l'autisme notamment.

Est-ce un hasard ? Sur la même période, le Directeur Administratif de l'association, relativement bienveillant et ouvert vis à vis de la clinique et des salariés cliniciens, a donné sa démission. Depuis janvier 2021 les méthodes sont plus strictement managériales et les échos disent que l'ambiance est très tendue, les collègues soignants sont convoqués par le Directeur et la seule Médecin Psychiatre serait dans le collimateur. J'ai réussi à contacter cette médecin et son témoignage relate que sa situation devient très difficile et qu'elle partira si cela continue.

Une interview au sein du CAMSP de la même association donne d'autres avis: d'« inquiétude latentes car l'administration leur dit que cela ne changera rien, qu'il ne s'agit que d'un montage juridique ». Ils ne sont pas inquiétés par les plateformes mais la psychologue dit combien cela fonctionne de plus en plus en « panier de soin », « comme si on pouvait ajouter ceci ou cela comme soin sans qu'il n'y ait de lien entre les soins, d'effets pour l'enfant, à participer à ceci et cela plutôt qu'autre chose ».

L'association où je travaille à Lisieux est une petite association, avec dans son bureau d'anciens salariés du terrain soignant (orthophoniste, pédiatre, médecin de PMI). Grâce à cela nous pouvons débattre et être entendus. Il y a des tensions entre les directions du fait de désaccord entre la directrice du CAMSP qui soutient l'idée de participer aux plateformes et notre CMPP où nous refusons de participer à un projet anti-soin. J'y suis médecin psychiatre à 0,4 ETP et directrice médicale, avec une équipe administrative qui soutient le soin. (Et qui sont de rares administratifs encore aussi cliniciens-psychologue et assistant social). Après discussion et vote, l'association a décidé de ne pas répondre à l'AMI.

L'ensemble des associations a signé la convention, exprimant en apparence leur intérêt. Certains laissent entendre le caractère obligé, la menace de ne plus avoir de financement s'ils rejoignaient l'avis des soignants.

Nous avons été les seuls à ne pas signer la convention tout en signifiant que nous accueillerions évidemment les familles et enfants adressés par les plateformes. Ceci

a valu à mes collègues administratifs des propos de menace et d'intimidation publique de la part du responsable de l'ARS, lors de la réunion où chaque association ou structure était convoquée. Et nous n'avons pas de nouvelles à ce jour malgré un mail adressé pour échanger suite à ces propos. L'ARS a contacté le directeur administratif pour demander ses diplômes-après dix années d'activité et sans évènement problématique.

Nous continuons notre travail clinique, d'accueil et de réseau. Nous avons pris cette position car la clinique est entendue par l'association gestionnaire et que nous sommes une petite association et une équipe qui n'est pas malmenée par un management maltraitant. Le grand risque que nous encourons est que l'ARS décide une fusion de notre association avec une des associations sus-citées, afin de nous mettre au pas. Mais tant que nous en avons la possibilité, nous gardons notre liberté de pratique. La position est cependant bien délicate et difficile à tenir, particulièrement pour mes collègues administratifs.

### **Dans l'Orne, projet de plateforme un peu plus avancé.**

Là, c'est la pédopsychiatrie publique qui porte le projet : Un comité technique associant des professionnels des 4 structures doit se réunir 3 fois /an. L'enveloppe accordée est de 110 000 €. Ces fonds sont fléchés en 0.20 ETP de secrétariat, 0.20 ETP d'assistant social, 0.30 ETP de coordination (profil neuropsychologue, infirmier, ES ou AS) et 3h/semaine de Médecin coordinateur avec difficulté à recruter. L'ouverture est programmée pour le 1er mai.

Le Coordinateur a la charge de créer le réseau de professionnels libéraux qui vont conventionner. Tandis que le Médecin de la PCO valide les orientations vers les professionnels libéraux ou vers les services de 2ème ligne.

Les demandes sont attendues sur dossiers, remplies par les généralistes et les médecins de PMI. La plateforme oriente vers les libéraux, bilans et vers les structures comme le CMPP sans voir ni enfants ni famille.

Il est dit que de nécessaires compétences spécifiques sur les diagnostics TND sont attendues chez les professionnels libéraux partenaires. Ces derniers devront être «

fidélisés » dans l'Orne. 2 jours de formation vont être proposés à l'ensemble des acteurs (professionnels des services et partenaires libéraux).

#### **A Dieppe, une plateforme existante :**

La plateforme existante repose sur l'embauche d'un Pédopsychiatre à 0,20 ETP et d'un Psychologue du développement spécialisé « Autisme », coordinateur de la PCO Seine Maritime à 0,40 ETP. Il faut ajouter un petit temps de Responsable administratif et un petit temps et Secrétariat, qui gère la totalité des demandes et crée le dossier patient dans le logiciel santé.

Sont impliqués un CAMSP, un CMP, un CMPP qui ont dû signer la convention. Au sein de la PCO, la recherche du diagnostic avec les différents bilans peut s'accompagner d'emblée d'une prise en charge en psychomotricité. Le diagnostic est basé sur le DSM5

L'intervention de la PCO se situe après les consultations de dépistage des Médecins de 1ère ligne (Pédiatres du CHU, Médecins de PMI, Médecins traitants). Ces Médecins peuvent faire valoir des consultations longues à hauteur de 60€. Ils peuvent remplir l'outil de repérage en ligne sur le site "TND test".

- une adresse mail unique est communiquée aux professionnels de 1ère ligne. Envoi des documents par mail. Adresse lue par le Coordinateur de la PCO. Le Coordinateur a la charge de créer le réseau de professionnels libéraux qui vont conventionner. Le Médecin de la PCO valide les orientations vers les professionnels libéraux ou vers les services de 2ème ligne.

Si la situation est "très complexe" : l'enfant est orienté directement vers les CAMSP / CMPP. Si la situation est de "complexité moyenne" : la PCO proposera un parcours mixte. Le CAMSP proposera une intervention diagnostique, les soins (psychomotricité, ergothérapie) pourront se faire en libéral. Si la situation est "simple" : le Médecin de la PCO garde la coordination médicale, proposera des soins possibles à mobiliser en libéral. Cela évite l'embolisation des CAMSP.

A propos du Conventionnement avec les professionnels libéraux : Les RBPM HAS TND doivent être suivies par les professionnels libéraux. Les libéraux

peuvent refuser des enfants pour lesquels ils ne voient pas le sens de leur intervention. Ils doivent répondre dans un temps correct. Ils ont un forfait de 35 séances : pas de raisonnement en année (possibilité de 2 séances par semaine). La convention est d'une durée de 2 ans. La CPAM exige un écrit en début d'accompagnement. Ils doivent rédiger un bilan, ils s'engagent à un entretien téléphonique avec le Coordinateur à 3 mois et à 9 mois, une synthèse tous les 6 mois. La réunion de concertation - évaluation entre gestionnaires à propos de ces plateformes préexistantes ou existantes retranscrit qu'ils sont informés des budgets alloués récemment à la pédopsychiatrie et qu'ils souhaitent faire remonter à l'ARS qu'il faudrait plus de moyen pour ces plateformes mises en place.

#### **Des enfants de plus en plus soumis à des prescriptions précoces, et des accueils pour un énième bilan après des mois en errance de soin :**

Sur le terrain, et cela m'a été confirmé également par le chef de service de pédiatrie de l'hôpital là où je travaille, les parents sont de plus en plus nombreux à demander un diagnostic TND TDAH pour une prescription médicamenteuse. Et ceci suite à des bilans neuropsychologiques plus nombreux et une information et médiatisation importante autour du médicament qui traiterait les troubles.

Sont également plus nombreux les enfants qui ont reçu des amphétamines (Ritaline, traitement du TDAH) à des âges précoces (dès 5 ans). Et ceci en première intention : sans consultation pédopsychiatrique sérieuse, sans soin pluridisciplinaire proposé avant traitement médical, sans essayer d'autres traitements moins nocifs avant celui-ci.

Ces enfants reçus vont encore plus mal et expriment leur vécu d'étrangeté à eux-mêmes et dans la famille - aussi du fait du traitement. L'arrêt du médicament, la prévention autour des écrans, la guidance parentale et l'accueil soignant les aident à aller mieux.

Sont plus nombreuses les injonctions de médecin neuropédiatre qui voit l'enfant que nous suivons depuis des années et effectue des prescriptions auprès de l'équipe sans nous contacter, sans

s'enquérir de discuter avec ceux qui connaissent la famille et l'enfant.

Sont plus nombreux les courriers de pédiatres où la souffrance de l'enfant est effacée par une description clinique en termes de scores aux échelles ASQ, SDQ. Pour finir, une courte vignette clinique :

Une enfant de 7 ans, intelligente et toute mignonne est suivie depuis 4 ans par une orthophoniste avec des difficultés persistantes de type dysorthographe, et avec dyspraxie d'écriture. Elle me dit qu'elle déteste l'école. La maman arrive en disant qu'après bilans logicomathématique, psychomoteur et de la psychologue scolaire elle a besoin d'une prise en charge en psychomotricité mais que cela lui coûte trop cher (devis de 1500 euros) -donc elle vient avec cette demande- d'une prise en charge en psychomotricité.

Mère et fille n'ont eu affaire qu'à des bilans et n'ont jamais été informées de l'existence du CMPP ou du CAMPS (la maman a trouvé notre adresse sur internet). Sa situation relèverait pour une plateforme d'un cas « léger », donc orientée directement en psychomotricité sans passer par le CMPP.

On reprend son histoire de développement, sa place familiale et les antécédents médicaux. Elle est l'avant-dernière de sa fratrie et une sœur de 6 ans sa cadette est née il y a 1,5 ans. Tout va bien à la maison, dans la famille -et elle est la seule en difficulté. En dehors de l'école tout va bien. Elle se montre joyeuse et vive. Mais depuis la maternelle l'école a toujours été un calvaire, avec des angoisses de séparation massives en petite section.

Lorsque nous abordons les antécédents médicaux la maman me raconte que sa fille a fait une coqueluche juste avant la vaccination. A ce moment-là du récit l'enfant se met à pleurer à chaudes larmes, sans savoir pourquoi, extrêmement triste et douloureuse -voyant cela, sa mère se met également à pleurer. L'enfant a fait une pneumopathie très sévère à 1 mois et un épisode de détresse respiratoire avec une longue hospitalisation. Ensuite, chaque hiver était très difficile avec 2-3 hospitalisations pour surinfections pulmonaires ou bronchites, jusqu'à ses 5 ans.

La mère me raconte que tout ce vécu est remonté à la surface il y a deux ans. Nous faisons ensemble le lien que c'était lors de

la dernière grossesse et que la maman était très anxieuse à l'idée d'accoucher et que son enfant et elles revivent la même chose. Elle raconte que sa fille jusqu'aux dernières hospitalisations hurlait et paniquait dès qu'un médecin rentrait dans la chambre d'hôpital.

On peut faire plusieurs hypothèses mais aussi celle que cette enfant était bien fragile pour affronter le monde extérieur de l'école, après ce vécu traumatique du premier monde extérieur qu'a été l'hôpital en lien avec des vécus physiques surement effractants pour son équilibre.

Jamais ni l'une ni l'autre n'ont été entendues et accueillies car il n'y a pas eu d'accueil qui reprenne l'ensemble de son histoire dans sa globalité. Et si cette enfant avait été adressée plus jeune au CAMSP on imagine que cela aurait pu résoudre bien des difficultés. Je suis persuadée que cette enfant va rapidement aller mieux, peut-être avec quelques séances de psychomotricité.

Cette situation est « légère », mais la grande majorité de la pédopsychiatrie est difficile de par cette complexité, le double travail, à articuler entre l'accueil et soutien parental, la dépendance et le soin de l'enfant et parce qu'une grande part des symptômes est en lien avec des vécus de maltraitance qu'il faut soigner ou prévenir. Le travail d'équipe, institutionnel est indispensable pour accueillir, supporter et aller au-delà des souffrances partagées.

La pédopsychiatrie est particulièrement une affaire de lien. La situation actuelle du Covid et les politiques de santé actuelles malmènent les liens. Or la pensée, les rencontres, le soin sont affaires de lien. Pas de pensée sans lien, pas de soin sans lien. Pas de diagnostic soignant s'il n'est pas en lien avec le soin, la personne, le vécu. Pas de soin en pédopsychiatrie sans réunions qui font lien sous diverses formes et fonctions. Pas de pédopsychiatrie et de soin de l'enfant s'il n'y a pas de liens respectueux entre les professionnels qui accueillent l'enfant, entre professionnels soignants (pédiatres, psychiatres) et entre les administratifs, les gérants et soignants. Or, la politique gestionnaire actuelle va dans le sens de réduire le travail institutionnel et de lien alors que celui-ci est un des outils indispensables du travail en pédopsychiatrie, et particulièrement pour les enfants en plus grandes difficultés.

*Marie Dagault -médecin psychiatre en libéral à Caen et Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent au CMPP de Lisieux. Avril 2021, Caen.*

1- Dalal F. (2019). CBT: the Cognitive Behavioural Tsunami ».U.K.

2- Rabeyron T. Du néolibéralisme au Tsunami Cognitivo-Comportemental en Grande Bretagne : Est-il encore temps pour la France d'éviter la catastrophe britannique ? Nancy : Université de Lorraine

3- KPMG (novembre 2020). Guide de la transformation de l'offre d'accompagnement dans le secteur du handicap : les gestionnaires à la croisée des chemins .France :kpmg.fr

## **Fabrique du handicap et de l'anormalité**

Thierry Delcourt, Reims

La pédopsychiatrie est en crise, on commence à en parler, on en parle... enfin on en parle ! Quelle crise et pourquoi ? D'un côté on constate une croissance exponentielle des demandes, pas seulement liée à la crise de la Covid. Cette demande explosait déjà avant. Elle concerne d'une part la souffrance psychique des enfants dans leurs conditions de vie familiale, sociale et scolaire, d'autre part, un accroissement des normes d'apprentissage et d'adaptation dans le cadre de l'école. L'Éducation Nationale pousse les professionnels à pointer les différences et les difficultés comme des troubles qui sont nommés arbitrairement et abusivement « troubles neurodéveloppementaux » sans aucun appui neuroscientifique. Or, cette dénomination ne vaut que pour des cas rares qui relèvent de la neuropédiatrie, non pas de la pédopsychiatrie. Les instances administratives (HAS, ARS, DGS) et certaines associations lobbyistes qui font leur beurre autour des catégories de handicap (TSA, TDA/H, DYS) et regroupent des parents dont on peut comprendre qu'ils soient en mal de soin pour leurs enfants, se sont engouffrées dans la commodité de la musette du trouble neurodéveloppemental.

