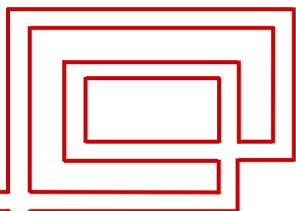


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

GÉNÉRATION TRANSMISSION

N°80 - Décembre 2021

AFPEP-SNPP

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

BIPP 80

GENERATION TRANSMISSION

Responsable de la Publication

Michel Jurus

Rédacteur en chef

Jérémie Sinzelle

Rédacteur adjoint

Thierry Toussaint

Comité de lecture

Michel Jurus – Élie Winter – Béatrice Guinaudeau – Jérémie Sinzelle – Thierry Toussaint –
Adeline Metten – Sophie Stein – Anna Konrad – Rania Gard

Secrétariat de la Rédaction

01 43 46 25 55 info@afpep-snpp.org

21 rue du Terrage 75010 Paris

ACTUALITÉS SYNDICALES	5
EDITORIAL: Arrêter l'infini? Par Michel JURUS	5
Le mot du rédacteur. Par Jérémie SINZELLE	6
Groupe clinique AFPEP-SNPP à Paris. Par Olivier BRUNSCHWIG	7
Témoignage : L'AFPEP et le SNPP, endroits où il fait bon réfléchir ! Par Adeline METTEN	8
Succès aux élections URPS. Par le Bureau du SNPP	9
Avenant 9 : augmentation du CNPSY de 3,5 € en 2022. Par Elie WINTER	10
Le SNPP, membre d'AvenirSpé, à la manœuvre pour l'avenant 9, prêt pour la négociation conventionnelle à venir. Par Elie WINTER	11
Rapport moral en Assemblée Générale. Par Michel JURUS	12
Assemblée Générale. Par le Bureau de l'AFPEP-SNPP	14
Arlésiennes. Par Patrice CHARBIT	15
Les assises de la psychiatrie. Point de vue critique de l'AFPEP-SNPP. Par Thierry TOUSSAINT	17
L'AFPEP-SNPP a appelé ses adhérents à une mobilisation pour une manifestation nationale. Par Marie DAGAULT	18
CONDITIONS D'EXERCICE	19
Des convergences remarquables entre les CMPP et les nouvelles orientations de l'OMS en santé mentale, une opportunité historique. Par Anna KONRAD	19
L'élargissement de l'autorisation de prescription de méthylphénidate chez l'enfant fait craindre une expansion de la consommation. Par Françoise DUPLEX	24
Bref témoignage de terrain. Ou comment le diagnostic de TND (troubles neuro-développementaux) éloigne les enfants du soin et mène à une médication par méthylphénidate. Par Marie DAGAULT	27
Transmission et partage d'expérience: L'expertise psychiatrique permet-elle d'élaborer le traumatisme ? Par Thierry DELCOURT	31
CLINIQUES	36
Transmettre la spécificité de la pédopsychiatrie d'exercice privé. Par Thierry DELCOURT	36
Proposition clinique: Enfant de la psycho-névrose. Par ADELIN METTEN	43
De 7 à 77 ans. Par Thierry TOUSSAINT	45
Transmission pour une gérontopsychiatrie de libre pratique: « à partir de quand naît-on ou n'est-on ? » Par Frédéric AUMJAUD	47
Migrants chercheurs de refuge. Par Olivier BRUNSCHWIG	49
REGARDS SUR LE PASSÉ	51
Quelle représentation pour quel enfant sauvage ? Par Jérémie SINZELLE	51
Je me souviens de Steinhof... Par Agnès OUVRARD	55
Secret professionnel (1). Du contenu du secret, un peu d'histoire. Par Sophie STEIN	58
Mémoire vivante de psychiatres. Allumeur de réverbères, quelle aventure ! Par Thierry DELCOURT	60
THÉÂTRE, MÉDIAS & DÉBATS	64
Festival en Avignon 2021, le retour aux Essentiels. Par Françoise DUPLEX	64
Psychiatrie et Médias: Les critiques littéraires du Masque et la Plume discutent de notre métier. Par Françoise DUPLEX	66
Interview: Entretien avec Anne Révah, au sujet de son dernier livre « L'intime Étrangère ». Par Françoise DUPLEX	68
Recension de livre: Le berceau des dominations, Anthropologie de l'inceste, de Dorothee Dussy, Pocket 2021 (La Discussion 2013). Par Olivier BRUNSCHWIG	70
Séminaire de formation et recherche 2021-2022. Philosophie et histoire de la psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, animé par Yann CRAUS et Jérémie SINZELLE	71
FORMATIONS	72
JOURNÉE DE PRINTEMPS de l'ODPC-PP, Session DPC. CONDUITES EXTRÊMES A L'ADOLESCENCE: Dispositifs et modalités d'une prévention des risques et des premiers soins	72
JOURNÉE DE PRINTEMPS de l'AFPEP. LES RISQUES ACTUELS À L'ADOLESCENCE: Comprendre, Prévenir, Soigner	73
Activité de Formation en 2021. Par Olivier BRUNSCHWIG, secrétaire général de l'ODPC-PP	75
CFP 2021: CONNEXIONS – 1 au 4 décembre 2021 (au Corum, Montpellier). Par Thierry DELCOURT	76
ACTUALITÉ DE NOS AFFILIATIONS	77
AvenirSpé : Évolution. Par Claude GERNEZ	77
Quoi de neuf côté FFP ? Jean-Jacques BONAMOUR	78
Annnonce des travaux et du Congrès ALFAPSY. Par Michel JURUS	79
« Décomplexés », 19ème JOURNÉE DE L'ASSOCIATION ISADORA. Montpellier, 3-4 juin 2021	83

ACTUALITÉS SYNDICALES

EDITORIAL: Arrêter l'infini? Par Michel JURUS

Notre spécialité vient d'obtenir, grâce au Syndicat National de la Psychiatrie Privée et à AvenirSpé, des augmentations tarifaires significatives de nos actes de consultation. Le SNPP a fait le bon choix en s'alliant avec Avenir-Spé et c'est le fruit de cette victoire.

Nous sommes le seul syndicat de psychiatres à pouvoir revendiquer ce succès.

Nous sommes le seul syndicat de psychiatres à défendre une indépendance professionnelle dans le respect des malades.

Nous souhaitons que l'acte de consultation reste la référence pour le psychiatre et non pas les forfaits ou autres primes. Nous refusons la dérive technico-commerciale de la psychiatrie. C'est pour cette raison que des psychiatres, toujours plus nombreux, adhèrent à notre syndicat.

Nous restons déterminés à défendre notre spécialité en continuant à revendiquer une valorisation de notre pratique après des années noires où tous les grands syndicats médicaux n'avaient que peu de considération pour nos aspects spécifiques.

AvenirSpé, et son président Patrick Gasser montrent enfin une réelle attention sur les besoins réels des spécialistes. Une politique du soin ne devrait pas uniquement se concevoir dans les bureaux mais plutôt sur le terrain avec des professionnels du soin. Au sein des Unions Régionales des Médecins Libéraux, les psychiatres du SNPP apportent une contribution vivifiante dans des structures envahies par le langage commercial.

La psychiatrie connaît depuis des années un profond remaniement de ses repères professionnels. La maladie mentale s'efface devant les « troubles » de la santé mentale. Les spectres envahissants étendent leur ombre.