Face à cette grave dérive structurelle et idéologique, la pédopsychiatrie est d'autant plus mise à mal qu'elle souffre d'une pénurie en moyens humains et matériels pour répondre aux attentes des enfants et des parents quant au diagnostic et à la prise en charge des troubles et pathologies. Face à l'afflux des demandes, il est trop facile, et pervers, de tirer à boulets rouges sur les professionnels de santé de la pédopsychiatrie qui font au mieux avec les pauvres moyens dont ils disposent. L'intention à peine voilée jusqu'alors, et maintenant ouvertement déclarée, est d'imposer la réponse déviante et inadaptée du tout trouble neurodéveloppemental promue par l'HAS, l'ARS, le Ministère de la santé, le Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées et soutenue par une veille agressive de ces associations de parents.

Il n'est plus question de gérer la pénurie, que ce soit dans le milieu hospitalier, médico-social ou en pédopsychiatrie libérale, car il est devenu matériellement impossible de répondre à la multitude de demandes. Il est temps d'y mettre des moyens matériels, financiers et humains, non pas des sparadraps bricolés ou des cataplasmes, mais de vrais moyens pour permettre de répondre au moins partiellement à cette demande en pédopsychiatrie. Et plutôt que de mettre en concurrence une pédopsychiatrie clinique et psychodynamique avec des plates-formes d'orientation et de coordination pour dépister un trouble neurodéveloppemental, il faut déployer des moyens, quoi qu'il en coûte, et non pas déshabiller Paul pour habiller Jacques.

Il est inacceptable, et même criminel, de retirer ou de tenter de retirer aux professionnels de la pédopsychiatrie, notamment pour les CMPP et les CAMSP, le soin psychique et la prévention à court et long terme des pathologies psychiatriques que cette action thérapeutique précoce permet. Si les plateformes de coordination et d'orientation peuvent s'avérer utiles, en aucun cas elles ne peuvent couvrir le champ de la pédopsychiatrie. La mode actuelle et l'idéologie du diagnostic précoce de troubles neurodéveloppementaux, gros sac fourre-tout qui ne fait que répondre au réductionnisme du DSM, au marché florissant des officines prônant le scientisme et à Big Pharma, ne peut que

desservir la qualité du diagnostic et du soin prodigué aux enfants en difficulté de tous ordres, très souvent psychosociales, et aux enfants différents.

Rappelons que le diagnostic est un acte médical qui ne peut en aucun cas être dicté par une administration ou par une association de parents. Cet acte médical complexe peut et doit être précoce, nous en sommes tous d'accord, mais ce n'est pas pour autant qu'il s'impose dans l'accueil et la prise en charge des enfants en difficulté. Nous avons tous, professionnels du soin, l'expérience qu'il suffit parfois de quelques séances bien conduites pour identifier un problème, un trouble, une souffrance qui, à terme, peut devenir une pathologie sévère si la perspicacité clinique et la liberté du soin proposé ne sont plus accordés aux professionnels de santé. Dans de nombreuses situations, ce n'est pas le diagnostic qui est prioritaire mais la qualité de l'accueil et de la rencontre qui permet d'identifier et de soigner tout à la fois un trouble. Celui-ci, même s'il est spectaculaire, reste la plupart du temps accessible à un soin psychique spécialisé sans mettre en place une rééducation, un traitement médicamenteux non dénué de dangerosité iatrogène ou autres propositions dont le pire est d'apposer sur l'enfant une étiquette de handicap comme une étoile jaune.

Le parcours de soin d'un enfant en difficulté, en souffrance ou présentant un trouble, relève du **bioneuropsychosocial** sans a priori écarter une des composantes de la problématique. Or, la tendance actuelle est d'écarter le psychosocial qui est encombrant car il oblige à soulever des questions épineuses, y compris sur le plan socio-politique. La manipulation perverse est de ne prendre en compte que le **bioneuro** en conditionnant le financement de prises en charge à la procédure handicap dans le contexte d'un diagnostic TND coordonné et orienté vers le handicap avec 3 grandes catégories : TSA, TDA/H et DYS. Alors, que devient la dimension du trouble psychique, des conditions sociales et culturelles: elle est banalisée en une bobologie qui ne justifierait plus un financement correct de la prise en charge. En agissant ainsi, on empêche de soigner, on pénalise gravement les enfants, leur développement et leur épanouissement, mais aussi les parents, désarmés et en

désarroi, et les enseignants qui perdent leurs qualités d'intuition, de perspicacité, d'humanité au profit d'une procédure de la norme, de l'adaptation et du handicap. Il ne reste plus qu'à faire rentrer cela dans des cases, au forceps, en affichant une inclusion qui relève du mensonge d'État, puisque les moyens ne sont pas alloués, tant au niveau de l'éducation nationale que des professionnels du soin.

Dans mon livre « **La fabrique des enfants anormaux** », Max Milo, 2021, je reprends toutes les composantes de cette déviance perverse dont j'ai constaté l'évolution en quarante années de pratique en tant que pédopsychiatre et psychiatre. Pour l'illustrer et le rendre accessible, je m'appuie sur des situations cliniques concrètes, anonymisées, bien entendu, et sur des témoignages de parents et d'enseignants. Ce livre n'est pas juste un pamphlet, la dénonciation de dérives, il est émaillé de plusieurs propositions pour aider les enfants, les parents, les enseignants mais aussi tous les professionnels de santé qui sont concernés par le champ de la pédopsychiatrie.

## Dialogue des engagés

Françoise Duplex

À la suite à la publication de la News du 15 décembre 20 : « Une grande avancée pour le CMPP de Nouvelle Aquitaine », le Dr Philippe Rassat nous a adressé ce courrier, le 16 déc.

« Je vous trouve bien rapide pour crier victoire. Il va y avoir un nouveau directeur de l'ARS au premier janvier dont nous ne connaissons rien hormis son nom. Il se peut qu'il veuille travailler avec une nouvelle équipe, d'où le départ de Said Acef. Cela ne préjuge en rien de la poursuite ou non du cahier des charges. D'ailleurs nous avons cet après-midi une réunion régionale avec lui et l'ARS de N.A. donc, à propos de leurs réponses aux réponses faites par les associations sur les réserves que l'ARS avait émises en Juillet. Vraiment avant cette réunion nous ne pouvons rien dire, vous ne pouvez rien dire. De plus il est très désagréable de vous voir passer sous silence l'action des collectifs de personnel qui se sont montés dans 11 des 12 départements de N.A. ainsi que

l'action de la coordination régionale collective de ces collectifs. C'est avant tout cette action de masse des professionnels des CMPP qui a mené la lutte et qui aura permis de l'emporter si tel est le cas. Si nous avions attendu que les groupuscules nationaux viennent à notre secours il ne se serait rien passé. Notamment du côté des médecins, des psychiatres donc, dont l'absence dans les collectifs de personnel a été patente car ma semble-t-il nous n'y avons été que deux... Laforcade a été extrêmement surpris de la mobilisation de la base à laquelle il ne s'attendait pas. Bien sûr les relais que nous avons trouvés par la suite au niveau national nous ont aidés. Mais il ne faut pas réécrire l'histoire d'une part, ni de l'écrire avant qu'elle ne soit faite et donc de vendre la peau du pangolin avant même qu'on ne l'ait vu. Votre rapidité récupératrice m'interroge...

Dr Philippe Rassat, Directeur médical du CMPP de Cognac (16100)

Ce courrier a été entendu de la part des membres du CA du SNPP car il comporte des vérités qui nous étaient restées lointaines, mais ne se trouve pas non plus exempt d'erreurs. Les soupçons de récupération par notre syndicat nous sont parus injustes, notre mobilisation solidaire envers les différents collectifs de Nouvelle Aquitaine, du Grand Est et de Normandie, aux côtés de la FDCMPP est bien réelle. Le Dr Rassat reçu la réponse ci-dessous, Monsieur et cher Confrère, Faisant suite à votre e-mail d'hier, Entre collègues syndicat, nous discutons du contenu de votre courriel, et de la réponse à vous apporter. Je prends un peu les devants car je suis à l'origine essentiellement du document qui vous fâche, j'en prends la responsabilité, je me tiens à votre disposition pour discuter de vive-voix. Soyez assuré de notre préoccupation à l'égard des CMPP de Nouvelle Aquitaine et de notre souhait de vous soutenir et non pas de « récupérer ». Bien confraternellement. Dr Françoise Duplex. Direction Médicale des CMPP Cergy- Pontoise et sa région. 95

S'en est suivie une conversation téléphonique. Nous supposons qu'elle aura permis à Philippe Rassat de rassurer sur nos intentions non conquérantes, et enfin, nous avons pris la mesure de la

catastrophe qui se poursuivait en décembre 2020 et encore maintenant, 2021, l'ARS restait sourde alors (déc. 20) aux différents appels venant du ministère ou du conseil national de l'ordre. Notre confrère, directeur du cmpp de Poitiers, nous a expliqué que sur 13 cmpp que comporte la Nouvelle Aquitaine, 12 sont mobilisés par le nouveau cahier des charges qui leur est imposé, seul le Cmpp de La Rochelle reste discret, sans doute car rompu à l'approche diagnostique neuro-développementale depuis plusieurs années. Cela nous avait été signalé par un confrère, qui après son départ à la retraite, comptant ne pas seulement profiter de l'ambiance océanique, s'était vu refuser le droit de conserver son poste, une spécialiste de rééducation fonctionnelle embauchée à la place du praticien retraité. Douze Cmpp, sont sommés de se transformer en plateforme, pour recevoir des enfants triés afin que leur soit attribué un diagnostic de trouble neuro-développemental (TND). Ainsi s'élargit le fonctionnement des plateformes réservées au diagnostic de l'autisme, lesquelles seront amenées à exécuter des bilans orthophonique, psychomoteurs, neuro pédiatriques, enfin les soins consisteront en des rééducations de courtes durées, et « interventions » à la place de psychothérapie, de durée de 3 à 6 mois renouvelables une fois. Les équipes sont soumises de façon autoritaire à des contrôles qui doivent satisfaire le cahier des charges, au risque de ne pas recevoir l'accréditation nécessaire à la poursuite du fonctionnement du centre. De nombreux collègues, orthophonistes, psychomotriciens et médecins psychiatres ont déjà présentés leurs démissions. Le témoignage d'un médecin directeur nous apprend qu'il n'est plus consulté pour les décisions qui relèvent pourtant de ses fonctions médicales, son adresse mail a été retirée de la boucle des responsables, de façon non déontologique, le directeur administratif, lui-même, prescrit des bilans.

#### **Avril 2021 Où en sommes-nous ? Situation catastrophique de la pédopsychiatrie**

Depuis décembre 2020 la situation empire tandis que M. Saïd Acef a été promu directeur adjoint au cabinet de la secrétaire

d'état, chargée des personnes handicapées auprès du premier ministre, Sophie Cluzel. Cette dame qui, souvenez-vous, proclamait sur RMC le 17 avril 19 : « Il faut arrêter de parler de psychiatrie, c'est insupportable », « C'est fini la psychiatrie ! ».

En position d'action-défense, de nombreux collectifs se sont créés, en Nouvelle Aquitaine Normandie et Grand Est et diffusent des informations qui doivent atteindre la population en général, par le biais de la presse notamment.

L'annexe XXXII, texte fondateur des CMPP est menacé d'extinction selon le président de la FDCMPP, Dr Patrick Belamich. Récemment la FDCMPP a été contactée par l'IGAS\*, le défenseur des enfants et le haut conseil de la santé publique. Interrogés sur les conséquences de la crise sanitaire sur les populations reçues en CMPP ainsi que sur le fonctionnement des établissements médico-sociaux, nos confrères pédopsychiatres ont rapidement compris que les instances d'état nous connaissent très mal, aussi ces interviews ont-elles été l'occasion d'aborder les problèmes posés par les plateformes, le tout TND, la crise en Nouvelle-Aquitaine, le statut des orthophonistes, très peu reconnus, dont les rémunérations sont indécemment basses. Sans relâche les communiqués, des collectifs, de la FDCMPP[1], le blog de Patrick Landman, des articles de journaux nationaux rendent publiques des nouvelles inquiétantes. Pr Pierre Delion -« Le cri d'agonie de la psychiatrie » [2], et le Dr Patrick Chemla s'exclament dans les médias et les sites cités ci-dessus. Les protestations associées à des mobilisations se multiplient, tant il s'agit d'un remaniement en profondeur de la pensée du soin et de « ses méthodes ». S'ajoute à cette modification en profondeur, depuis peu la contestation générale des psychologues auxquels est demandé de constituer un ordre. Ils deviendraient à leur grand dam des auxiliaires paramédicaux, dépendant de la prescription médicale, par exemple 10 séances rémunérées, sous conditions de se former à des thérapeutiques ad hoc, orientées pour les soins des enfants autistes, autant dire des injonctions inconcevables.

Toute cette énergie dépensée semble rester lettre morte cependant. Patrick Belamich nous confie être à l'heure actuelle très inquiet, face à la rigidité de l'ARS NA en dépit des rencontres avec les gardiens du temple de la pédopsychiatrie, qui laissaient espérer que le travail de démolition cesserait. Je le cite : « nous avons- FDCMPP, UNAFAM, psychologues scolaires, API, Mireille Battu, Pierre Vienot, reçu un courrier du DG ARS NA pas très encourageant. En gros rien ne va changer ! »

Je souhaite adresser un grand merci à P Belamich qui nous a transmis régulièrement et fidèlement nombres des informations ci-dessus.

Textes ci-après publiés dans ce numéro, avec l'autorisation des auteurs.

[1] Communiqué FDCMPP avril 21 : <https://www.fdcmpp.fr/communiqu%C3%A9%2081-fdcmpp-aux-partenaires.html>

[2] Le cri d'agonie de la psychiatrie Pr Delion (voir texte dans ce BIPP)

[3] Lettre collective destinée au Conseil National de l'ordre des médecins.

[4] Lettre réponse de ce même Conseil.

\* IGAS Inspection générale des affaires sociales

## **Retranscription de la réponse du Conseil National de l'Ordre**

Paris, le 9 Mars 2021 à :

Docteur PATRICK BELAMICH, Président de la FDCMPP (Par courriel)

Docteur Anne-Marie TRARIEUX  
Présidente de la section Éthique et Déontologie

Docteur François SIMON  
Président de la Section Exercice Professionnel  
CNOM/2020/12/14-120  
Section Ethique et Déontologie  
Section Exercice Professionnel  
AMT-FS/JL-FJ/JOL/ED-EP  
[ethique-deontologie@cn.medecin.fr](mailto:ethique-deontologie@cn.medecin.fr)  
[exercice-professionnel@cn.medecin.fr](mailto:exercice-professionnel@cn.medecin.fr)

Objet : CMPP – Cahier des charges de la région Nouvelle-Aquitaine

Monsieur le Président et Cher Confrère,

Vous avez souhaité attirer l'attention de l'ordre des médecins à propos de la publication d'un cahier des charges pour les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP) de la région Nouvelle-Aquitaine.