La nosographie connaît le paradoxe de se réduire et de devenir envahissante. La maladie bipolaire est devenue le diagnostic le plus banal de la psychiatrie adulte ce qui n'empêche pas encore d'entendre que c'est, aujourd'hui, toujours une maladie sous-diagnostiquée ! En cabinet, l'impression clinique est plutôt que c'est un sur-diagnostic sur-médiqué qui donne un second souffle aux anti-épileptiques. Les troubles de l'humeur ont toujours existé mais parmi d'autres maladies. De nombreux patients hospitalisés, qualifiés de bipolaires, se retrouvent avec des traitements à la posologie ahurissante. Le psychiatre libéral peut alors connaître la joie simple d'enlever des camisoles chimiques et d'assister à des retours à la vie de patients drogués. Un mauvais diagnostic et une mauvaise prescription entraînent des effets dévastateurs dans la vie d'une personne. Des troubles de l'humeur, de l'agitation, des idées suicidaires peuvent être induits par de trop fortes doses de thymorégulateurs.

Le diagnostic n'est plus médical mais social. Les enfants TDA/H sont envoyés dans les centres TDA/H, les troubles du spectre autistique dans les centres Autistes. Les troubles neuro-développementaux dans des centres TND. Les diagnostics sont sans surprise. La schizophrénie se prépare à connaître cette profonde mutation pour quitter le champ de la maladie et devenir un trouble. Bref, les centres experts et les plates formes servent à confirmer et trier.

La psychiatrie vit un rétrécissement de sa clinique. À ce rythme, nous aurons toute la pathologie sur un timbre-poste dans peu d'années.

Pourquoi cette évolution ? La psychiatrie est une discipline complexe qui constate que les pathologies peuvent évoluer chez un patient et même disparaître. Les moyens thérapeutiques sont aussi très divers et les patients peuvent se sentir mieux soignés dans des approches diverses : médicamenteuse, psychodynamique, psychanalytique, cognitive et comportementale, EMDR etc.

Hélas, les soins psychiatriques sont devenus le premier poste des dépenses de santé. Pour les mutuelles, les assurances, le monde financier et l'industrie pharmaceutique, il était temps d'influencer, souvent au prix d'avantages généreux, des politiques et des professionnels de la psychiatrie. Transformer une maladie en handicap fait que les soins sont moins nécessaires donc moins coûteux. Le calcul est simple et efficace mais basé sur des vérités scientifiques de bonimenteurs.

Les psychiatres libéraux sont sans doute les mieux placés pour témoigner de la richesse clinique qui existe et faire les soins les plus appropriés. Ils sont les mieux placés pour distinguer le soma du psychisme et de l'intrication entre les deux. La clinique oblige, souvent, à s'éloigner des limites diagnostiques et découvrir, sans cesse, de nouveaux espaces chez nos patients. Les variétés cliniques et thérapeutiques se font à l'infini. Chaque consultant est une découverte. Il faut toujours apprendre et bousculer ses convictions. Les étiquettes diagnostiques technico-commerciales, qui ne sont pas faites pour soigner, atténuent la qualité des soins. La psychiatrie privée, dans la diversité de ses approches, se doit de garder une exigence diagnostique et thérapeutique.

Le clinicien confronte, sans cesse, la limite de ses connaissances à l'infini du soin.

Le mot du rédacteur. Par Jérémie SINZELLE

Il se peut que le gros de la crise du COVID soit derrière nous. En France, déjouant tous les pronostics, les autorités ont dénombré à ce jour plus de 117000 victimes. Plus de 7 millions de personnes ont contracté l'infection, dont actuellement encore 1,8 millions seraient touchées par une forme mineure. Les cicatrices resteront profondes.

Du côté des psychiatres privés, selon les générations, la crise a poussé les uns à opter pour la retraite, d'autres à quitter l'hôpital, et ceux qui continuent en libéral, de moins en moins nombreux compte tenu de la démographie, se sont massivement familiarisés avec les outils informatiques de prise de rendez-vous, de téléconsultation.

Les plus anciens, qui restent les plus nombreux, sont ainsi amenés à transmettre leur savoir-faire avant de cesser complètement leur activité. Leur expérience et leur sagesse sont infiniment précieuses pour les jeunes générations formées à l'hôpital où les conditions de travail n'épargnent plus personne qui s'y engage.

D'ici peu, le psychiatre, et d'autant plus le psychiatre privé, sera une denrée rare. Et pour ne pas rester isolés (on a pu voir comment il devient naturel pour les autorités d'évincer les psychiatres du dialogue entre psychologues et généralistes), les actuelles jeunes générations de psychiatres privés auront elles-mêmes la responsabilité de transmettre, le plus largement possible (grand public, médecins, étudiants), ce qui constitue l'expérience clinique de la psychiatrie de terrain.

Cette époque est particulière, fugace, et notre profession ne rassemblera bientôt qu'un nombre très restreint de professionnels. Il nous restera alors à transmettre, à notre tour, l'idée de psychiatrie aux générations de demain.

Groupe clinique AFPEP-SNPP à Paris. Par Olivier BRUNSCHWIG

Depuis maintenant plus de 10 ans, un groupe ouvert d'échanges cliniques se réunit à Paris, le 3ème mardi du mois, hors vacances scolaires, à 21 heures, au local de l'afpep-Snpp 21 rue du Terrage 75010.

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

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

Pour plus de renseignements, on peut contacter Olivier Brunschwig :
Au : 06 08 03 34 66, ou à l'adresse : olivier.brnschwig@wanadoo.fr.

Témoignage : L'AFPEP et le SNPP, endroits où il fait bon réfléchir ! Par Adeline METTEN

Emmenée après mon installation par un fameux collègue rémois, je me suis retrouvée assise à une table, parmi d'autres, parmi ceux que j'ai reconnus comme mes semblables (et non les mêmes !), car aussi rêveurs et espérés que je le suis.

Je n'ai jamais connu qu'eux, et ne me suis que peu interrogée sur d'autres lieux de représentativité. Évidemment s'agissant d'un groupe, il peut souffrir des mêmes ornières, sauf deux qui sont essentielles :

- celui de l'idéalisation d'un chef unique et tout puissant
- et l'idéalisation du seul groupe qui aurait raison contre tous, le monde extérieur étant par ailleurs menaçant.

La notion de collectif y est permanente, les pensées se partagent, les déclarations sont écrites à plusieurs voix, et sont le fruit d'un travail commun. Aucune dilution de l'individu car chacun y apporte sa partie, son jeu, son style, et garde sa signature, en son nom. Ainsi les textes collectifs co-existent avec des textes individuels.

Les désaccords peuvent être parlés, dits, exister et réfléchis.

On peut y aller et venir. Y rire !

Cette liberté fait qu'on s'y attache et finalement qu'on y revient.

Il s'agit pour moi d'un lieu où revenant parfois de plongées en apnée dans un monde médical devenu irrespirable, il fait bon prendre de la hauteur alpine.

Je conseille à chaque nouvel installé de venir faire cette expérience !

Succès aux élections URPS. Par le Bureau du SNPP

8 avril 2021

L'AFPEP-SNPP a largement soutenu AvenirSpé/LeBloc pour les élections URPS, et cet engagement est un succès, puisque AvenirSpé/LeBloc est arrivé en tête des spécialistes aux élections URPS avec 39 % du collège des spécialistes.

En particulier :

- Notre président Michel Jurus est élu sur la liste AvenirSpé/LeBloc en Auvergne-Rhône Alpes,
- Notre trésorière Béatrice Guinaudeau en Nouvelle Aquitaine,
- Et notre secrétaire général Elie Winter en Île-de-France.

Parmi les membres du SNPP, sont également élues Anne-Lise Bodin dans les Pays de la Loire, Catherine Goudemand dans les Hauts de France.

Numériquement les plus nombreux des médecins spécialistes, les psychiatres libéraux sont également parmi les plus bas revenus de la profession, comme l'ensemble des spécialités cliniques (chiffres CARMF 2019). Les temps doivent changer !

Avenant 9 : augmentation du CNPSY de 3,5 € en 2022. Par Elie WINTER

2 août 2021

A la date du 30 juillet, l'avenant 9 a été signé par Patrick Gasser, Président d'AvenirSpé, qui en avait le mandat, dès lors que les conditions proposées par lui-même et le Bureau avaient été votées en AG Exceptionnelles. Il s'agissait de négocier jusqu'au dernier jour des avancées refusées jusque-là. Pour les psychiatres, le plus important était d'obtenir 4,5 € d'augmentation du CNPSY au lieu des 3 € de la négociation d'octobre dernier. C'est chose faite désormais, avec une application début 2022.

Il convient de rappeler que la caisse avait repoussé ce mode d'augmentation, préférant le système des forfaits. Le SNPP a toujours préféré la valorisation de l'acte, correspondant à l'éthique de notre pratique en prenant mieux en compte les intérêts des patients placés ainsi au centre du mode de rémunération et nous évite les éventuels conflits d'intérêts.

C'est le programme que le SNPP a porté durant les élections URPS en mars 2021, pour lesquelles nous avons soutenu les listes AvenirSpé et présenté des candidats. Vos votes nous ont ainsi permis d'obtenir une importante représentativité des spécialistes. Les engagements du SNPP trouvent donc ici, quelques mois plus tard, leurs premiers effets.

Nous pouvons donc nous réjouir de cette augmentation de nos consultations à hauteur de presque 10% et des 2.5 € de plus pour les pédopsychiatres, ce qui n'avait jamais été obtenu avant !

Il convient d'insister sur cette avancée significative qui prend une grande part des 165 M€ alloués aux spécialistes, soit 65M€ même en tenant compte de l'augmentation attribuée aux pédiatres plus « sinistrés » et moins nombreux.

On entendra bien sur les reproches de ceux qui estiment que le compte n'y est pas, mais aurait-il mieux valu attendre trois ans les négociations sur la prochaine convention qui ne nous aurait peut-être pas été aussi favorable ? En effet, cet avenant concernait les spécialités cliniques et les médecins traitants en première ligne pour le traitement de la pandémie. La signature de MG France montre aussi que les avantages proposés étaient significatifs.

L'avancée concernant l'augmentation des consultations effectuées dans les 48h suivant l'adresse par un praticien peut aussi nous aider mais ce sujet mérite une discussion en regard de la surcharge de nos agendas.

Les arguments des non-signataires ne se montrent pas très convaincants, l'UFML-S, Le SML et la FMF se trouvent désormais en position d'opposants et cherchent à se grouper pour rester crédibles, mais aucun projet n'a été initié à ce jour...

Pour Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM, il s'agissait aussi d'engager la réforme du numérique, ce qui donnait aussi un argument de négociation.

Le président d'Avenir Spé a su en tenir compte, et nous devons le remercier d'avoir su tenir les engagements pris avec ténacité. Il convient aussi de remercier ceux d'entre nous qui ont accompagné ces longues discussions durant tous ces derniers mois.

Le Bureau du SNPP

<http://www.helloasso.com/associations/afpep/adhesions/appel-de-cotisation-snpp-2021>

Le SNPP, membre d'AvenirSpé, à la manœuvre pour l'avenant 9, prêt pour la négociation conventionnelle à venir. Par Elie WINTER

- 3,5 € d'augmentation du CNPSY
- Consultation « dans les 48h après demande du MG » qui passe de 1,5 à 2 CNPSY
- 3 € de supplément pour les consultations pour les moins de 16 ans (en secteur 1 et OPTAM)

Voilà l'essentiel des avancées de l'avenant 9 pour les psychiatres libéraux, à compter du 25 mars 2022. S'y ajoutent un ensemble de mesures pour la médecine libérale, les autres spécialités cliniques, la télémédecine, le Service d'Accès aux Soins (SAS), etc.

C'est trop peu... mais les psychiatres sont parmi les grands gagnants de l'avenant 9, et nous pouvons nous en réjouir.

D'autant que le SNPP était à la table des négociations pour porter nos demandes, grâce à notre implication à « AvenirSpé »... syndicat des spécialistes que vous avez élu largement en tête aux élections URPS pour les spécialistes en avril 2021.

Le SNPP sera donc au premier plan pour la prochaine négociation conventionnelle en 2023, et les spécialistes pourraient bénéficier d'une convention spécifique, en parallèle de celle des généralistes.

Le SNPP veillera à redynamiser la profession... qui en a bien besoin :

- Les psychiatres libéraux sont les médecins spécialistes les plus nombreux (5510 en 2019), mais leurs revenus sont parmi les plus bas des spécialistes...
- C'est une des spécialités les moins choisies pour l'internat.
- La pyramide des âges des psychiatres libéraux est des plus inquiétantes.

En participant aux URPS, aux commissions paritaires locales et régionales, aux négociations d'avenant et de convention médicale, le SNPP continue son action.

Soutenez son action en renouvelant votre adhésion (désormais en ligne sur www.afpep-snpp.org)

Vous remerciant de votre soutien.

Rapport moral en Assemblée Générale. Par Michel JURUS

Chers amis,

L'an dernier, j'affirmais que l'AFPEP-SNPP ne renonçait jamais à ses combats sur tous les fronts.

Notre premier combat restait dans l'importance que nous attachions à l'acte de consultation. De nombreux psychiatres du Conseil d'Administration ont consacré beaucoup de temps pour étayer nos revendications. Ils sont les artisans d'une véritable réussite. L'avenant 9 vient de consacrer une augmentation significative de la consultation pour tous les psychiatres avec progression encore plus grande pour la pédopsychiatrie.

Pour la prochaine convention, nous souhaitons que le montant de la consultation progresse en insistant sur la reconnaissance de la psychiatrie de la personne âgée dans l'exercice en cabinet libéral. Il faut continuer à valoriser notre activité professionnelle qui est indispensable à notre société.

Après avoir été attaquée, dévalorisée, la psychiatrie doit prendre une place grandissante dans l'avenir.

Pour cette reconnaissance, nous sommes plus que jamais engagés dans la démarche syndicale. La CSMF, comme tous les syndicats historiques (FMF, SML), a comme priorité d'aller vers une médecine selon les vœux des assurances et des mutuelles. Les collègues libéraux et hospitaliers du SPF sont aussi dans une politique de collaboration qui ne défend ni la psychiatrie libérale, ni privée, ni hospitalière. Il n'était pas possible de nous allier avec des syndicats qui s'éloignent des réels besoins de la profession et des patients. Pour nous, l'éthique n'est pas un slogan mais un état d'esprit concret.

Nous avons rejoint Avenir-Spé qui montre clairement sa ligne politique dans la défense des spécialités cliniques.

Nous sommes ainsi le seul syndicat de psychiatres à pouvoir revendiquer cette victoire grâce à Patrick Gasser, le Président d'Avenir Spé qui a su nous comprendre et défendre notre politique. Avec Avenir Spé, nous nous sentons chez nous et solidaires avec les autres spécialistes.