Vous rappelez qu'aujourd'hui les CMPP sont des centres de consultation, de diagnostic et de soin ambulatoire, non sectorisés, qui reçoivent des enfants et adolescents, de 0 à 20 ans, présentant des difficultés de développement et une souffrance psychoaffective, leurs familles étant associées aux soins. L'équipe est pluridisciplinaire pour répondre à la complexité des situations, aux polyopathologies et situations de handicap.

Vous estimez que ce cahier des charges amènerait à ce que les CMPP et ses médecins réduisent leurs champs de compétences pour ne pratiquer que dans le seul registre pathologique des troubles du neurodéveloppement (TND tels que définis dans le DSM-5) ce qui engendrerait une discrimination du public accueilli, et à une limitation de la liberté du choix thérapeutique, notamment par l'obligation faite de respecter les recommandations de la HAS, mettant ainsi les médecins en porte à faux dans leurs responsabilités, puisque quel que soit leur lieu de travail, les médecins doivent garder leur liberté de pratique et leur responsabilité de prescription.

L'article L313-12-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements et services médico-sociaux ESMS mentionnés à l'article L312-1 du même code font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, mais ne mentionne pas explicitement que ce CPOM doit respecter un cahier des charges.

Sur la question de l'intégration de recommandations de bonnes pratiques au sein du cahier des charges, il ne saurait qu'être rappelé le caractère de ces dernières. En effet, quand bien même les recommandations de bonne pratique sont opposables au médecin dans le cadre de

son exercice en ce qu'elles constituent des données acquises de la science qui l'obligent, le médecin doit adapter sa prise en charge en raison de la particularité du patient et œuvrer au mieux. Une autre pratique thérapeutique peut donc être décidée si elle s'avère plus adaptée ou si l'état des données acquises de la science a évolué.

On peut noter qu'en première page de ses recommandations de bonne pratique « Troubles du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent », de février 2018, et « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », de mars 2012, la Haute Autorité de Santé rappelle que les recommandations de bonne pratique « sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient ».

Nous allons prendre attache avec le DGARS de Nouvelle-Aquitaine et ne manquerons pas de revenir vers vous. Nous mettons également en copie de cette correspondance le Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine de l'Ordre des médecins.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations confraternelles.

Dr Anne-Marie TRARIEUX  
Présidente de la Section  
Éthique et Déontologie

Dr François SIMON  
Président de la Section  
Exercice Professionnel

### Cri d'agonie de la psychiatrie

Pierre Delion, Paris, avril 2021

Il n'est pas un jour sans annonces catastrophiques concernant la psychiatrie en France. Ces annonces concernent les conditions dans lesquelles les patients sont traités et à vrai dire trop souvent maltraités. Elles concernent également les soignants-psychiatres, psychologues, infirmiers et autres-, qui sont débordés, démotivés, découragés et ont envie de quitter l'hôpital public ou même de changer de métier.

Les très nombreux administratifs de la psychiatrie commencent à se trouver eux-mêmes en difficulté pour répondre aux questions cruciales que pose la déshumanisation de la psychiatrie. En effet, chaque jour les plaintes affluent, le nombre des contentions augmente, les listes d'attente s'allongent et les soignants démissionnent, ce qui contribue à noircir davantage le tableau général de la psychiatrie.

Pendant que se joue ce drame qui concerne les malades, leurs familles et leurs soignants, le gouvernement met la dernière main à un projet de psychiatrie portant essentiellement sur une approche nouvelle fondée sur la recherche et les neurosciences. L'ensemble du système de la psychiatrie française, publique, associative et privée va se réorganiser autour du concept de plateformes diagnostiques disposant de moyens conséquents pour entreprendre des bilans neurophysiologiques approfondis (recours aux IRM, à l'Intelligence Artificielle, aux algorithmes...) débouchant sur les diagnostics promus par le DSM V et passibles de traitements médicamenteux et cognitivo-comportementaux à l'exclusion de toute autre approche de la souffrance psychique spécifiquement humaine. Le dernier décret relatif à l'expertise des psychologues du 10 mars 2021 indique de façon limpide la direction prise par la « réforme » promise.

Cette réorganisation va coûter un « pognon de dingue » et permettre de développer une recherche neuroscientifique permettant un rattrapage du prétendu retard français dont nos gouvernants, sous l'influence de

lobbies directement intéressés par ce nouvel angle d'attaque (c'est le mot adéquat) de la psychiatrie, ne cessent de nous rebattre les oreilles. On comprend mieux la casse massive de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle entreprise depuis quelques années par le pouvoir et ses agences réputées indépendantes telles que la HAS.

Mais c'est oublier un peu vite que les travaux portant sur la psychopathologie transférentielle avaient permis de restaurer l'humanité dans la relation avec des patients en grandes difficultés dans leur souffrance psychique. En effet, les progrès considérables survenus dans les neurosciences et la génétique ne doivent pas faire oublier que la condition humaine ne peut se réduire au déploiement du génome dans un environnement standard, et que l'intervention d'autrui dans la construction du petit d'homme est primordiale. De la même manière, la prescription de médicaments et de traitements psychothérapeutiques ne peut se penser hors de cette relation intersubjective spécifique de l'humain. Et c'est précisément ce qui avait permis à la psychiatrie de quitter les asiles et de s'ouvrir au monde, notamment grâce à cette invention française que nous ont envié les autres pays, la psychiatrie de secteur. Et ainsi de rendre son humanité aux pratiques psychiatriques avec les adultes et les enfants.

Le succès de cette organisation sectorielle a été tel que les listes d'attente des consultations, dans les Centres Médico-Psychologiques, s'est accrue à un point difficilement à un point difficilement compatible avec les très faibles moyens mis à la disposition des équipes soignantes. Quand un médecin des beaux quartiers demande un an d'attente pour fixer un rendez-vous, ne dit-on pas qu'il doit être excellent ? Mais que la même durée existe dans le secteur public et voilà que l'équipe ne sait pas s'organiser...

Bref !, la psychiatrie est maintenant dans un état déplorable et ce constat a été établi par toutes les instances officielles, y compris la défenseure des enfants, mais plus tragiquement encore par les personnes souffrant psychologiquement et leurs proches.

La psychiatrie qu'on nous promet va droit dans le mur de la régression la plus scandaleuse puisque nous savons comment soigner humainement en psychiatrie.

Continuer à attendre des seules neurosciences la solution pour traiter la maladie mentale est une imposture grave dont les générations futures nous rendront responsables.

Continuer à penser que des économies peuvent être faites sur la psychiatrie est une erreur profonde de jugement de nos dirigeants.

Continuer à diviser les soignants, les familles des malades et les citoyens est une manipulation de bas étage organisé par des groupes de pression puissants et intéressés.

Il est grand temps de réunir les forces en présence pour refonder une psychiatrie à visage humain qui prend en considération les différents aspects bio-psycho-anthropologiques, qui bénéficie des mêmes moyens que toutes les autres spécialités médicales, tout en tenant le plus grand compte de ses spécificités.

Les projets gouvernementaux actuels ne sont pas à la hauteur des enjeux et doivent être reconsidérés avec les avis de tous les partenaires concourant à une psychiatrie digne de ce nom.

## Régime et Diagnostic

Patrice Charbit, St Martin du Vignogoul

(Intervention au colloque « Raisons et folies diagnostiques »)

La collaboration entre Stop-DSM et l'Afpep-Snpp, la principale association de psychiatres privés, s'est déjà montrée fructueuse notamment à l'occasion de la sortie du DSM V ou concernant l'épidémie de TDAH. Nous avons donc souhaité aller plus loin. Comme vous le verrez tout au long de cette journée, nous espérons impulser une nouvelle réflexion concernant le diagnostic qui fasse contrepoids au scientisme et lui confère sa juste place. Je remercie Stop-dsm et l'Afpep-Snpp de me donner l'occasion de vous faire part de certaines réflexions.

Psychodynamique, neuroscientifique, cognitive, sociale, sociétale, juridique, économique, industrielle, politique, la psychiatrie est tout cela à la fois. De facto, il n'y a pas à s'étonner de la diversité des théories, des recherches, des pratiques, des attentes. Elle en est constitutive.

La psychiatrie, on pourrait l'éparpiller, la cliver en autant d'unités que nous venons d'énumérer; on pourrait mettre celles-ci en concurrence, on pourrait prétendre à une simplification en élisant qu'une seule. La réalité, qui ne cesse de nous rattraper, est que la psychiatrie est tout cela à la fois, tout le temps. Elle est complexe et le reste.

Au carrefour de toutes ces composantes se trouve une structure, un point cardinal, un point de cristallisation qui permet de s'orienter parmi toutes ces influences et ce point c'est le diagnostic. Il est un guide et tente de dessiner un chemin au sein de tant de complexité. Il est stratégique parce qu'il précise des aspects de l'horizon de l'époque en cours, parce qu'il souligne la vérité intime du régime qui l'invente, parfois à son insu ; tout cela mérite explications.

Le diagnostic en psychiatrie est lié à des conditions historiques, à leurs séquences, à leurs contradictions, aux théories voire spiritualités en cours. Cela est surprenant. C'est unique en médecine à un tel degré ; les maladies et leurs expressions n'étant pas censées changer à ce point au fil des âges. Le modèle infectieux, et Dieu sait si on a tenté d'ériger le tréponème de la syphilis en paradigme, ne fonctionne pas pour la psychiatrie. Non seulement on ne se débarrasse pas des troubles psychiques comme on se débarrasse d'une bactérie mais de plus ils sont évolutifs et il en apparaît de nouveaux, souvent sous forme d'engouements. Notre démarche se bornera aujourd'hui à effleurer quelques éléments depuis ce qui est à l'origine du mot psychiatrie en 1842, jusqu'à nos jours. Notre ressort consiste à spécifier certaines clefs de compréhension de ce qui nous arrive aujourd'hui par le biais de la construction diagnostique à travers l'histoire, à ceci près que notre situation est inédite : la psychiatrie n'avait jamais été en danger de cette façon. Elle a traversé bien des aléas, elle s'est professionnalisée au XIXème siècle, a construit patiemment son corpus et ses pratiques depuis, a su finalement contrer certains égarements stigmatisant et la vésanie, mais son

inadaptation aux canons culturels actuels, à savoir le catalogage « industriel et assurantiel » et le mode de consommation réduit à l'immédiateté, risquent de lui être fatal.

La pédopsychiatrie s'effondre, les soins psychiatriques de l'adulte périclitent, les hôpitaux psychiatriques n'ont plus les moyens d'assumer leur mission, les jeunes collègues fuient la spécialité, les nouvelles théories « neuro-cognitives » trop orientées sur le marché et sa gestion ont détruit l'attraction majeure que la spécialité avait su engendrer depuis des décennies. La psychiatrie s'uniformise, elle s'appauvrit tant dans sa théorie que dans sa pratique alors que la demande de soins se fait pour le moins insistante. Les conséquences en termes de santé publique sont d'ores et déjà présentes.

Notre modeste ambition devant un tel tableau est de garder vivant notre patrimoine psychiatrique, de sauver ce qui est possible, de l'enrichir au mieux et surtout de le transmettre. La violence qui nous est faite est inouïe et d'une grossièreté assumée.

Venons-en aux faits : Classifier est un pouvoir social majeur.

Notre époque se targue de nouveautés et de technologies innovantes, toujours est-il que pour ce qui est du diagnostic en psychiatrie de vieilles ficelles sont encore utilisées et cette intervention a pour but de les décrire au mieux. Remonter ces ficelles permettrait d'identifier qui essaye de les tirer, d'évaluer les forces en présence, de livrer bataille... si nécessaire, au bon endroit.

Le mot psychiatre est apparu en 1802 et que désignait-il ? Celui qui appliquait « le traitement moral ». Pinel fut donc le premier psychiatre.

L'épopée de la psychiatrie française commence donc par un nouveau traitement. Ce qu'il soigne sera précisé par un diagnostic presque 10 ans plus tard. Un nouvel abord des phénomènes portés par les malades psychiatriques a induit de nouveaux concepts.

C'est une très jolie histoire qui a souvent été racontée dans les colonnes des revues du syndicat national des psychiatres privés. Je ne peux que vous inviter à vous y référer pour plus de détails.

Dans les grandes lignes, Pinel, un médecin montpelliérain monté à Paris, est contraint

au journalisme et à abandonner la médecine par le système corporatiste parisien qui le juge trop réformateur. Il retrouvera des fonctions médicales après la révolution de 1789 et se verra confier Bicêtre puis la Salpêtrière.

Et là, comme tout bon clinicien, et ce sont ceux-là qui ont toujours apporté les plus belles pierres à l'édifice psychiatrique, il s'approche au plus près du quotidien des patients et de ceux qui s'en occupent. Il s'est alors passé ce qui se reproduira 150 ans plus tard avec la survenue de la psychothérapie institutionnelle, ce qui se passe à chaque fois que l'on ne s'éloigne pas trop des patients par peur ou par idéologie, eh bien on prend le risque de les soigner. Ainsi les concierges des asiles étaient plus efficaces que les médecins corporatistes, pour le moins occupés à autre chose et Pinel s'est laissé enseigner leurs pratiques. La psychiatrie commence à soigner dès qu'elle se rapproche un tant soit peu des patients, c'est le premier constat. Les élaborations viennent ensuite. Pinel publie en 1801 son traitement moral qui découlait du filtrage philosophique des pratiques des concierges des asiles et des expériences de Willis en Angleterre. Ce filtrage philosophique n'était rien de moins que celui de la révolution de 89, en particulier Rousseau, Locke et Condillac. C'est un point important parce qu'il explique l'abandon de la théorie des humeurs à l'œuvre depuis l'antiquité par l'adoption de la nouvelle « philosophie sensualiste » qui pour sa part situait la psychologie dans les voies nerveuses. Cela ne paraît pas comme ça mais c'est une idée qui a permis la naissance des spécialités médicales. Nous passons d'humeurs générales, comme la bile noire qui empoisonnait tout, à des pathologies d'organes. A chaque organe, ses pathologies et sa spécialité. CQFD.

Le traitement moral est un traitement de la folie mis en place sous un nouveau régime: La République.

Ce traitement vise les passions, soit des «désirs avortés ainsi qu'une imagination faussée» par un savant mélange de douceur, d'autorité paternaliste, de théâtralité, de philosophie et de consolation chrétienne. Il devait être continu jusqu'à la guérison et se distinguer de la barbarie de l'ancien régime. Il s'appuyait sur la partie

saine de l'esprit pour soigner la partie malade.