Pour la suite, notre souhait sera de valoriser la diversité des pratiques. La psychiatrie est un vaste continent qui comprend de riches ressources dans les approches diagnostiques et thérapeutiques. Les psychiatres ne doivent pas devenir des machines à scanner grossièrement les pathologies mentales. Le rétrécissement des diagnostics en bipolaires, schizophrènes, autiste et hyperactifs atteint la dignité de nos patients qui se retrouvent affublés d'étiquettes, pratiques certes mais très souvent fausses. Les psychiatres ne sont pas des exécutants, ils sont des médecins au service des patients.

C'est pour cela que nous sommes engagés dans le refus de voir les CMPP devenir des centres diagnostiques pour des enfants désignés comme porteurs de troubles neuro-développementaux (TND). Les TND sont peu nombreux mais valorisés au détriment de pathologies diverses et fréquentes. Le but profond de cette supercherie étant la réduction économique des soins psychiatriques.

Notre indépendance professionnelle reste indispensable à notre pratique et nous ne devons jamais laisser des médico-administratifs, au service des assurances, peu respectueux des patients, nous dire comment nous devons soigner.

Pour compléter ce panorama, nous sommes ainsi très actifs au sein de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) avec son Président Claude Gernez et du Conseil National

Professionnel de Psychiatrie (CNPP) avec Élie Winter qui a été élu Président. Pour ma part, je serai Président élu d'ALFAPSY, Association internationale francophone de psychiatrie, pour 2022-2024 au printemps 2022.

En mars 2022, je laisserai la présidence.

Mon seul regret sera d'avoir connu une présidence perturbée par la crise sanitaire, en étant éloigné physiquement du bureau et du Conseil d'Administration. Heureusement, nous sommes une équipe de psychiatres solidaires qui sait défendre les valeurs humaines et cliniques dans notre exercice professionnel. Le Bureau et le Conseil d'administration ont fait preuve de solidarité et de dynamisme. Je les remercie pour cet engagement chaleureux dans cette époque glaçante. Je reste très fier de la confiance qui m'a été accordée. Le bureau qui se mettra en place au printemps montre que notre association ne manque pas de psychiatres de valeur, intègres et authentiquement soucieux de notre profession et de la qualité des soins.

Après des Journées de Printemps et Journées Nationales reportées en 2020 et 2021, nous pouvons enfin nous retrouver, avec un grand plaisir, lors de cette Assemblée Générale lors des Journées d'Arles et pour fêter le 50eme anniversaire de l'AFPEP.

Aujourd'hui, les psychiatres français sont toujours plus nombreux à venir nous rejoindre. Ils sont un soutien précieux dans nos combats pour la défense authentique de notre profession.

Merci à vous tous.

Docteur Michel JURUS
Président Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé
Président Syndicat National des Psychiatres Privés
21 rue du Terrage, 75010 PARIS

Assemblée Générale. Par le Bureau de l'AFPEP-SNPP

L'assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP s'est tenue vendredi 1er octobre 2021, lors des Journées Nationales d'Arles.

Sept délégués nationaux ont été élus ou réélus, pour 3 ans : Olivier Brunschwig, Claude Gernez, Anna Konrad, Jérémie Sinzelle, Sophie Stein, Thierry Toussaint ; pour 2 ans : Elie Winter.

Les motions suivantes ont été adoptées :

- **Remboursement des psychologues libéraux** : le SNPP sera très attentif aux modalités d'application du projet de remboursement des psychothérapies des psychologues libéraux, notamment quant à la place du psychiatre, au respect de l'indépendance professionnelle, et aux responsabilités des différents acteurs du parcours du patient, dans le respect du secret professionnel. (UNANIMITE)

- Le SNPP est très préoccupé de constater des **dérives dans la formation** initiale et continue des psychiatres qui néglige l'importance majeure de la psychopathologie. Il attire l'attention des pouvoirs publics sur les risques encourus en premier lieu par les patients eux-mêmes, à cause d'une inflation des prescriptions de médicaments, ne prenant pas suffisamment en compte les risques iatrogènes. Le SNPP rappelle que tout symptôme ou tout diagnostic ne nécessite pas obligatoirement un traitement médicamenteux. (UNANIMITE)

- Le SNPP rappelle la position centrale de la **dimension psychothérapique et relationnelle** de la consultation psychiatrique. Elle existe dès la première rencontre entre le patient et le psychiatre et peut être adaptée à toutes les pratiques de la psychiatrie. Il appelle donc à la promotion de la psychothérapie au cours de la formation initiale des psychiatres, comme le demandent les internes, notamment lors de stages en libéral. (UNANIMITE)

- Le SNPP réaffirme son **engagement à AvenirSpé** et décide de quitter la CSMF. (UNANIMITE)

- **L'organisation précipitée d'Assises de la Santé Mentale** ne saurait constituer une réponse satisfaisante au processus de destruction de la psychiatrie publique et libérale. Le SNPP déplore que les modalités d'organisation d'une offre de soins psychiatriques cohérente ne soient pas l'objet d'un travail de réflexion approfondi, prenant en compte la complexité et la diversité des problèmes auxquels la psychiatrie fait face. Rien n'a été proposé au cours de ces Assises pour diminuer le recours aux soins sans consentement, l'usage des chambres d'isolement, ni la contention. Nous déplorons le manque de moyens humains et matériels. La psychiatrie libérale n'a pas été représentée à la hauteur de son implication réelle dans les soins (43 % des psychiatres exercent en libéral). (ADOPTÉ, 1 abstention)

- Le SNPP soutient la nécessaire **pérennité du travail institutionnel en pédopsychiatrie** publique et médico-sociale et souligne combien l'usage politisé des plateformes dites « PCO » met à mal l'organisation du soin (retentissant également sur les psychiatres libéraux) et la liberté et la pluralité des approches thérapeutiques.

Le SNPP s'alarme de la situation de la **pédopsychiatrie libérale** et exige une revalorisation urgente et conséquente des conditions d'exercice : valeur de l'acte, reconnaissance du travail avec les tiers. (UNANIMITE)

- Le SNPP est scandalisé par la dégradation des **conditions de formation et de travail des internes en médecine**, et de la souffrance au travail qui a amené plusieurs d'entre eux au suicide. Nos adhérents leur proposent un accueil privilégié pour tout accompagnement qui leur sera nécessaire, en accès direct et/ou en lien avec leurs associations. (UNANIMITE)

Arlésiennes. Par Patrice CHARBIT

De mémoire d'afpéprien, ce furent de très belles journées. Peut-être les plus belles, mais selon de très proches qui savent nous faire plaisir.

Nous étions tous contents de nous retrouver : le sud était au rendez-vous, les roulottes battaient le plein de promesses et nul besoin d'être manouche pour danser comme une lilloise... ceux qui y étaient y verront le clin d'œil.

Tout a beaucoup tourné autour d'un certain Vincent. Paradoxal, dénoué, abandonnique mais coloré, pour le moins. Certains lapsus y ont fait merveille. Ainsi écrire Gauguin, « Gaughin », dénonçait tout le Van Gogh qui pouvait s'y glisser. Ceux-là avaient fait lien, certainement malgré eux, puis rupture, jusque dans leur nom.

Notre nouveau rédacteur en chef du « Bipp », Jérémie Sinzelle, me demande comment des journées comme celles d'Arles s'organisent. Tout d'abord qu'il soit le bienvenu, nous lui souhaitons bonne route et que nous soit permis de remercier Thierry Delcourt, rédacteur en chef du Bipp et de « Psychiatries » de ces dernières années pour tout le soin apporté à nos publications.

L'organisation des journées d'Arles a été déroutante. Tout avait commencé comme à l'accoutumée, dans l'urgence : trouver un lieu accueillant et intéressant, un argument, des intervenants, du festif, du niveau, pourquoi pas du surprenant pour les 50 ans de l'Afpep-Snpp. Puis le virus s'est pointé et tout s'est arrêté. Nous sommes passés de l'empresse au blocage caractérisé. Ce fut assez vertigineux.

Tout s'est passé à l'envers, le temps s'est suspendu. Il ne fallait plus induire mais vérifier que tout continuait comme prévu, l'année d'avant... Du jamais vu, l'angoisse nous prenait de revers. La perfide.

Que les choses se déroulent comme décidées il y a longtemps, était un nouveau cas de figure. Dieu merci certains emmerdements sont survenus comme d'habitude et ont ramené un peu de connu dans ce terrain nouvellement miné.

Cela s'est bien, voire très bien, passé. Les intervenants, les participants, les organisateurs, les bailleurs ont tous joué le jeu au mieux. C'est passé comme un coup de vent, un éclair, mais à merveille.

Merci à Béatrice Guinaudeau de ne plus avoir lu son texte et d'avoir improvisé, sans filet, alors qu'elle ne sait pas qu'elle adore cela. Merci à Thierry Toussaint d'avoir été si délicat ; une telle finesse clinique a fait plaisir à voir surtout concernant un sujet si délicieux : la méchanceté... Du rare, vraiment. Merci à Jean-François Thébault de son humanité, de sa bienveillance envers les bonhommes ronds et sucrés, qui ont payé un tel prix face au Covid-19. Il réclame des soins de qualité pour ses frères de glycémie qui sont également les nôtres, des soins nécessitant des psychiatres. S'il pouvait être entendu !

Merci à Claude Gernez d'avoir exploré les silences, du vertige à l'élaboration, jusqu'aux larmes. Merci à Thierry Delcourt de sa clairvoyance et de son souci du sujet, à Patrick Belamich de son absence qui a autorisé Françoise Duplex à lire courageusement le texte de celui-ci, à Jean-Jacques Bonamour du Tartre de ses saines colères et de sa belle langue, à Chantal Lheureux-Davidse de ce qu'elle nous a enseigné de l'autisme et à notre Frédéric Aumjaud de sa vigueur juvénile pour évoquer la « dys-tanciation » de l'âgisme. Du solide croyez-moi.

Alain Guyard, philosophe de son état, a été fulgurant. Il nous a fait oublier l'outil comme il se doit, à savoir le langage quand ça fonctionne, et nous a permis une grande respiration argotique dans les suffocations du moment. Qu'il en soit remercié, surtout qu'il est resté le lendemain pour assister à nos travaux. Un intérêt fondé et complice.

Merci à Olivier Brunschwig de sa ténacité et de son talent à organiser nos DPC.

Un immense merci à Rania Gard, notre collaboratrice, sans qui pas grand-chose ne serait possible.

Notre Assemblée générale a été l'occasion d'un débat de qualité. Introduit par notre Président et notre Trésorière, conduit élégamment par notre Secrétaire Général, elle a permis d'aborder en toute lucidité nombre des enjeux qui touchent notre profession. Vous trouverez les motions et les grandes lignes de discussions dans ce même numéro du Bipp. J'aimerai souligner que se sont déroulées plus de 4 heures d'analyses, parfois très disputées, que de nouvelles énergies se sont faites jour, que notre syndicat fort de ses alliances, que notre société savante forte de son renouvellement et de sa solidité, laissent entrevoir une activité de nos associations plus que prometteuse. Au regard de l'adversité et des nécessités cliniques, c'est presque rassurant, je dis bien... presque. Merci à nos nouveaux élus. Merci à vous tous qui y avez participé.

Notre conseil scientifique se réunira dès le mois de novembre pour organiser nos prochaines journées. Elles se dérouleront à Caen, le second week-end d'octobre 2022. Réservez d'ores et déjà les dates.

Pour ma part, ce fut un grand moment.

Merci

Les assises de la psychiatrie. Point de vue critique de l'AFPEP-SNPP. Par Thierry TOUSSAINT

L'AFPEP-SNPP, à plusieurs reprises, a déploré l'organisation précipitée des Assises de la Santé Mentale, ne permettant pas une réflexion approfondie prenant en compte la complexité et la diversité des problèmes auxquels la psychiatrie fait face.

De plus, alors que 43% des psychiatres exercent en libéral, nous ne pouvons que noter notre sous-représentation lors de ces Assises qui ne reflètent pas notre implication réelle dans les soins.

Les annonces du Président de la République ne sont pas de nature à nous rassurer.

Le remboursement annoncé des séances de psychothérapie par les psychologues libéraux, en l'état du projet actuel, laisse dans l'ombre des points essentiels, à savoir des garanties solides sur le respect de l'indépendance professionnelle et sur les responsabilités des différents acteurs du parcours du patient. Quelle sera la place des psychiatres libéraux ?

Contrairement à ce que M. Macron affirme, la dernière revalorisation des honoraires ne permettra pas à notre spécialité de retrouver une attractivité. Jusqu'à présent, nous avons toujours refusé de céder à la tentation de réduire la durée des consultations pour maintenir la qualité des soins, malgré les répercussions sur notre rémunération qui est parmi les plus faibles des médecins libéraux spécialistes.

L'AFPEP-SNPP réaffirme son attachement à des soins respectueux des patients, qui ne doivent pas être traités comme des produits économiquement rationnels. Le monde du soin doit redevenir indépendant du monde financier, tel devrait être selon nous l'objectif principal des pouvoirs publics.

L'AFPEP-SNPP a appelé ses adhérents à une mobilisation pour une manifestation nationale. Par Marie DAGAULT

Nous soutenons et invitons à diffuser largement l'« *Appel de la convention nationale du 25 septembre 2021 pour la défense du médico-social, de la psychiatrie et de l'accès aux soins pour tous* ». Le 25 septembre 2021, en convention nationale à la Bourse du travail à Paris, venus de nombreuses régions, psychiatres, psychologues, psychanalystes, pédiatres, orthophonistes, infirmières, psychomotriciens, éducateurs, enseignants-chercheurs, travailleurs sociaux, syndicalistes se sont réunis. Dix-huit intervenants, collectifs, syndicats et organisations professionnelles ont pris la parole.

Avec des nuances d'appréciation, en mettant plus ou moins en avant des revendications spécifiques à leurs métiers, tous ont fait le même constat : contrairement à ce qu'indiqueraient les apparences, dernièrement le remboursement des soins dispensés par les psychologues, la politique gouvernementale actuelle déploie toujours moins de moyens financiers et humains. Les « recommandations de bonnes pratiques », les injonctions bureaucratICO-administratives, au lieu de soutenir une démarche constructive indispensable en cette période post-confinement, mettent à mal le sens de notre pratique et nos outils de travail. La psychiatrie hospitalière est exsangue, la pédopsychiatrie est malmenée par la politique de plateformes « Tout TND - Toute inclusion » pourtant très largement critiquée, la psychiatrie clinique de la personne âgée est oubliée et la situation est plus qu'alarmante.

Le soin, le sujet, la psychiatrie, la pédopsychiatrie ne sont plus pris en compte par les autorités hormis comme un domaine d'investissement, de nouveaux marchés et de profits hors soin ou anti-soin, sans égard aucun envers les patients et les professionnels. Il s'agit plus particulièrement d'une mise à mal des institutions et des services publics au profit de projets sans prise en compte de l'existant, ni ancrage territorial, qui reposeront sur des financements individuels, par les patients ou leur famille et par les assurances complémentaires. L'outil de soin que constitue l'institution, indispensable pour de nombreux adultes ou enfants dont les conditions sociales et/ou familiales et psychiques ne permettent pas de s'en passer est particulièrement attaqué (fermetures de plus en plus nombreuses de lits hospitaliers, d'institutions: CMPP, IME...). Le travail pour la santé psychique doit pouvoir être soutenu par une politique cohérente, structurée et articulée à la réalité des professionnels et ce, dans le respect des compétences soignantes plurielles.