Nous avons le traitement, l'embryon d'organisation hospitalière hérité de la monarchie, il manquait sa visée précise à savoir un diagnostic et son mode d'exercice. Il apparaîtra en 1810 sous la plume d'Esquirol, l'élève de Pinel. Ce sera la Monomanie, soit « une idée fixe et pathologique dans un esprit sain ». Le succès fut fulgurant, débordant largement le cadre psychiatrique. Ce diagnostic était construit comme un gant pour le traitement moral, en partageait les influences philosophiques et les ambitions. L'esprit était sain, il convenait de le libérer de l'idée fixe, comme l'indiquait déjà le traitement moral. Liberté, égalité, fraternité allaient pouvoir s'appliquer aux fous qui devaient ainsi guérir des mauvais traitements, de l'iniquité de l'ancien régime.

Pinel et Esquirol ont su dès 1816 que ce diagnostic ne tenait pas la route, la folie ne se limite pas à une idée fixe, seulement il était un levier si puissant, la psyché et ses aléas monomaniaques captivaient tant les foules, qu'ils ont laissé les choses suivre leur cours... Qu'on en juge, en ont découlé rien de moins que la spécialisation des psychiatres, leur expertise devant les tribunaux, les lois de 1838, la professionnalisation, un asile pour chaque département. Les intérêts de l'Etat et des psychiatres s'étaient rencontrés.

Une fois tout cela acquis, alors qu'elle représentait 40% des diagnostics, la monomanie fut abandonnée en 1852 : après 40 ans de bons et loyaux services, elle ne servait plus à rien mais un espace avait été créé et portait le nom de « Psychiatrie » depuis 10 ans. Le mot psychiatrie était ainsi né en 1842.

La psychiatrie : le domaine de médecins spécialistes, bienveillants, assermentés par l'état, qui isolent et instituent le médico-légal en lieu et place de la justice. «L'interdiction » (certification légale qu'un individu est fou et ne peut gérer ses affaires) prononcée par le juge jusque-là qui protégeait essentiellement l'héritage des bonnes familles, cédait le pas devant «l'isolement » prononcé par l'administration et confié au médecin. L'isolement, qui pouvait se prononcer rapidement, allait concerner essentiellement les classes

sociales plus «dangereuses». Cela aboutira à cent mille internés à l'aube du XXème siècle.

L'obsession de l'Etat en 1838 était l'ordre social. Les révolutions, dont la dernière de 1830, avaient marqué profondément les esprits et l'internement était censé prêter main forte.

En tout cas une chose était instituée : le diagnostic participait dorénavant en première ligne à cette rivalité entre monarchie et république. Charlatans, juristes et prêtres s'occuperaient de santé mentale par temps de royauté, au tour d'une prédominance des psychiatres par temps républicain. Jusqu'à ce jour, dès que l'influence des psychiatres s'amenuise, celle des charlatans, juristes et prêtres croît.

Le diagnostic a eu, dans cette épopée de la monomanie, une fonction d'outil conceptuel, d'arme idéologique, de levier organisationnel, d'instrument politique. Il était erroné mais relevait d'une ambition thérapeutique louable même si elle n'a jamais été appliquée. C'est une acquisition opérée au plus près des malades, fruit d'une jolie réflexion, d'une belle observation mais parfaitement insatisfaisante. Cette profonde carence ne l'a ni empêché d'être un redoutable outil politique qui allait participer à la construction des asiles et la naissance d'une nouvelle profession mais de plus la monomanie donnait le ton d'une psychologie autonome à distance des religions. La monomanie, bien que fausse, ouvrait des perspectives.

Le diagnostic est un pan sensible de la réflexion des psychiatres, le point de frottement entre l'expérience et le système symbolique en cours.

Pinel n'avait pu livrer bataille à son principal rival : L'Eglise. Il allait falloir pour cela attendre presque un siècle. Les prêtres étaient de grands professionnels de la consolation alors qu'il en était qu'un débutant, les institutions étaient sous leur coupe, les «sœurs» étaient moins onéreuses que les infirmières que la république n'avait jamais su trouver. Et puis les asiles se remplissaient, les soins de qualité étaient inexistants, les royalistes avaient vite repris le pouvoir : Le diagnostic allait devoir s'adapter.

Le XIX siècle en France est un siècle de tumultes et de transitions. Emaillé de révolutions, de restaurations, de coups d'état et d'empires, il ne trouvera une relative stabilité qu'en 1905 avec la loi sur la laïcité. On peut décrire schématiquement un antagonisme entre deux grandes tendances, l'une monarchique, conservatrice et chrétienne, l'autre républicaine, progressiste et portée par la science.

Chaque camp, guidé par son idéologie, allait élaborer ses diagnostics psychiatriques sans se douter du destin qui allait être le leur. Le diagnostic, c'est la boîte de Pandore et comme nous allons le voir, nous avons tout intérêt à une extrême prudence.

Commençons par la dégénérescence. Elle connaîtra une évolution redoutable. Le Dr Morel la décrit en 1857, le Dr Magnan en donnera une version pseudo-scientifique en 1895.

Quelle est la situation ? Les soulèvements populaires se succèdent, l'Eglise a retrouvé sa place depuis Napoléon, la science commence à déferler, les asiles « isolent » à tours de bras, il y a pour le pouvoir monarchique nécessité d'ordre social, si possible porté par la science dans cette société qui s'industrialise. La monomanie n'est plus suffisante.

Elevé par un prêtre, et pourquoi pas de bonne foi, le Dr Morel va conjuguer la théorie cellulaire naissante et la «transmission de variétés dans une espèce», mélangeant anatomopathologie et histoire naturelle, ce qui reste pour le moins baroque.

Il décrit ainsi une hérédité morbide doublée d'une dégénérescence de l'espèce.

Il évoque sans rire une lésion fonctionnelle sans lésion visible (Idée qui fera des petits puisqu'elle est largement utilisée de nos jours) qui évolue, de génération en génération, de légers troubles en une aggravation progressive à chaque génération jusqu'à atteindre un état de débilité totale. Il y a déviation de l'espèce à partir d'un type primitif idéal, sans aucune autre lésion que fonctionnelle. L'idiot est un bout de course de plusieurs générations d'involution.

En d'autres termes nous aurions pu parler de chute du paradis, de déchéance adamique non récupérable par le sacrifice christique en raison d'une vie dissolue. Le sang vicié, le cerveau délabré, sont la

version scientifique de l'incroyant, de l'infidèle, de l'irrécupérable. Le traitement ne peut donc plus être curatif mais uniquement préventif, d'hygiène, de dressage, de moralisation des masses, de l'eugénisme enfin. Les incroyants sont définitivement perdus... et promis à la dégénérescence.

L'antagonisme est irrécupérable.

Le Dr Magnan donnera un tour plus scientifique à cette pensée. Il développera le concept de sénescence, de vieillissement prématuré, mais lié à des raisons héréditaires, il définit une loi de succession des affections. Ainsi certaines lignées présenteraient une dissolution progressive des caractères de l'espèce.

Il procèdera ainsi à une classification commençant par une légère instabilité psychique jusqu'aux profondes anomalies des idiots en passant par tous les stades que sont toutes les pathologies psychiatriques connues. Chaque génération s'avancant d'un stade. L'état final représentant la vérité profonde du trouble léger initial. L'évolution morbide dans ces lignées est inéluctable. C'est la catégorie des dégénérés ; Cela définit des lésions fonctionnelles dans un centre nerveux sans anomalie visible... tout devient ainsi neurologique, sans retour en arrière possible. Il n'y a donc pas de trouble léger mais que des signes avant-coureurs. Serais-ce des lignées maudites ?

Les conséquences de ce déterminisme, qui touchait surtout certaines classes sociales, seront incalculables au XXème siècle. L'hérédité morbide inéluctable des dégénérés qui menaçaient l'espèce et l'eugénisme, voire l'extermination, allaient devenir l'obsession politique de certains milieux.

Le diagnostic est dans le cas de la dégénérescence directement inspiré des croyances et de l'idéologie de ses auteurs. L'idéologie est croisée avec les connaissances et progrès du moment ; il en résulte un habillage scientifique de mauvais traitements qui sont déjà en cours dans les asiles et concernent des gens aux mœurs dites dissolues. On en connaît les prolongements.

De leur côté, les républicains n'allaient pas rester les bras croisés.

Selon les registres de la Salpêtrière et de Bicêtre, 1% des femmes placées d'office entre 1841 et 1842 étaient hystériques,

elles étaient 20% entre 1882 et 1883, tandis que les hommes passaient de 0 à 2%. Comment expliquer cette flambée d'hystérie ?

L'hystérie était un diagnostic apparu dès l'antiquité. Il était devenu au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle une entité nouvelle : Tout ce qui ne s'expliquait pas s'approchait peu ou prou de l'hystérie. Le Dr Charcot transforma ce « fourre-tout » et en fit une description détaillée et prévisible. L'hystérie était devenue un diagnostic précis, scientifique. Les formes qu'il a décrites ne sont aujourd'hui plus utilisées et semblent spécifiques au XIX<sup>ème</sup> siècle. Toujours est-il que l'impact fut considérable. On venait de toute l'Europe assister aux présentations du Dr Charcot. Et puis l'hystérie était le diagnostic d'un traitement : l'hypnose et la suggestion. Les esprits faibles, si possibles féminins, étaient suggestibles par un médecin, fort de sa science, si possible masculin. Toujours est-il qu'à partir de cette position hystérique, le féminin a commencé à s'exprimer et à interroger le discours du maître, mais c'est une autre histoire.

Tous les fantasmes de possession, de sorcellerie, d'envoûtement, allaient prendre corps, si j'ose dire, dans une conception autre que celle du diabolique. Vous l'aurez deviné, la bataille dont Pinel rêvait, celle contre l'église, allait enfin pouvoir se déployer. Les laïcs avaient enfin réuni de solides arguments contre les superstitions religieuses et leurs forteresses.

Charcot eut la préscience que l'appropriation du champ du « demi-fou » (les hystériques et les neurasthéniques) assurerait un développement considérable à sa discipline au sein et hors des murs de l'asile. Il endossait le costume de la modernité face à l'obscurantisme.

La psychothérapie apparue autour de 1890 pouvait s'exercer en cabinet privé et le citoyen ordinaire ne troublant pas l'ordre public pouvait consulter en ambulatoire. Les psychiatres continuaient ainsi leur professionnalisation hors les murs de l'asile. Le succès auprès du public fut considérable surtout que l'hystérie ne troublait plus seulement la délicatesse des classes aisées, mais aussi les classes laborieuses ce qui généralisait le système. Sortir de l'institution hospitalière, et des engagements financiers que cela

supposait, permettait une disponibilité, une vraie possibilité de concurrence avec l'Eglise à tous les niveaux.

Les ambitions des psychiatres et celles de l'Etat se rencontraient encore. Autant la dégénérescence alimentait la pensée de l'ordre social à tendance monarchique, autant l'hystérie allait permettre aux républicains d'éreinter le pilier majeur de la royauté : l'Eglise.

En dénonçant procès en possession et sorcellerie de manifestations hystériques accessibles aux soins, la troisième république engageait à partir de 1880 une guerre de 25 ans qui n'allait trouver son terme qu'avec les lois sur la Laïcité. Cette victoire allait installer définitivement la république. La lutte fut acharnée.

L'enjeu de l'hystérie était de taille et Gambetta s'en rendit vite compte. Ainsi l'attribution d'une chaire universitaire à Charcot fut l'une des premières décisions de son gouvernement. Le ton était donné : il s'agissait des lumières contre le diabolique. Les psychiatres et l'Etat républicain trouvaient un terrain d'entente. C'était la science contre la foi... et la monarchie.

Le souci pour la république est que la réalité de terrain n'était pas aussi présentable que cela. Le droit à l'égalité pour les femmes était pour le moins très relatif et ceci pour longtemps. Le « progrès » allait légitimer pour partie le colonialisme contre des peuplades dites « sous-développées » ou indigènes ; la république stigmatisait et isolait en son sein ceux avec qui elle n'était pas capable de fraternité et d'égalité, sans parler de leur liberté, à savoir les fous. Les asiles étaient de vrais lieux de concentration de masse, dans lesquels s'appliquaient de mauvais traitements. Les croisades laïques étaient pour le moins prosélytes et dans bien des endroits les prêtres savaient accueillir la différence et l'éventuelle faiblesse avec bienveillance et plus d'humanité. Les caricatures allaient bon train.

Ce point est d'importance car non seulement le diagnostic est une boîte de Pandore mais il révèle au grand jour des éléments peu reluisant. La république ne manquait pas de symptômes et de gouffres obscurs. Le diagnostic dit sa vérité à tous les régimes.

Des Etats se proclamant « démocratiques et de progrès », se « souciant du social » ont abusé des diagnostics psychiatriques pour éliminer toute opposition ; des pays dits « de la liberté » ont ségrégué des populations au nom de la dégénérescence et arrêté les lynchages publics bien tardivement.

Le diagnostic et son utilisation sont ainsi un prisme de vérité d'une société, il met en exergue l'authenticité de ses engagements, il met à l'épreuve du quotidien sa réalité au-delà des formules déclaratives.

Pour finir, un dernier exemple le mode d'élaboration des diagnostics, ceux qui sont nés de l'observation des psychoses en particulier la schizophrénie.

Il est tout d'abord extraordinaire que la schizophrénie décrite en 1911, dont l'épicentre est la dissociation, soit née au moment où les empires allaient se disloquer en Europe. L'Allemagne se regardait dans les miroirs de la galerie des glaces de Versailles où elle était née en 1871, elle qui avait été si morcelée. L'industrie guerrière allait tout emporter et pour longtemps. L'Europe se disloque et découvre la schizophrénie...

Il faut d'abord rendre hommage à tous les cliniciens qui ont si bien décrit les phénomènes délirants et tenté de s'y retrouver. Les psychoses aiguës, chroniques, périodiques, confusionnelles, mélancoliques, maniaques, épileptiques ont ainsi été différenciées. A défaut de soigner ou tout du moins de guérir, les asiles permettaient tout de même une observation précise à qui voulait bien s'y intéresser. Ce fut souvent le cas et cela permit des recherches de qualité.

Kraepelin dans son célèbre « Traité des maladies mentales », rassembla sous le terme de « Dementia precox » une folie évoluant progressivement vers un état d'affaiblissement psychique et des troubles profonds de l'affectivité. Il en distinguait 3 formes : simple, catatonique et paranoïde dans laquelle prédominaient les idées délirantes. De nombreux auteurs soulignèrent très vite qu'il s'agissait moins de démence que d'une dissociation de la vie psychique, une désagrégation de la vie psychique.

C'est cette notion qui fit utiliser le terme de schizophrénie par Bleuler en 1911. Il ne

s'agissait plus de démence mais d'une dislocation des capacités associatives qui plongeait dans une vie autistique.