Nous ne pouvons laisser faire cette politique de destruction de tout un système de soin.

Nous ne pouvons laisser les patients et les familles se perdre dans des « parcours » qui sont une proposition de consommation et d'offre d'outils souvent illusoire. Cette conception exclut l'accueil d'une souffrance, et ne correspond pas à une démarche engagée et éthique du soin.

Pour des soins de qualité en psychiatrie générale, pédopsychiatrie et en psychiatrie de la personne âgée, soignants salariés du secteur sanitaire ou libéraux, professionnels du secteur médico-social et social doivent pouvoir travailler ensemble pour avancer vers des projets de soins, de prévention et d'accompagnements constructifs et respectueux de l'humain.

Patients, usagers, parents, aidants familiaux, informez-vous. Parlez-en autour de vous. Et rassemblons-nous le 18 novembre à Paris, au Ministère des Solidarités et de la Santé.

CONDITIONS D'EXERCICE

Des convergences remarquables entre les CMPP et les nouvelles orientations de l'OMS en santé mentale, une opportunité historique. Par Anna KONRAD

2021 : L'OMS préconise une révolution dans la santé mentale

Dans notre travail quotidien en CMPP nous nous sentons plutôt en phase avec les sciences de l'humain et le progrès social, mais en marge de la culture de santé mentale que nous qualifions de biomédicale. Nous utiliserons ce terme dans le même sens où le fait l'OMS qui s'y réfère pour s'en démarquer dans une nouvelle et saisissante publication sur la santé mentale (1). Dans ce résumé d'orientation ainsi que dans une série de documents pour le moment accessibles en anglais (2), l'organisation internationale met en question cette culture biomédicale d'une manière étonnement directe et précise dans le champ de la santé mentale. Les nouvelles orientations qu'elle préconise valident par ailleurs les traits essentiels qui caractérisent les CMPP: l'approche globale, les échanges personnels dans la langue de tous les jours, le libre choix des usagers et l'importance de leur culture et de leur environnement, l'engagement des professionnels dans l'accompagnement au quotidien, le travail en réseau sans autorité imposée, une critique de l'excès de médicalisation et de diagnostics et de leurs conséquences néfastes, l'accompagnement relationnel, l'importance des pairs... Un trait cependant distingue la direction souhaitée par l'OMS de nos pratiques et culture en CMPP, c'est que les bonnes pratiques soient « evidence based », fondées sur les preuves, évaluées quant à leur efficacité. Mais un changement des normes de la recherche scientifique est appelé pour appréhender le réel à l'aide d'outils nouveaux adaptés au champ de l'humain dans le domaine de la santé mentale, permettant d'associer les sciences sociales aux recherches de terrain en élargissant la recherche au-delà des seules méthodes et protocoles qui ont prévalu ces dernières décennies avec la conséquence de favoriser les pratiques biomédicales au détriment de celles basées sur la relation et l'environnement.

Par biomédical, terme que l'OMS ne définit pas par lui-même, nous pouvons entendre l'identification de la santé mentale aux maladies « ordinaires » du point de vue de leur nature, à toutes les autres maladies telles qu'elles sont considérées depuis le début de la médecine moderne au XIX^{ème} siècle. Cette médecine est une médecine d'organes basée sur des interactions entre ceux-ci et avec la nature extérieure, l'intervention pour redonner la santé, définie comme absence de maladie, visant par un apport extérieur à supprimer l'altération du ou des organes concernés. En santé mentale, elle repose sur la place essentielle du cerveau comme référence et comme promesse d'actions thérapeutiques. L'OMS tire un bilan globalement négatif quant aux résultats de cette promesse en soulignant également le coût faramineux des recherches engagées depuis des décennies dans les pays riches, tandis que les problèmes effectifs de santé mentale partout dans le monde ont augmenté. Dans le contexte français, c'est le débat sur la spécificité de la psychiatrie qui est actualisé d'une nouvelle manière par la prise de position de l'OMS, alors que nous croyions cette question disparue de la discussion publique à la faveur de la suprématie du modèle biomédical.

Le résumé de quelques pages disponible en français ainsi qu'un regard sur le dossier principal non encore traduit de l'anglais beaucoup plus conséquent et accompagné de descriptions d'expérimentations, donne à penser que le changement annoncé est potentiellement très important et qu'il n'ira pas sans remises en question et résistances, suscitant peut-être des nouveaux types de débats. Une foule de questions nous viennent sur ce qui a rendu possible une telle subversion de philosophie qu'il faut lire pour en prendre la portée. Elle nous semble rationnelle et nécessaire, mais elle était jusqu'ici inaudible. Les CMPP pourront s'appuyer désormais sur une légitimité véritablement transnationale soutenue par l'OMS à condition qu'ils s'engagent aussi à défendre leurs pratiques dans le langage de tous les jours ainsi qu'à formuler leurs bonnes pratiques grâce à une recherche clinique qu'il appartient aux générations présentes de libérer des menaces du lit de Procuste biomédical.

Les arguments et les exemples de l'OMS en comparaison avec les CMPP

L'OMS propose de s'affranchir du paradigme biomédical pour créer ou renforcer des services de soins dans la communauté centrés sur la personne et son rétablissement, ainsi que sur le respect de ses droits sociaux et humains. Il faut absolument, peut-on lire : « que les systèmes et services de santé élargissent leur horizon au-delà du modèle biomédical, au profit d'une démarche plus globale prenant en considération tous les domaines de la vie du patient. Partout dans le monde, cependant, les pratiques actuelles placent les psychotropes au centre de la réponse thérapeutique, alors que les interventions psychosociales et psychologiques et le soutien par les pairs sont aussi des pistes à explorer, qui devraient être proposées dans le cadre d'une approche centrée sur la personne et fondée sur ses droits » (3). Des expériences diverses dans différents pays sont présentées dans le document technique complet en anglais pour inspirer les politiques nationales. Ces modèles ne sont pas axés sur les classifications diagnostiques, ils utilisent peu les médicaments et fournissent un support pour la désaccoutumance des médicaments psychotropes, certains utilisent des approches psychothérapeutiques variées, ils refusent ou réduisent au maximum toute forme de contrainte, ils s'appuient sur des aidants parfois sans formation spécialisée ainsi que des pairs-aidants. Leurs caractéristiques communes sont définies comme suit: « presque tous les services donnés en illustration cherchent à aider les individus et les familles à articuler leurs expériences et leurs besoins dans leurs propres mots plutôt qu'en utilisant le langage des diagnostics ; ils cherchent à aborder les besoins des gens d'une manière globale dans toutes les sphères de leur vie plutôt qu'en faisant des traitements médicamenteux le point de convergence de leur travail ; ils sont tous sensibles au retour d'information des individus et des familles avec qui ils travaillent en accueillant les défis et la critique, ils changent et se développent avec le temps ; ils travaillent dans leurs communautés en mettant l'accent sur l'importance de comprendre et de répondre aux états de santé mentale et aux crises dans leurs contextes locaux » (4). A quelques mots près, nous croirions lire une description d'une pratique issue de l'inspiration historique des CMPP : l'approche globale de l'enfant, sujet vivant dans son environnement... Les orientations de l'OMS dessinent une réflexion où les structures de proximité que sont les CMPP peuvent trouver des perspectives nouvelles grâce à leurs atouts historiques.

Les CMPP sont pourtant mis en question jusqu'à leur existence sous leur forme actuelle sur une base qu'on dit fondée sur la science et sur les droits des usagers, même si ces derniers dans leur grande majorité ne sont pas convoqués dans cette politique. Avec ces orientations innovatrices en santé mentale, une nouvelle culture mondiale centrée sur le rétablissement et les droits à partir du terrain et non décidée d'en haut se dessine, appuyée sur des témoignages d'expériences rapportés dans les dossiers techniques de l'OMS. La recherche scientifique est invitée quant à elle à diversifier ses modalités d'observation pour s'adapter à la réalité protéiforme plutôt que servir à la chaîne de diffusion de traitements coûteux et peu efficaces, étudiés dans des conditions qui ont peu à voir avec la vie réelle. Par ailleurs, le rapport de l'OMS propose de prendre du recul concernant la présupposition biologique sur les problèmes de santé mentale en invoquant l'absence de résultats probants en termes de santé publique des recherches jusqu'ici menées dans ce cadre (5). Il propose de s'intéresser aux actions concrètes dans une approche globale auprès des personnes sans focaliser sur une série de symptômes. Le rapport ne promeut aucune modalité technique particulière de rétablissement, il ne tient pas même à conserver la notion de pathologie si celle-ci ne concourt pas à apporter une amélioration supérieure à des approches alternatives ou culturelles-traditionnelles qui montrent leur efficacité. Plusieurs expériences présentées dans le document se déroulent dans les pays occidentaux et sont issues d'alternatives engagées au modèle de soin dominant. Ainsi le service de crise Open Dialogue en Finlande, dont les modalités ont inspiré des services psychiatriques publiques en Allemagne et en Suisse. Open Dialogue utilise des moyens psychothérapeutiques d'orientation psychodynamique et systémique. D'autres exemples décrits ont montré un engagement de longue date en faveur des droits comme le service de psychiatrie du secteur de Lille Est qui a su développer la création de petites unités

d'accompagnement intégrés dans une « psychiatrie citoyenne » de secteur vivifiée par des initiatives de délibération dans la communauté en cheminant de la psychiatrie vers la santé mentale entendue comme concept et dont l'assimilation à la biomédecine a pu faire débat (6,7,8). D'autres exemples encore de pratiques se basent sur la parole et les échanges dans le cadre de séances avec une personne bien reconnue dans la communauté. L'aidant volontaire s'appuie sur des techniques psychothérapeutiques et sur ses initiatives personnelles et se forme progressivement, un travail est mené également avec la famille et les proches mais aussi l'ensemble de la communauté. Dans l'exemple d'Atmiyata en Inde dans le Gujarat, des projections de films sont organisées dans les villages pour susciter des discussions. La personne est guidée vers ses droits et les aides sociales. L'expérience d'Atmiyata est la seule approche de santé mentale basée sur les droits humains qui a fait l'objet d'une évaluation de son efficacité dans un format d'étude original sur le terrain (9).

L'ouverture préconisée par l'OMS pour ce qui est des méthodes d'objectivation scientifique et le fait que les expériences qu'elle propose en exemple sont connaissables en grande partie grâce à la littérature dite « grise », oriente vers un changement de sens possible des mots de « bonne pratique ». Il se pourrait que ce terme parvienne à désigner ce qui est communicable dans un langage scientifique rigoureux mais beaucoup plus adapté qu'auparavant aux activités humaines impliquant plusieurs interventions différentes et non protocolisées, survenant dans une temporalité non contrôlée et s'adressant ou non aux individus « cibles » des interventions. Les CMPP auraient alors une occasion de montrer la fécondité de leurs apports dans la vie réelle avec les moyens de la culture scientifique qui est la nôtre et ils pourraient de plus accueillir des questionnements et retours d'information utiles et intéressants pour leur évolution et leur développement. Il leur faudra pour cela des moyens.

La modernité véritable des CMPP

Les CMPP ont été impactés ces dernières années par des appels de plus en plus pressants à se mettre en conformité avec des bonnes pratiques qui cherchaient à traduire une pensée biomédicale en préconisations. Ils ont eu à identifier leur place et leur activité dans l'ère nouvelle de la santé mentale sans toujours pouvoir s'orienter dans la complexité et la précipitation relative des transformations. Mais les CMPP ne sont plus aujourd'hui « seulement » en France, comme avant la mondialisation. Ils sont dans le monde. Dans ce contexte, les États-Unis ont semblé produire le modèle dominant dans les pratiques de santé comme ailleurs mais les orientations actuelles de l'OMS témoignent du fait que rien n'est irréversible. Pouvoir « parler » avec les expériences d'ailleurs implique que nous nous appuyions sur des retours précis irréprochablement honnêtes sur nos services rendus. Cela n'est pas difficile en théorie car nous savons que nous rendons des services et qu'ils sont précieux grâce au recul qui nous permet parfois de les observer. Il est important de distinguer une notion d'évaluation imposée et sans valeur épistémologique servant dans une vision néolibérale à resserrer les financements publics des recherches qui peuvent être menées librement au bénéfice de la culture partagée et de l'interdisciplinarité indispensable pour s'ouvrir de l'étroitesse inévitable des spécialisations.

La révolution souhaitée par l'OMS s'adresse à la culture scientifique dans la santé mentale. Elle n'est pas sans antécédents et signaux qui se manifestaient. Les grandes controverses des années 2000 où les méthodes psychothérapeutiques étaient opposées les unes aux autres à la manière de médicaments concurrents, se sont épuisées. La tentative de réduction, voire d'élimination des orientations psychanalytiques et psychodynamiques en santé mentale a perdu son ressort scientifique sur la scène globalisée des travaux scientifiques. Dans un travail exigeant récemment paru (10), G. Visentini conclut que « les psychothérapies psychanalytiques, devenues la modalité principale (même si non exclusive) de la pratique psychanalytique contemporaine, ont globalement été testées aussi efficaces que d'autres formes alternatives de prise en charge » (11). Pour certains types de troubles comme l'autisme, il n'y a pas d'études expérimentales comparatives. Les recherches en santé mentale de la dernière décennie se sont logiquement orientées vers une remise à l'honneur de la psychothérapie sous toutes ses formes, dans le champ de la psychiatrie de l'adulte

comme de l'enfant (12). L'association américaine de psychologie a encouragé ses adhérents en 2018 à adapter leurs traitements aux caractéristiques personnelles du patient davantage qu'à son diagnostic et à employer des ajustements et des adaptations personnalisés et non protocolisés tout au long de la psychothérapie (13).

Ces préconisations annonçaient déjà un changement de culture ; elles convergent avec la pratique historique et les compétences des CMPP. L'OMS déclare que le « paradigme biomédical a dominé la recherche en psychiatrie dans les dernières décades. En accord avec ce paradigme, le point a été largement mis sur les neurosciences, la génétique et la psychopharmacologie », mais pour autant, la condition des personnes souffrant de maladies mentales n'a pas été améliorée (14). L'OMS appelle à des nouvelles recherches sur les approches respectueuses de la personne, de ses droits et de ses choix, centrées sur son environnement et à des actions dans la communauté où elle vit, sans placer le diagnostic au centre ni la recherche de la suppression des symptômes. Les CMPP ont toute leur place dans des recherches ainsi envisagées.