Bleuler et Jung son collaborateur, élève de Freud, apportaient une lecture synthétique des descriptions préalables. Il s'agissait d'une tendance profonde à cesser de construire un monde en communication avec autrui pour se perdre dans une pensée autistique. Bleuler, au fait de la « psychologie des profondeurs » freudienne mettait ainsi à jour un processus régressif. De la pure description nous passions à un processus. La schizophrénie était si j'ose dire à l'opposé du processus associatif à la base de la psychanalyse. Bleuler, au fait des découvertes freudiennes, avait repéré un mécanisme inverse au moteur de la «*talking cure*».

Chez les anglo-saxons la schizophrénie est devenue un type de réaction venant décrire toute rupture avec la réalité, épisodique ou définitive, de la simple introversion à la régression autistique profonde. Cela a occasionné des catalogages hâtifs surtout quand la couleur de peau n'était pas la bonne... Ainsi, Charlie Parker, le Mozart du jazz, a été catalogué schizophrène et n'a dû son salut qu'à la présence d'avocats blancs de ses amis. C'était en Californie en 1946. Sans eux il se serait retrouvé dans un établissement dont un noir n'avait que peu de chances de sortir vivant. Je lui devais cet hommage.

Nous avons pu repérer dans cet exercice historique que le diagnostic en psychiatrie est une élaboration qui cristallise des faits cliniques et le système de pensée, l'agencement symbolique et politique en cours. Il vient souvent justifier une thérapeutique déjà en place, un changement de paradigme, un changement de régime, un combat pour une modernité. Il intervient dans le processus de hiérarchisation sociale alors que classer est un pouvoir social majeur. Il s'agit d'une boîte de Pandore à manipuler avec d'extrêmes précautions. Il convient donc de laisser la neurologie aux neurologues et de ne pas jouer aux apprentis sorciers avec des « lésions fonctionnelles sans lésion visible ou sans marqueur » dont nous avons vu que cela pouvait mener au pire et que cela répondait à des nécessités politiques voire commerciales de nos jours.

Le rôle de l'Etat dans l'invention et l'utilisation du diagnostic en psychiatrie est majeur. Il peut désirer compter sur la science pour légitimer un pouvoir, une réforme, une stigmatisation ou à l'heure actuelle les nécessités du marché. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de son rôle d'arbitre impartial, appuyé sur des structures indépendantes. Les structures internationales de type *groupe Cochrane* devraient être systématiquement consultées et discutées avant toute mise sur le marché de diagnostics ou de molécules sensibles.

## **Le courage de déplaire pour rester vivant**

Frédéric Aumjaud, psychiatre, Angers

Au décours des études médicales il a fallu s'aventurer dans l'exploration de nos intuitions, il a fallu s'affranchir du passage clouté dans lequel nous aurions pu rester, celui du savoir hospitalo-universitaire. Tout à chacun nous avons-nous avons des moments qui ont fixés des repères, parfois avouables bien plus tard mais qui ont conditionnés notre pratique. L'affranchissement n'est pas forcément de franchir une limite, mais d'élargir une surface de fonctionnement. C'est pourquoi, je proposerai ce petit retour en arrière dans ces temps de « formations/déformations ».

L'approche gériatrique m'a invité à être attentif aux inventions. Actuellement je sens le vent de la frilosité s'installer dans les « engrillagements » sécuritaires et économiques. Lors de mon stage interné de médecine, hors hôpital universitaire, j'avais vu qu'il était possible d'aborder d'une autre manière, quelqu'un dit de malade et alité. Par exemple, s'asseoir délicatement, au bord ou près de son lit et parler du livre qui est sur la table de chevet. Goûter aux petits gâteaux, peut aussi en dire sur soi et permettre une connivence, comme évoquer un lieu de vie, un exercice professionnel, des enfants ou petits-enfants... Pour aborder cette approche formatrice de terrain, il convient de s'autoriser à déborder du cadre rigide de « l'interrogatoire » médical et de l'entretien psychiatrique trop structuré. Les études médicales et la préparation à l'internat de

psychiatrie nous orientaient vers le diagnostic et les conduites à tenir (CAT). Mais voilà, bien souvent la réalité pratique change la conduite à tenir, je l'ai convertie en une conduite à me tenir (CAMET), conduite personnalisée du praticien. A la sortie de l'« alma mater » hospitalo-universitaire, j'allais commencer par une mise en responsabilité, encadrée et bien singulière.

En d'autres termes, pour sortir des cours théoriques, il fallait acquérir un état d'esprit. C'est en allant voir au-delà de ce qui était proposé, imposé que des ingrédients ont été rassemblés. Notamment par un stage interné de médecine, difficilement obtenu car en dehors du giron hospitalo-universitaire local et effectué en milieu semi rural. Il faisait suite à des temps d'aide-soignant puis d'infirmier, dans ce même hôpital. Avec ce nouveau statut, celui de faisant fonction d'interne (FFI), j'ai été confronté à ce médecin « chef » qui, avant la visite, alors qu'il urinait dans le lavabo du bureau me renvoya à mes études. J'étais en train de lui exposer une histoire clinique pour laquelle la faculté m'avait enseigné qu'il fallait mettre en perfusion « Soluridine/Papavérine® ». Il m'interrompit sèchement ; « tu y crois, toi ? ». Quelle question aux conséquences si lourdes ! Remettre en cause le discours Universitaire, voilà qui à de quoi surprendre, - je fus convoqué- dit-on en psychanalyse.

Une autre fois, pour illustrer ces pas de côté, nous avons accueilli un vieux monsieur, tout sec « rabougri », fatigué comme peut l'être un vieux méditerranéen, c'est-à-dire « quasiment mort ». Connu du service, cet ancien facteur du village n'en était pas à sa première hospitalisation dans cet état. En effet, il était marié à une maîtresse femme qui lui menait la vie dure depuis plusieurs années. La résultante de ce fonctionnement conjugal, aboutissait à ce que monsieur finissait en hospitalisation dans un état cachexique important. Outre le nursing et l'anti nursing, il lui était prescrit par ce médecin-chef du « Décarabolin® », aux vertus androgéniques stimulantes. Le test de sortie était quand « papy Ron. » pinçait les fesses des infirmières. Ce protocole serait présenté comme dangereux à plus d'un titre aujourd'hui. Il l'était à l'époque, mais l'espace de

fonctionnement médical permettait cette prise de risque. La suite du temps passé en la compagnie de ce médecin de famille proche des gens, que ce soit comme interne, mais aussi comme remplaçant à son cabinet, m'ouvrit d'autres portes que celles de l'Université ou de l'Hôpital. D'autres portes, mais aussi à de cruelles vérités suite à sa disparition mystérieuse en montagne. Donc, par ce temps en responsabilité en médecine somaticienne, le passage clouté s'élargissait, en même temps que l'aphorisme « liberté, attention danger » prenait toute son ampleur.

Le monde de la clinique gériatrique a fait beaucoup de progrès ces quarante dernières années. Néanmoins, l'approche humaniste avec prise de risques se rétrécit au profit du fantasme de maîtrise et d'éternité. Si nos descendants à venir pourront en convenir, les contemporains, surtout ceux qui ont passé leurs « fait-âge » doivent être abordés autrement. Avec cette crise actuelle où la maladie et la mort statistique s'invite d'autant plus avec l'avance en âge, l'adage gériatrique « plus que de donner des jours à la vie, il vaut mieux donner de la vie aux jours ». Seulement ceux qui sont aux pouvoirs, chacun à leur niveau pensent responsabilité juridique plus que responsabilités spirituelles. Le jugement ne se place pas ni sur les mêmes valeurs ni au même moment. J'entends souvent en « raisonnances », « mourir vivant ou vivre mourant ? ». Nous psychiatres, avons encore beaucoup à déplaire pour rester vivants.

## Exclusion et personnes âgées

Frédéric Aumjaud, psychiatre, Angers

En ces temps troublés par une pandémie qui freine l'extensibilité insouciance manifestée par notre monde dit moderne, il ne peut être mis sous silence les tentatives d'exclusions des plus âgés.

Un excellent article « manifeste pour le droit des personnes âgées » a été publié par la revue Gériatrie et Psychologie. Neuropsychiatrie du vieillissement de mars 2021. Il souligne les dangers qui pourraient bien y avoir à opposer les plus jeunes aux plus âgés. Les nouvelles formes d'agissements sont ainsi soulignées pour

dénoncer les conséquences « sévères pour les victimes, car les discriminations deviennent réglementaires. La ségrégation est systématisée ». Les âgismes deviennent législatifs, culturels, sociaux médiatiques et politiques, sanitaires. L'allongement de l'espérance de vie sans incapacité majeure qui caractérise la longévité favorise une vieillesse maltraitée qui se décline par un illettrisme de plus en plus excluant et favorisant les abus. Par exemple, il m'a été rapporté cet arrêt de versement d'une pension de retraite car cette personne était dans l'incapacité de transmettre par ordinateur son certificat prouvant qu'il était encore en vie. Âgisme encore, où il est comparé les retraités aux plus jeunes comme les moins de 30 ans qui ne travaillent pas ou ceux qui sont déjà endettés, pour l'achat d'un logement. Ces comparaisons avec ceux déjà propriétaires est souvent une absurdité car ces derniers devraient payer un loyer avec les charges que leurs retraites ne leur permettraient pas. D'autres comparaisons ne sont pas raisons de mise à distance, par la phrase lapidaire « c'est dû à l'âge ».

« Les nouvelles ségrégations fondées sur l'âge chronologique sont absurdes ». Toutes ces formes de discriminations me renvoient cette phrase que j'ai pu lire très tôt dans mon cursus d'étudiant médecine ; « la médecine la seule profession qui travaille sans relâche à détruire sa raison d'être ». En d'autres termes, nous autres les psychiatres cliniciens, devons reprendre une place pour que la gériatrie clinique, fasse partie de notre processus de réflexion et de théorisation. La longévité de vie, gagnée par les avancées au cours du dernier siècle doit être reprise dans un effort transdisciplinaire en réflexions, sans exclure cette notion de « co-construction » intergénérationnelle dans laquelle les histoires de vies interviennent en spécificité. Les propositions d'actions et des rapports se sont succédés, ils sont résumés dans cet article en proposant de « changer le regard porté par la société sur les concitoyens adultes devenus âgés », ... dans « une société inclusive » qui ne laisse personne à l'écart notamment, les personnes devenues vulnérables. Pour cela il convient de développer un accès aux soins et des services d'aides de qualité. Toute une mobilisation, incluant notamment les

psychiatres libéraux doit être entrepris pour favoriser l'attractivité des métiers du grand âge. Cette meilleure préparation évitera ainsi la maltraitance des personnes âgées. Celle-ci se manifeste à 83 % des cas, dans l'univers restreint du domicile. Les psychiatres de libres pratiques ne sont-ils pas ceux, dont l'exercice permet le mieux d'entendre cette souffrance souvent cachée. L'approche clinique du psychiatre, notamment au travers de nos psychothérapies spécifiques, permet de desserrer les amalgames sociaux, médicaux, neurocognitifs, sur une personnalité donnée qui enserrant à l'étouffer, l'expression de la souffrance psychique.

Encourager la désignation des personnes de confiance qui pourrait être consultée quand la perte d'autonomie et les dépendances s'installent.

Ecrire, ou actualiser le cas échéant, les directives anticipées, notamment celles des patients devenus vulnérables. Nous avons par moment un rôle d'accompagnateur de soins avec une notion systémique. D'ailleurs qui d'entre vous a écrit ses directives anticipées pour que la loi Claeys-Leonetti puisse être au mieux appliquée en cas de besoin ?

Par une position assumée de notre propre avancée en âge, nous serons à même, de mieux proposer des soins actualisés, pour un Sujet Vieillissant Âgé dont l'âge chronologique n'en a pas. Conscientiser le temps, plus que d'opposer les temporalités de vies différentes des moins âgés / plus jeunes.

## À propos de maltraitance des internes

Adeline Metten, Reims

De nombreux cas de suicide d'internes sont à déplorer depuis quelques années sur l'ensemble du territoire français. Dans la région rémoise, deux suicides en un an et un mois.

Il nous apparaît aujourd'hui important de faire un état des lieux.

Comme chaque médecin le sait, un interne est nommé à un poste (dans un service de la spécialité qu'il aura choisie selon son rang de classement à l'issue du concours

national classant), chaque six mois par l'ARS de sa région. L'ARS valide l'ouverture de tel ou tel poste dans tel ou tel service après que la demande d'ouverture du poste lui a été faite par tel ou tel chef de service, selon un cahier des charges que le-dit chef s'engage à respecter, et à faire respecter. A la fin de chaque stage, le stage de l'interne est validé par le chef de service. Parmi les critères d'évaluation des compétences à acquérir figurent des compétences cliniques, techniques de savoir-être à l'égard d'autrui-patient et la capacité de travailler en équipe dans le respect d'autrui.

On peut supposer qu'un tel chef de service aura voulu ouvrir un poste d'interne par souci de transmission de son art, au sens large, aux plus jeunes.

Or il s'avère que les internes peuvent connaître des lendemains qui déchantent lors de certains stages. Présence dudit chef quasi inexistante, carence d'accompagnement, de transmission, irrespect, parfois harcèlement moral ou sexuel, repos de garde non respectés, cadence de travail infernale.

Les postes à risque sont malheureusement connus, depuis des années, ont parfois déjà été cités auprès des coordonnateurs de DES, des doyens, de syndicats, sans effet. Dans le meilleur des cas, selon les régions, une inadéquation des postes voulue par l'ARS fera que ces postes-là pourront ne plus être « pourvus ». Souvent il s'agit d'une répétition, depuis quelques générations, de la maltraitance des internes d'autrefois, devenus PH depuis, dans le service.

De la même façon que ce qui ne se transmet pas se répète comme le crissement du sillon d'un disque rayé, les situations de maltraitance peuvent se réactualiser promotion après promotion aux mêmes endroits.

Si des connaissances médicales ont été apprises comme on peut réciter sa leçon sans l'avoir comprise, l'art d'exercer la médecine et même d'être médecin n'en est pas pour autant acquis.

C'est là que se situe ce presque rien de différence entre la répétition, et la transmission.

Et c'est là aussi la différence entre « faire à la chaîne » et pratiquer un art.

La différence entre « voir » un malade et aller à sa rencontre.

La différence entre les concepts de «maladies-entités-à-éradiquer » et malade souffrant.

Et la différence entre produire des actes et exercer son métier en y trouvant du sens, et sens à trouver pour la personne qui demande de l'aide.

L'injonction existe parfois chez certains internes, explicite ou implicite, externe ou interne, de mise en tension de leur corps par la faim, la soif, la résistance au sommeil, la meilleure capacité à voir tant de « cas » « par heure » aux urgences, dans leurs services, capacité de travailler comme des machines, sans erreur, sans dysfonctionnement, de mise en tension de leur esprit que l'on souhaite sans besoin, sans affects, sans rêve, sans questionnement sur ce que je fais ici et maintenant et pourquoi, sous prétexte d'excellence, qui les dissout peu à peu dans une irréalité. Apparaît comme une nécessité de ne pas penser trop pour pouvoir continuer à travailler, quitte à se doper, s'auto-médiquer, s'anxiolyser, s'alcooliser.

Certains s'organisent dans un univers quasi hors-temps et hors réalité pour apprendre tout ce qu'il serait nécessaire de savoir. Du saucissonnage de l'être humain en chapitre de cours sans synthèse et sans analyse de la situation globale, humanisme mis au ban.

Malheureusement, le court-circuit de la pensée crée surtout une surtension. Remettre à trop tard ce qu'il faudrait pourtant pouvoir mettre en parole, sans censure, sans frein, sans enjeu dans la réalité, pouvoir dire sa fragilité, sa tristesse, son désarroi, et dire ce que ça fait. Ces internes sont des personnes, des êtres humains.

Avoir à faire au corps de l'autre, l'autre souffrant, sa peau, ses organes, ses odeurs, sa sueur, les liquides et les matières, les plaintes et l'angoisse, viennent solliciter chez ces jeunes internes des pulsions mal élaborées, des excitations qui ne trouvent pas de mots, ni de contenance par un autre, un senior, qui devrait aider à contenir ce à quoi l'interne est confronté.

Les corps nus, les regards des humains demandant parfois encore quelques moments de vie, la puissance entre des mains mal préparées.

Le pouvoir de faire se continuer ou de faire s'arrêter cette vie-là. Tout du moins le fantasme de ce pouvoir-là.

Alors qu'en réalité ces vies peuvent aussi échapper à tout contrôle, et que les moyens mis en œuvre pour les sauver peuvent se révéler impuissantes à faire quoi que ce soit. Enfin avoir aussi à faire à la mort d'une personne qui avait placé en nous sa confiance, à l'annonce de la mort d'un proche à une famille bientôt endeuillée, sans l'accompagnement d'un senior bienveillant et qui aura partagé ce désarroi laisse l'interne seul dans une telle situation de « désaide » qu'elle devient traumatique. Voilà ce à quoi les internes peuvent avoir à faire au cours de leur stage.

L'enfermement dans un désert humain et affectif provoque parfois une immense culpabilité de ne pas y arriver, de ne plus y arriver. Aveu d'impuissance. La mort est envisagée comme une issue. Dernière cartouche. Décharge motrice par le passage à l'acte, décharge fantasmatique, hors champ, hors pensée, le souhait que « ça s'arrête », mettent un terme à tout cet univers devenu insupportable.

Il faut une génération pour que cet emballement s'arrête, et ce pourrait être maintenant ! Une génération pour que re-surgisse le souvenir de valeurs, d'éthique, de travail de la pensée, que la conflictualité fait partie d'un travail d'élaboration, du sentiment de collégialité et de partage, et pour dire la nécessité du temps.

Une génération pour que dans les services concernés des seniors arrêtent le disque rayé.

C'est possible et l'AFPEP-SNPP se joint aux mouvements qui çà et là émergent, aux côtés des internes.

A Reims, nous avons entendus ces internes, et nous sommes organisés pour nous rendre - une quinzaine d'entre nous - disponibles. Une quinzaine de psy libéraux dans un ailleurs pour faire contre poids, ou tiers. Une quinzaine pour offrir un lieu d'accueil. Il ne s'agira pas de « remettre sur pieds » des internes et les « adapter » aux exigences de leur service. Non ! Il s'est agi pour nous d'entendre, de comprendre, avec ceux qui le souhaitent les mécanismes en jeu et de leur permettre de re-trouver ou re-nouer avec leur pensée. Respirer... Être...Changer le disque.

## Que réserve-t-on à notre jeunesse ?

Hélène Baudouin, Nice

Trente années d'exercice à l'écoute des patients et de leur rapport à la société. Ils sont parents, enfants, professeurs, des écoles ou bien du secondaire, adultes en entreprises, étudiants, soignants, seniors en fin de parcours professionnel. Tous ont traduit leur vécu et partout, ces dernières années, j'ai pu sentir monter la pression.

En ce début de millénaire, un maître-mot a fait son apparition, la compétitivité !

Présenté sous les meilleures apparences, destiné à dégager le meilleur de tous, nous observons en 20 ans seulement les dégâts auxquels cela nous expose, en particulier notre jeunesse. Nos enfants se voient, depuis la maternelle maintenant, soumis à des évaluations permanentes.

Nous avons pu nous dire : nous décidons ainsi de sélectionner les meilleurs, c'est le rôle de l'école, celles et ceux qui ne s'y sont pas adaptés n'ont pas les capacités neurodéveloppementales voulues, et nous ne les laissons pas tomber puisqu'il y a le champ du handicap qui s'est largement ouvert. Mais ce n'est pas aussi simple !

Je suis frappée par les témoignages de plus en plus nombreux d'adolescents, très bons élèves pourtant, qui ressentent maintenant une pression insupportable.

Une jeune fille en seconde a presque la nausée en évoquant le rythme auquel elle se sent soumise. La crise du Covid n'arrange rien, ses cours sont en Visio à la maison où les élèves sont seuls, lors des journées en présence, ses professeurs ne font plus que des contrôles, leur faisant perdre tout contact vraiment pédagogique. Les professeurs semblent adopter ce qui était reconnu comme courant dans les classes prépa, un système « marche ou crève ». Elle n'est pourtant qu'en seconde mais tout est orienté vers la constitution d'un bon dossier pour le post-bac. Elle calcule en permanence sa moyenne, les coefficients.

Les études supérieures sont présentées comme réservées à l'élite de l'élite... pour les autres horizons bouchés et études non choisies. Lorsque je les entends, j'ai la sensation que les jeunes vivent leur

scolarité comme on suit la bourse, leur moyenne est en ligne, avant un contrôle, ils calculent s'il vaut mieux y aller ou pas... cela me semble délirant !

Le plaisir d'apprendre, d'être ensemble, la curiosité, le désir, le temps de mûrir, les capacités créatives, toutes ces dimensions semblent désormais absentes.

Quant aux études elles-mêmes, si l'on prend l'exemple des études de médecine réputées pour avoir sélectionné « les bons parmi les bons », je suis effarée de l'omniprésence de cette compétitivité qui impose des rythmes de travail menant tout droit à l'épuisement. Aujourd'hui l'annonce de si nombreux suicides d'internes n'est malheureusement pas pour me surprendre. Nous entrons dans un système d'éducation où les « bons » vont se retrouver poussés, pressés, pour devenir de plus en plus compétitifs.

Ceux qui rentrent dans le système se retrouvent finalement maltraités et ceux qui n'y rentrent pas sont des « handicapés »... ils sont de plus en plus nombreux, ils sont peut être les seuls à résister très tôt au harcèlement d'un système scolaire basé sur la compétition dès le plus jeune âge. Un système qui devient de plus en plus fou, un système qui crée de tous côtés l'impasse.

## Ainsi va le monde n° 35 La fabrique des anormaux

Didier Martz, Philosophe  
[www.cyberphilo.org](http://www.cyberphilo.org)

(Ainsi va le monde est conçu comme un recueil écrit et vidéo de chronique philosophique - NdIr).

La fabrique des anormaux ou la fabrique de la normalité. L'une et l'autre s'inscrivent dans le processus de normalisation nécessaire à toute société, famille, entreprise, institution, école... Elle devient problématique voire inquiétante à partir d'une certaine limite. Et "certaine" renvoie au flou et à l'incertitude...

Pour le corps, on les a appelés monstres, infirmes, invalides, mutilés, paralysés handicapés, personne en situation de handicap ; côté esprit, ils ont été idiots, fous, débiles, malades mentaux,

handicapés mentaux. On se félicite de cette évolution du vocabulaire pensant qu'en changeant les mots on change la réalité. Grâce aux sciences, les troubles musculo-squelettiques d'une part ou les troubles du comportement d'autre part sont mieux repérés. Désormais, nous avons à notre disposition une « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », d'un « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » ou DSM ou encore d'un « Système d'identification et de mesure du handicap ». Finies les généralisations. Maintenant, nous sommes plus précis. On est tétraplégique, polyhandicapé, infirme moteur cérébral ou schizophrène, autiste, trisomique. Côté troubles mentaux, on est arrivé à en recenser à ce jour un peu plus de 400. Grâce à ce repérage, on parvient avec plus ou moins de bonheur à soigner, réparer, réadapter, compenser en bonne partie maintenant grâce à procédures psychiatriques et à des matériels technologiques performants. Comme disait à peu près je ne sais plus qui « le monde n'est pas bien rangé, c'est un vrai foutoir », mais cet auteur renonçait à le ranger alors que par ailleurs on se démène à le mettre en ordre et à le loger dans des tiroirs. Et comme il y a des anomalies, des anormalités qu'on appelle troubles et qui sont régulièrement découvertes, on crée de nouveaux tiroirs pour les ranger. Et lorsqu'on prend l'habitude de fabriquer des tiroirs, on continue à en produire et on finit bien par les remplir. En y faisant rentrer des choses qui normalement n'auraient pas dû y être parce qu'elles sont de l'ordre de la vie normale... mais on ne sait jamais. On s'est aperçu qu'une dent de travers ou un mot de travers n'était pas normal et on a inventé l'orthodontiste et l'orthophoniste. Ou peut-être a-t-on créé d'abord la spécialité et fini par trouver l'anomalie. Mon « kiné » après une séance d'observations et de mesures m'a conseillé de voir un orthopédiste au motif que j'avais une jambe plus courte de quelques millimètres et que ce n'était pas normal. J'allais plutôt bien en entrant, beaucoup moins bien en sortant. Il existe autant d'ortho- ceci ou cela qu'il y a d'anomalies découvertes ou peut-être inventées, fabriquées. Le préfixe ortho- signifie droit et ou encore remettre droit, en ligne. Redresser. Corriger. Les corps, les têtes. Pour les idées peu convenues on

consultera l'ortho-doxe, celui qui remet droites les opinions. Bref, une vaste entreprise de correction, de rectification, de normalisation et incidemment de définition de la normalité. Pour notre bien et notre bien-être.

« La maîtresse dit que mon fils n'est pas normal, qu'il a un handicap », « Votre enfant est hyperactif. Il perturbe la classe. Il a besoin d'un traitement », « Il a 4 ans, l'institutrice dit que mon fils travaille mal, qu'il faudrait qu'on lui fasse un test de QI ». Tous les jours, Thierry Delcourt, psychiatre et psychanalyste entend dans son cabinet de consultation, ces « mots qui tuent » de parents désespérés qui doivent faire subir à leur enfant des tests pour décider d'un trouble neurodéveloppemental, d'un handicap, puis les rééduquer et leur prescrire des médicaments\*. Aux États-Unis, le nombre de jeunes concernés avoisine les 20 %. En France, il a augmenté de 300% en 15 ans. Or, ces enfants ne sont pas handicapés ni anormaux, ils sont souvent en difficulté psychiques, anxieux, déstabilisés, insécurisés. Moins grave, la maîtresse m'avait fait remarquer que mon fils âgé de 6 ans à l'époque ne pensait qu'à jouer. Je ne suis pas allé chez le psy ni à la pharmacie !

*\*La fabrique des enfants anormaux, Max Milo*  
 Dans son livre « La fabrique des enfants anormaux », Max Milo, 2021, Thierry Delcourt met à jour ce processus minutieux et insidieux de la confection des troubles psychiques. Alors qu'en fait, il ne s'agit pas de troubles psychiques, mais de la facilité avec laquelle un diagnostic est posé de façon excessive, avec des conséquences désastreuses pour les enfants, dont la prescription injustifiée et dangereuse de traitements médicamenteux. Ainsi, dit-il, de nouveaux diagnostics sont apparus, dont la bipolarité (un trouble fourre-tout jusqu'alors utilisé uniquement pour l'adulte), le trouble oppositionnel avec provocation, TOP, qui conduisent à prescrire à des enfants un peu instables et turbulents, des médicaments psychotropes dont les effets secondaires sont redoutables.

Et Thierry Delcourt d'ajouter que plus vous fabriquez des troubles, plus vous trouvez d'enfants en relevant. Ainsi quatre fois plus d'enfants dits handicapés sont inclus dans l'école. Or, on constate dans le même

temps une augmentation des enfants placés en institut spécialisé. Qu'il va falloir ensuite inclure ! Cela signifie donc que l'inclusion dont on parle tant n'est alors que la résultante, la conséquence d'une fabrique du handicap à partir de ce que l'école juge anormal.

Michel Foucault dans « Surveiller et Punir » avait exposé comment les institutions procèdent chacune à leur façon au redressement des corps humains. L'école parfois m'attachait les bras au dossier du pupitre pour que je me tienne droit. Étroitement lié, le redressement des corps conduit pour Michel Foucault au redressement des morales et se tenir droit acquiert ainsi un double sens, physique et moral. Allant plus loin, on pourrait se passer de spécialiste en devenant chacun son propre censeur après avoir été corrigé tout au long de sa vie par des spécialistes. Pensez à vous tenir droit, rentrez le ventre, surveillez vos gestes, vos paroles.

En recherchant des mots commençant par « ortho », j'ai trouvé orthosexualité. Pour redresser les sexualités déviantes et anormales. Ainsi va le monde !

## Ne jamais oublier Samuel Paty

Françoise Duplex, Paris

Le CMPP dont j'assume la direction est relié à Paris par les lignes J et H, du TER et le RER C. La ligne J sillonne au sein de paysages, direction Pontoise, Gisors, non loin de Giverny et Auvers sur Oise. Au XIXème siècle, les pinceaux des peintres impressionnistes s'en sont donnés à cœur joie, nous laissant un immense patrimoine culturel [1]. Cet environnement s'est désormais transformé radicalement avec l'urbanisation et la densification des populations. Nous quittons la gare parisienne, St Lazare [2], traversons bientôt la Seine, [3]. Au loin se profilent les grands immeubles architecturés de La Défense à Puteaux, souvent affleurés par un nuage opaque. L'air n'est plus sain. Sur le fleuve glissent quelques péniches pouvant donner l'illusion, un court instant, seulement, que rien n'a changé depuis que les poètes des couleurs y ont déposé un regard.

Les premières stations d'arrêt sont Argenteuil et Val d'Argenteuil [4]. La ville fut

le siège d'une vaste opération anti-terroriste en 2016, car elle hébergeait un complice des organisateurs de la tuerie du Bataclan le 13 novembre 2015. C'est un autre monde, les femmes portant le voile intégral ou niqab me surprennent, m'interrogent.

À proximité, passé la Frette-Montigny, nous nous approchons de la gare d'Herblay. En place de laquelle deux policiers ont été sauvagement agressés en novembre 2020. Quelques arrêts plus loin, le Transilien fait une halte à Conflans Ste Honorine [5]. Puis à Éragny Neuville et St Ouen l'Aumône, notre destination.

Conflans St Honorine, vendredi 16 octobre 2020, en fin d'après-midi, Samuel Paty, professeur d'histoire, au sortir du collège du bois d'aulnes, a été rattrapé et assassiné, par un jeune russe-tchéchène. Son forfait : Il avait dispensé un enseignement sur la liberté d'expression à partir des caricatures de Mahomet publiées dans le magazine Charlie-Hebdo. Il meurt à deux pas de chez lui, sur la commune d'Éragny. Une heure avant les faits à peine, je prenais le chemin du retour vers Paris, sans me douter que non loin, un futur tueur guettait les lieux afin de commettre son crime. C'est dans cette ambiance que deux, trois fois par semaine, nous empruntons comme beaucoup de voyageurs cette ligne, la vie continue se dit-on. Désormais je ne connais plus la même tranquillité et je suis confrontée à un sentiment d'insécurité qui se réfère à l'attentat, c'est pour moi inhabituel. Comment aurais-je imaginé qu'un jour je «planquerais » mes lectures pour protéger mon existence dans notre pays démocratique, gagné par les menaces religieuses intolérantes.

J'ai un geste de protection à l'égard de l'hebdomadaire qui, je le sais, peut fâcher, euphémisme, alors je choisis de lire Charlie-Hebdo cachée, dans «Le Quotidien du Médecin » dont il dépasse un peu. À la façon d'une caricature de détectives privés, je suis tentée d'en rire mais un débat psychique m'habite, mêlé de peur, couardise, d'irréalité, et la conscience que « ça » n'arrive pas qu'aux autres. Par ce geste, j'éloigne l'idée qui me poursuit : avoir la gorge tranchée pour m'être plongée dans ce canard.

Dans les CMPP en Nouvelle Aquitaine, une autre violence menace, exercée par les directeurs de l'ARS. De façon trumpiste, les administratifs prennent les rênes, sursoient au rôle des médecins, modifient les projets thérapeutiques et même le vocabulaire. Le mot « psychothérapie » est remplacé par « intervention », La psychanalyse bannie, honnie. Un tri des patients s'effectue au profit des enfants porteurs d'un diagnostic de trouble neurodéveloppemental (TND). Ces comportements anti-démocratiques nous glacent. Le ministère des Solidarités et de la Santé, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, CNOM, sollicités, désapprouvent, pourtant rien n'arrête encore ce système. La psychiatrie, la santé, se développent selon une lignée libérale, et sont devenues des produits rentables. Tels des orpailleurs, Doctolib et FondaMental exploitent ce filon d'or livré sur un plateau.

Depuis janvier 21 « le QdM » est remplacé par un journal électronique et un magazine hebdomadaire, d'un format trop réduit pour servir de cachette. J'ai bien tenté le journal gratuit « 20 minutes », lui aussi trop étroit. Il va falloir ruser autrement ou lire ailleurs. Pertes de nos valeurs, perte de l'autorité des enseignants qui meurent pour des idées, perte de l'autorité médicale, et pour couronner le tout, la Covid, impératrice qui s'en moque bien.

Références Aux Impressionnistes :

- [1] *Les bords de l'Oise à Pontoise*, Pissarro-1878. *Meules au coucher du soleil près de Giverny*, Monet-1891. *Chemin à Auvers*, Vincent Van Gogh-1889
- [2] *La gare St Lazare. Le pont de l'Europe*. Monet-1877
- [3] *Bateau sur la Seine*, Monet-1878
- [4] *Les Rives de la Seine à Argenteuil. Régates à Argenteuil*, Monet- 1872
- [5] *Paysage*, Camille Pissarro

## DU CÔTÉ DES LIVRES

### MARCHER DROIT, TOURNER EN ROND

Emmanuel Venet, Verdier, 2016

« Marcher droit, tourner en rond » est le monologue d'un homme qui se présente lui-même comme atteint d'un syndrome d'Asperger qui le rend, dit-il, « asocognosique, c'est à dire incapable de me plier à l'arbitraire des conventions sociales et d'admettre le caractère foncièrement relatif de l'honnêteté ». Assistant à l'oraison funèbre prononcée pour l'enterrement de sa grand-mère, le narrateur est donc naturellement conduit à vouloir rétablir sa vérité sur chacun des membres de sa famille, présents comme absents. Galerie de portraits entremêlés avec brio à la description des passions exclusives du narrateur pour les tournois de scrabble et les catastrophes aériennes et au récit de son amour jamais démenti depuis trente ans pour une camarade de lycée, la lecture de ce court roman est jubilatoire. Emmanuel Venet est psychiatre. Au-delà du portrait de famille grinçant et du récit désopilant, on pourra trouver dans ce roman une réflexion sur l'illusoire et temporaire soulagement que procure l'annonce diagnostic à ceux qui la revendiquent ou la subissent.

L'absence de soins qui en découle puisqu'il s'agit de handicap, les déboires judiciaires, la faiblesse de la pension et l'incompréhension maintenue du narrateur avec son entourage familial, sont là pour en témoigner.

Sophie Stein, psychiatre, Paris

### LE CONSENTEMENT

Vanessa Springora, Grasset, 2020

Courageuse Vanessa Springora !

L'arme du combat :

De quelle arme cette quadragénaire s'est-elle munie pour se défendre contre l'écrivain perfide et vicieux, G. M.\*? D'une plume. Et de la force des mots. Dans un premier roman, « Le Consentement », Vanessa Springora se confie, 30 ans après

qu'il l'ait envoûtée nubile. Il était quinquagénaire.

Vanessa Springora définit G.M. comme un ogre qui savourait les adolescentes, et dévorait les garçonnets asiatiques. Au fil de récits à l'écriture allègre, l'homme de lettres décrit en milles détails salaces, ses savoureux repas. C'étaient les années 1970/80. Et ce loup fut consacré par une époque tolérante voyeuriste. Au mépris de l'éthique la plus élémentaire qui soit, les victimes ont vu leur intimité dévoilée dans les romans et journaux intimes mis sous presse. Vanessa S. précise que jamais, son accord ne fut sollicité pour la publication de lettres qu'elle lui avait adressées ainsi que des clichés. Son écrit, véritable coup de génie, révèle combien les ébats doucereux de leurs amours venimeuses s'accompagnèrent de dégâts psychiques et physiques, dès ses quatorze ans. La déscolarisation de la classe de troisième, l'anorexie mentale sévère et un accès aigu de dépersonnalisation l'ont conduite en hôpital psychiatrique. Tandis que le prédateur s'est vu à peine inquiété par quelques proches de la mère, qui l'invectivèrent. Ni celle-ci, ni le père de la jeune adolescente n'ont pris leurs responsabilités. Les policiers de la brigade des mineurs se montrèrent laxistes.

Le débat porte sur deux axes:

Un homme de littérature reconnu, décide de rendre publics ses agissements pédophiles. On est en droit d'interroger son désir autopunitif, qu'il se passe quelque chose qui l'arrêterait ? À l'inverse, il reçoit le soutien indéfectible d'un consentement national, le président de la république de l'époque lui adresse une lettre de recommandation, un sésame. En somme, un encouragement à poursuivre son œuvre destructrice.

Le second axe porte notre regard sur le monde littéraire de l'époque. Une grande majorité d'éditeurs, nombres d'écrivains, de médias, portèrent aux nues ce poète maudit, parce que son écriture est belle. Ils s'en défendaient au nom de « la littérature prévaut sur la morale ». Dans cette machination infernale, les égéries étaient réifiées. Sacrifices d'enfants sur l'autel de la littérature par un grand maître qui n'avait pas de Dieu. Or, comme le souligne Vanessa Springora, toute publication de ce type doit être précédée de la mention : « La

sexualité d'un adulte avec une personne n'ayant pas atteint la majorité sexuelle est un acte répréhensible puni par la loi. ». Ce n'était jamais le cas.

Depuis 2017, le mouvement « #Me too », les mentalités ont changé. Désormais il ne serait plus possible à Gabriel M. d'exhiber fièrement ses ébats éphebophiles\*.

Un procès\*\* s'annonce enfin. Une mise en examen a lieu, en dépit des prescriptions qui touchent bon nombre de jeunes filles concernées. Cette intervention de la loi ne fut-elle pas convoquée autrefois? Dans son ouvrage, Vanessa Springora émet l'hypothèse d'une auto-dénonciation, de la part de G.M. à la police au moyen de nombreuses lettres anonymes, qu'il aurait rédigées lui-même durant une longue période, tout en agitant la thèse complotiste. Personnage complexe, double, menteur, manipulateur, prédateur immature, jamais responsable, appelant la punition qui ne vient pas ? Victime de son génie littéraire? Sa faute à lui? Mais non voyons, il a tout dit, tout raconté. On lui signait des blancs seings. L'on sait d'expérience que les pédophiles ont un âge mental très bas.

Je dois bien reconnaître que le littéraire G.M, m'était totalement inconnu avant la révélation médiatique de cette affaire, en janvier 2020. Tout au plus, aurais-je pu le croiser, vieux beau, trainant dans les rues adjacentes du lycée Montaigne, à guetter ses jeunes maîtresses, dans les années 70. J'étais en 4ème, 3ème.

Ainsi, il en est de même des fillettes, des garçonnets, abusés par des prêtres, entraîneurs sportifs, enseignants, cinéastes, photographes. Le monde médical n'est pas en reste dans la pratique de tels abus. Et concerne souvent des femmes, qui n'ont jamais dit « Non » mais n'ont jamais dit « Oui », non plus. Cela pose la question de ce qu'est un Consentement. Ces abus sont punissables par la loi. Les conséquences psychiques sont toujours graves car l'acte se loge dans l'inconscient à la même place qu'un acte incestueux.

Françoise Duplex

\*G.M. le patronyme n'est pas écrit dans son entièreté, G.M. est ainsi nommé dans « le Consentement ».

\*\*GM mis en examen actuellement présumé innocent.

## Bibliographie

Franck Bouysse : « Né d'aucune femme ».  
Collection LDP. Éditeur LGF 08/2020  
Isabelle Carré : « Du côté des indiens » ?  
Ed. Grasset, Paris  
Lola Lafon, Chavirer, Actes Sud. Arles,  
2020  
Loulou Robert : « Zone grise » Flammarion.  
Essai, Paris, 2020  
Valérie Springora « Le Consentement » Ed.  
Grasset, Paris, 2020

## POUR QUE NAISSE AMRITA

Thierry Delcourt, L'Harmattan, 2021, p. 260

Le personnage principal, Tom Lorey, est médecin et chercheur. Il dirige une clinique et une unité de recherche spécialisée en thérapie génique du cancer. Lors d'une intervention, il perd pied, quitte tout et part à la recherche d'un signe du destin... Jusqu'où ira-t-il et pourquoi ?

Les intrigues s'entrecroisent au fil des rencontres et des collisions hasardeuses, lumineuses et parfois dramatiques. Dans une tension soutenue, le roman dévoile les univers intérieurs de personnages en proie à un monde violent et à une humanité chaotique. Tom découvre ce à quoi il n'aurait pu s'attendre dans un tel périple, une réponse en forme de révélation et de plongée insondable au cœur de l'émeraude.

Le lecteur est emporté dans un voyage qui est le sien autant que celui de Tom, voyage dans le noyau de son être, de ses impasses, mais aussi des voies créatives pour s'en sortir.

Les événements forts du XXI<sup>ème</sup> siècle, entre les crises sanitaires, politiques, religieuses et sociétales inspirent ce récit palpitant qui explore une humanité malgré tout préservée çà et là face aux ravages. Il ne s'agit malheureusement pas de science-fiction, mais pour autant, ce n'est ni un roman noir, ni désespéré. Ce texte porte en lui une force qui doit se transmettre au lecteur.

Thriller scientifique, politique, mais aussi quête initiatique, histoire d'amour, de passion pour la vie, ce roman nous transporte à l'origine du monde, non pas préhistorique mais matricielle.

\*\*\*

Lectiphages\* a interviewé Thierry Delcourt, psychiatre, écrivain, auteur de dix essais et d'articles autour du processus de création artistique et de son expérience de psy autour des liens entre les problématiques sociétales et psychologiques.

*A.M.L.- Votre actualité littéraire est très fournie en ce premier trimestre 2021, puisque vous sortez coup sur coup deux essais et un roman. Vous écrivez à la vitesse de l'éclair ?*

T.D. Effectivement, cela fait beaucoup mais non, je prends le temps de la recherche et de l'écriture qui ne se mesure pas en semaines ou en mois, mais en années de travail et de plaisir laborieux. Ce calendrier a été tributaire des contraintes sanitaires actuelles et des opportunités qui m'ont été offertes. Hystériques ? Une histoire de la violence thérapeutique faite aux femmes, éditions Eyrolles, est paru en janvier 2021 mais il aurait dû être programmé en 2019. Quant à la Fabrique des enfants anormaux, éditions Max Milo, j'y ai travaillé ces deux dernières années car il faut cela pour écrire un essai documenté de qualité. Enfin, Pour que naisse Amrita, je l'ai commencé il y a presque vingt ans après avoir remporté un prix de la nouvelle pour Correspondance qui a constitué en quelque sorte le noyau du roman. Au fil des années, et entre chaque recherche et essai, j'en ai repris l'écriture. Il a fallu pas moins de quatre versions pour que j'aboutisse à ce roman qui me paraît enfin publiable, même si de le relire me donne toujours envie de le réécrire.

*A.M.L.- Donc, c'est à la fois votre premier roman et le quatrième ?*

T.D. - Oui et non car si sa structure, son style et sa forme ont évolué, la thématique centrale, les intrigues et le fond restent assez proches. Il est dit que le premier roman est autobiographique et qu'il vaut mieux, en règle générale, le ranger dans un tiroir. J'ai fait le choix de le dégager de son pathos intime et de le retravailler longuement afin de lui donner une dimension plus universelle. Ceci dit, il reste heureusement très personnel.

*A.M.L.- Avant de proposer ce premier roman au public, vous avez publié dix essais sur deux thématiques qui semblent vous passionner, les problématiques psychiatriques et la création artistique. Quel lien faites-vous entre ces différents sujets, et pourquoi une telle insistance ?*

T.D. - Je pense même que l'on peut inclure mon roman dans cette préoccupation centrale qui peut se résumer en quelques mots : la passion de l'humain dans sa dimension d'humanité, dans sa capacité créative et dans la force de cette créativité pour exister ou pour sortir d'une impasse de l'existence, comme c'est le cas en général dans les troubles et les pathologies psychiatriques. C'est le fil d'Ariane de ma vie et de ma pratique de psychiatre, avec une exigence, celle de proposer à mes patient.e.s une approche toujours singulière, humaine et individualisée afin de leur permettre de réveiller leur propre créativité, d'être acteurs, actrices de leur guérison.

*A.M.L.- Vous pourriez préciser ce lien entre thérapeutique et créativité ?*

T.D. - Bien sûr, et même avant de parler de thérapeutique, il y a des opportunités dans les rencontres de personnes et de situations qui peuvent permettre de trouver sa propre voie créative, parfois totalement inattendue. Quand la crise devient une chance. L'élan créatif pour réinventer la vie, c'est à la fois le titre d'un de mes essais, paru chez Eyrolles en 2018, mais c'est aussi pour moi un mot d'ordre, un leitmotiv qui dessine un optimisme lucide : quand une crise est là, elle pousse à l'injonction de résoudre la tension et la souffrance éventuelle. Certains médecins, y compris des psychiatres, ne proposent comme solution que les médicaments ou les rééducations pour se conformer à une norme sociale et une homéostasie de l'être fuyant les tensions et la passion. Sortir d'une crise, se soigner, oblige parfois à bousculer un faux équilibre pour accéder à la vraie dimension de soi-même, au plus proche de son désir... vaste programme. L'exemple en est l'inconfort des artistes qui vouent leur existence à la création, parfois au risque de leur vie, mais aussi pour éviter de basculer dans la folie. Je vous renvoie, pour l'illustrer, à *La folie de l'artiste*. Créer au bord de l'abîme, Max Milo, 2018, essai

où j'évoque le parcours d'un certain nombre d'artistes qui s'engagent dans la création, non pas pour se soigner, bien que certains y trouvent l'opportunité, mais pour exister, tout simplement.

*A.M.L.- Et en quoi c'est le sujet de votre roman ?*

T.D. - Plusieurs personnages du roman, dont principalement Tom, vont se confronter à un parcours de vie qui les met à l'épreuve, avec une tension de crise et l'injonction vitale à trouver une voie pour s'en sortir, ce paradoxalement en entrant au plus profond d'eux-mêmes pour y trouver leur solution. C'est ce qui donne au récit à la fois une dimension de parcours initiatique et de tension liée au suspense jusqu'au dénouement inattendu et émouvant. Si, sous un certain angle « Pour que naisse Amrita » est le testament d'une société sur la voie du chaos et déshumanisée, il est aussi porteur d'un message d'espoir à travers l'humanité de ses personnages, les événements et le dénouement. D'ailleurs, le deuxième tome que je projette sera la transcription de cet espoir, non pas sous la forme d'une projection idéale, type phalanstère ou îlot paradisiaque protégés de toute influence néfaste, mais de la possibilité d'une humanité redéployée, d'une voie d'accès pour sortir du chaos et rendre ses lettres de noblesse à la relation humaine.

*A.M.L.- Et pour les deux essais qui paraissent cette année, s'agit-il du même questionnement ?*

T.D. - Pour *Hystériques* ? Une histoire de la violence thérapeutique faite aux femmes, j'ai avant tout voulu retracer historiquement le processus de violence faite aux femmes en l'articulant entre religion, politique et médecine, la femme étant otage d'un rapport de force entre hommes, mais aussi entre institutions patriarcales et culture de la possession de l'objet-femme et aujourd'hui, de la femme-objet. La médecine est traversée et aveuglée par ce rapport de force qui reste une source de violence de la part de médecins généralistes, gynécologues, psychiatres, chirurgiens et autres professionnels de santé, mais également de la part de l'industrie pharmaceutique et des officines de bien-être. Là où cela rejoint cette

problématique de créativité, c'est que je propose aux femmes de devenir des patientes-expertes qui ne s'en laissent pas conter et qui exigent une information de qualité tout en dénonçant chaque tentative d'abus d'autorité et de violence.

*A.M.L.- Vaste programme ! Et pour la fabrique des enfants anormaux ?*

T.D. - Là aussi, il me semblait urgent de dénoncer un processus d'aliénation auxquels sont soumis les enfants, les parents mais aussi les enseignants face aux institutions, notamment l'éducation nationale mais aussi les instances de santé (agence régionale de santé, haute autorité de santé y compris le ministère de l'éducation qui se mêle de santé). D'un côté, des bonnes intentions : la volonté d'inclusion sans réserve des personnes en situation de handicap, y compris les enfants, l'accès à l'école de la république et à l'éducation pour tous, la volonté d'aider les enfants difficulté. De l'autre, des effets pervers: des algorithmes de plus en plus contraignants dans le parcours d'apprentissage, qui en viennent à classer rapidement l'enfant comme inadapté, donc anormal, donc handicapé pour qu'il puisse bénéficier grâce à ce statut d'une aide rééducative. Et bien sûr, comme souvent en France, les moyens ne sont pas là, notamment la formation des enseignants, la réduction des effectifs, et la qualité d'une prise en charge spécifique au sein du système scolaire. Ce qui fait qu'un enfant en difficulté pour quelque raison que ce soit, dont simplement un manque de maturité ou une anxiété, entre dans un processus de stigmatisation qui aboutit à des actes intempestifs de rééducation et de traitement médicamenteux. Au bout du compte, l'inclusion devient une exclusion. Je me devais de dénoncer cela car tous les jours dans mon cabinet, je reçois ces enfants et ces parents désespérés, pris dans un système aliénant dont ils ne peuvent pas sortir car l'école conditionne son accès à la contrainte d'accepter les mesures de compensation du handicap. L'expansion galopante du handicap et les prescriptions abusives deviennent un fléau national comme ils le sont aux États-Unis ou au Canada à un niveau pour l'instant nettement supérieur, confinant à la folie sociale.

*A.M.L.- Mais alors, que proposez-vous ?*

T.D. Comme pour la crise, comme pour les femmes, je propose là encore une réappropriation de son destin et une approche créative tant au niveau de l'enfant que de ses parents et des enseignants, chacun à son niveau ayant à faire ou refaire confiance à ses qualités intuitives et à ce bon sens qui semble avoir quitté les instances administratives, éducatives et sanitaires. Vous verrez que dans cet essai, j'insiste pour préserver la diversité des personnalités, les différences de structure et de processus d'existence des enfants, l'approche multifactorielle de la causalité des troubles, face au système de pensée réducteur qui rabat la différence à un trouble neurodéveloppemental, ce que prônent l'éducation nationale, le ministère de la santé et les administrations, soutenus en cela par des officines largement subventionnées type FondaMental, qui instrumentalisent les associations de parents et occupent le terrain avec une communication très efficace.

*A.M.L.- Tout cela, vous en conviendrez, peut faire peur. J'espère que vous veillez à contrer cette pente dangereuse ?*

T.D. - Nous y veillons, et nombreux sont les professionnels de santé à s'ériger contre cette dérive que nous nommons scientisme car elle ne s'appuie pas sur des validités scientifiques établies mais sur des hypothèses qui conduisent à des assimilations réductionnistes. Mais nous avons en face de nous une machine de guerre administrative qui se sert du bien public et des personnes pour imposer des mesures délétères en écrasant par des directives draconiennes à se plier à leurs normes. Le combat se poursuit, et à la fois il ne fait que commencer... et recommencer.

\* Lectiphages est un Groupe de passionnés de lecture qui souhaite partager ses enthousiasmes et proposer une approche critique - poésie, roman, essais, nouvelles - dans le respect des auteurs.

## Évolution des bénéfices non commerciaux (2019/2018) par spécialité (chiffres CARMF)

| BNC 2019                                                              | Secteur 1     |                | Secteur 2     |                | Total secteur 1 et secteur 2 |                | Évolution BNC 2019/2018 |                 |                   |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------|-------------------|
|                                                                       | Nombre        | BNC moyen      | Nombre        | BNC moyen      | Nombre                       | BNC moyen      | secteur 1               | secteur 2       | sect. 1 + sect. 2 |
| <b>Ensemble des déclarations des médecins libéraux <sup>(1)</sup></b> | <b>81 558</b> | <b>86 080</b>  | <b>23 065</b> | <b>117 058</b> | <b>104 623</b>               | <b>92 910</b>  | <b>0,87 %</b>           | <b>- 1,88 %</b> | <b>0,11 %</b>     |
| <b>Médecine générale</b>                                              | <b>56 731</b> | <b>77 761</b>  | <b>2 936</b>  | <b>70 764</b>  | <b>59 667</b>                | <b>77 417</b>  | <b>2,56 %</b>           | <b>0,71 %</b>   | <b>2,51 %</b>     |
| <b>Moyenne des spécialistes</b>                                       | <b>24 827</b> | <b>105 090</b> | <b>20 129</b> | <b>123 810</b> | <b>44 956</b>                | <b>113 472</b> | <b>- 1,68 %</b>         | <b>- 2,63 %</b> | <b>- 2,05 %</b>   |
| Allergologie                                                          | 123           | 63 063         | 43            | 60 638         | 166                          | 62 434         | 2,60 %                  | 8,60 %          | 4,74 %            |
| Anatomie cytologie pathologiques                                      | 265           | 131 639        | 64            | 122 472        | 329                          | 129 855        | - 0,29 %                | - 5,17 %        | - 1,24 %          |
| Anesthésie réanimation                                                | 1 386         | 140 477        | 1 345         | 189 860        | 2 731                        | 164 798        | - 9,79 %                | - 3,80 %        | - 6,35 %          |
| Cancérologie                                                          | 357           | 338 855        | 88            | 225 130        | 445                          | 316 365        | 7,60 %                  | 2,34 %          | 6,03 %            |
| Chirurgie                                                             | 1 118         | 105 575        | 4 254         | 153 377        | 5 372                        | 143 429        | - 4,02 %                | - 3,16 %        | - 3,31 %          |
| Dermato vénérologie                                                   | 1 555         | 78 150         | 1 053         | 92 585         | 2 608                        | 83 979         | - 1,20 %                | - 0,17 %        | - 0,71 %          |
| Endocrinologie et métabolisme                                         | 294           | 55 218         | 468           | 60 038         | 762                          | 58 178         | 4,54 %                  | 2,73 %          | 3,44 %            |
| Gastro entérologie hépatologie                                        | 966           | 115 188        | 704           | 128 640        | 1 670                        | 120 859        | - 1,00 %                | - 3,28 %        | - 1,85 %          |
| Génétique médicale                                                    | - (*)         |                | - (*)         |                |                              |                |                         |                 |                   |
| Gériatrie                                                             | 58            | 59 422         | 19            | 53 663         | 77                           | 58 001         | - 6,01 %                | - 4,50 %        | - 5,25 %          |
| Gynécologie médicale                                                  | 479           | 53 252         | 323           | 64 907         | 802                          | 57 946         | - 6,01 %                | - 4,30 %        | - 5,33 %          |
| Gynécologie médicale et obstétrique                                   | 76            | 64 167         | 105           | 100 486        | 181                          | 85 236         | - 4,09 %                | 2,31 %          | 0,49 %            |
| Gynécologie obstétrique                                               | 923           | 77 967         | 1 997         | 111 745        | 2 920                        | 101 068        | - 3,46 %                | - 0,78 %        | - 1,32 %          |
| Hématologie                                                           | 22            | 84 054         | 12            | 106 640        | 34                           | 92 025         | - 7,16 %                | 16,19 %         | 1,18 %            |
| Médecine biologique                                                   | 333           | 75 600         | - (*)         |                |                              | 75 326         | 3,62 %                  |                 | 3,63 %            |
| Médecine d'urgence                                                    | 15            | 36 825         |               |                | 15                           | 36 825         |                         |                 |                   |
| Médecine interne                                                      | 86            | 64 606         | 128           | 66 314         | 214                          | 65 628         | - 11,61 %               | - 19,28 %       | - 16,53 %         |
| Médecine nucléaire                                                    | 287           | 133 297        | 23            | 165 613        | 310                          | 135 695        | - 4,31 %                | 15,76 %         | - 2,77 %          |
| Médecine physique et de réadaptation                                  | 193           | 70 512         | 127           | 87 215         | 320                          | 77 141         | 3,00 %                  | - 1,05 %        | 1,12 %            |
| Médecine vasculaire                                                   | 168           | 118 146        | 55            | 91 660         | 223                          | 111 614        | 3,57 %                  | 1,89 %          | 3,13 %            |
| Néphrologie                                                           | 386           | 140 667        | 22            | 61 831         | 408                          | 136 416        | - 4,77 %                | - 3,18 %        | - 4,92 %          |
| Neurologie                                                            | 530           | 100 964        | 322           | 101 480        | 852                          | 101 159        | - 3,02 %                | - 14,50 %       | - 7,38 %          |
| Ophtalmologie                                                         | 1 677         | 121 974        | 1 985         | 182 501        | 3 662                        | 154 783        | - 2,91 %                | - 2,65 %        | - 2,90 %          |
| Oto-rhino laryngologie                                                | 635           | 102 898        | 1 136         | 114 480        | 1 771                        | 110 327        | 2,92 %                  | 0,97 %          | 1,82 %            |
| Pathologie cardio vasculaire                                          | 3 131         | 133 202        | 946           | 130 649        | 4 077                        | 132 610        | 0,55 %                  | - 1,17 %        | 0,15 %            |
| Pédiatrie                                                             | 1 540         | 65 137         | 1 057         | 76 273         | 2 597                        | 69 669         | - 0,08 %                | - 1,91 %        | - 0,66 %          |
| Pneumologie                                                           | 818           | 107 930        | 220           | 87 396         | 1 038                        | 103 578        | 1,38 %                  | - 1,94 %        | 0,57 %            |
| <b>Psychiatrie</b>                                                    | <b>3 365</b>  | <b>70 384</b>  | <b>2 145</b>  | <b>69 869</b>  | <b>5 510</b>                 | <b>70 184</b>  | <b>- 1,47 %</b>         | <b>- 0,23 %</b> | <b>- 1,02 %</b>   |
| Radiologie imagerie médicale                                          | 3 112         | 119 676        | 631           | 125 609        | 3 743                        | 120 676        | - 2,70 %                | - 3,27 %        | - 2,79 %          |
| Rhumatologie                                                          | 686           | 76 521         | 734           | 79 413         | 1 420                        | 78 016         | - 2,55 %                | 2,24 %          | - 0,10 %          |
| Santé publique et médecine sociale                                    | - (*)         |                | - (*)         |                |                              |                |                         |                 |                   |
| Stomatologie                                                          | 221           | 120 996        | 108           | 137 140        | 329                          | 126 296        | 0,12 %                  | - 3,24 %        | - 1,17 %          |
| Spécialités non précisées                                             | 13            | 41 221         | - (*)         | 84 609         |                              | 44 320         | 7,54 %                  |                 | 15,62 %           |

Statistique réalisée à partir des déclarations enregistrées au 01/01/2021.

(1) Y compris les médecins en cumul retraite-activité.

(\*) Chiffres non significatifs.