REFERENCES:

- (1) Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaires : promotion des démarches centrées sur la personne et fondées sur ses droits : résumé d'orientation, Organisation mondiale de la Santé (2021) <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341640/9789240027916-fre.pdf>
- (2) Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches, World Health Organisation (2021) <http://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- (3) Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaire, Résumé d'orientation, OMS, 2021, p. 7. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341640/9789240027916-fre.pdf>
- (4) Guidance on community mental health services, OMS, 2021, p134 (traduction personnelle, le document technique complet n'étant pas encore disponible en français). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf>
- (5) Le chapitre consacré à la recherche commence avec la citation célèbre de Thomas Insel, directeur de l'Institut National de Santé Mentale des États-Unis entre 2002 et 2015 mettant directement en cause le bénéfice aux populations de l'immense effort de recherche basée sur les neurosciences et la génétique. Ibid, p.215
- (6) J.-L. Roelandt, « Où va la psychiatrie ? Je ne sais pas... en tout cas, elle y va ! » *Santé mentale au Québec*, volume 30, numéro 1, printemps 2005, p. 97–114. <https://doi.org/10.7202/011272ar> (consulté le 16 août 2021)
- (7) J.-L. Roelandt *Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre référence OMS pour la santé mentale dans la communauté* « L'information psychiatrique » 2016/9 Volume 92, pages 711 à 717 <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-page-711.htm>
- (8) Comprehensive Mental Health Networks promoting person centred and rights based approaches, Technical package, World Health Organisation, 2021 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341646/9789240025844-eng.pdf>
- (9) Guidance on community mental health services, OMS, 2021, p90 et p215 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf>
- (10) Guénaël Visentini, *L'efficacité de la psychanalyse, un siècle de controverses*, PUF, 2021, p.71
- (11) Ibid. p. 61
- (12) En 2013, l'Association Américaine de Psychologie (American Psychological Association), très attachée à l'aspect scientifique de la discipline, a publié une déclaration sur l'efficacité de la psychothérapie dont les effets sont constatés chez l'adulte, chez l'enfant et chez la personne âgée. La déclaration spécifie que les différents types de psychothérapie paraissent avoir une efficacité comparable. Elle souligne également que ni le diagnostic psychiatrique, ni la forme de psychothérapie mise en œuvre ne semblent avoir un impact décisif sur l'efficacité de la psychothérapie. Des facteurs extérieurs tels que des éléments contextuels et des

caractéristiques liées au patient ou au thérapeute semblent influencer le résultat. (*Recognition of Psychothérapie Effectiveness*, American Psychological Association, in *Psychothérapie*, 2013, vol 50, n° 1, 102-109.)

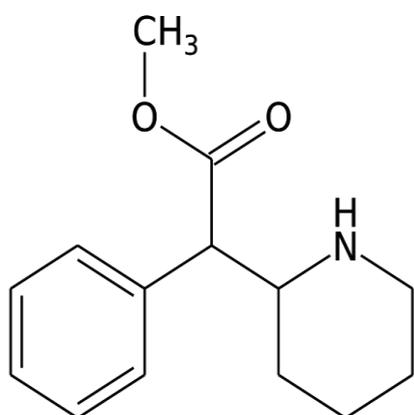
(13) « The therapy relationship accounts for client improvement (or lack of improvement) as much as, or probably more than, the particular treatment method. » John C. Norcross, Bruce E. Wampold, *A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness*, J. Clin. Psychol. 2018 ; 74:1889–1906 ; p 1896.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22678>

(14) Guidance on community mental health services, OMS, 2021, p215

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf>

L'élargissement de l'autorisation de prescription de méthylphénidate chez l'enfant fait craindre une expansion de la consommation. Par Françoise DUPLEX



Propriétés : Le Méthylphénidate est un psychostimulant. Ses propriétés **pharmacologiques** sont comparables à celles des **amphétamines** mais pas identiques. Le méthylphénidate agit en inhibant la recapture de la dopamine, sans vider les vésicules synaptiques. De ce fait, il présente un risque de dépendance moins important.

Indication : Le méthylphénidate est utilisé chez des enfants atteints d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Le diagnostic est porté sur l'association de symptômes non spécifiques dont agitation motrice, déficit de l'attention et impulsivité. Ses limites sont floues. Ses conséquences sont sociales, scolaires et familiales.

Prescription : Auparavant l'initialisation du traitement était réservée aux neuro-pédiatres ou aux psychiatres attachés à un service hospitalier. Désormais ces conditions ont changé : voir ci-dessous l'article de la revue « le Pharmacien de France » :

« Depuis le 13 septembre 2021, les modalités de prescription et de délivrance des spécialités à base de méthylphénidate (Concerta LP, Ritaline et Ritaline LP, Medikinet, Quazym LP, et leurs génériques) ont été modifiées. La prescription initiale hospitalière n'est plus nécessaire : à présent, tout médecin spécialiste en neurologie, psychiatrie ou pédiatrie – qu'il exerce en ville ou à l'hôpital – peut instaurer ce traitement et rédiger une prescription initiale annuelle. Des modalités identiques par ailleurs : Le renouvellement de cette prescription initiale demeure possible par tout médecin, notamment généraliste, durant un an. Pas de changement non plus concernant le statut de ces médicaments, qui sont toujours classés stupéfiants, avec une durée de prescription limitée à vingt-huit jours sur ordonnance sécurisée. Cette évolution, permettant aux praticiens non hospitaliers d'initier le traitement, vise à améliorer la prise en charge précoce du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). » Alexandra Chopard, 17 Septembre 2021.
<http://www.lepharmaciendefrance.fr/>

Des effets secondaires non négligeables ont été répertoriés dans la revue Prescrire :

- Ralentissement de la croissance : *« Dès les années 1970, un retentissement sur l'évolution de la taille et du poids des enfants traités a été évoqué, vraisemblablement lié à son effet de diminution de l'appétit, qui augmente avec la dose. En 2010, diverses données confirment le retard de croissance de l'ordre de 1 cm à 1,5 cm par an, en particulier la première année de traitement. Après un arrêt ponctuel ou durable du traitement, un rattrapage de la croissance est en général constaté dans un délai de 2 ans. D'autres traitements proposés en alternative au méthylphénidate exposent aussi à un retard de croissance. (...). Ce traitement symptomatique doit être régulièrement interrompu, afin de réévaluer son intérêt et de minimiser ses effets indésirables, notamment sur la croissance de l'enfant, qui est ralentie. »* Prescrire, février 2011.
- Les effets cardiovasculaires : *« Le méthylphénidate appartient à la classe médicamenteuse des amphétaminiques, tels que la fenfluramine (ex-Pondéral[®]) et le benfluorex (ex-Mediator[®] ou autre). Ceux-ci, utilisés comme coupe-faim, ont été retirés du marché, suite à la survenue d'hypertensions artérielles pulmonaires et d'atteintes valvulaires cardiaques. (...) Des hypertensions artérielles pulmonaires sont survenues à des doses usuelles, certaines régressives à l'arrêt du traitement, et peut-être des pathologies valvulaires cardiaques, y*

compris chez des enfants. L'augmentation de risque est probablement faible, mais on manque d'études épidémiologiques pour l'estimer. » Prescrire 2015.

- Le méthylphénidate peut affecter à la fois le sommeil et la rythmicité circadienne.

Tous les articles distillent des conseils de prudence, notamment de cesser la prescription en l'absence d'amélioration du comportement de l'enfant. Nous ne pouvons que rappeler la nécessité de l'indispensable travail thérapeutique avec les parents, pour mettre à jour la place du symptôme de l'enfant dans l'économie familiale. Ce qu'on qualifie d'enfant médicament dont l'agitation sert à stimuler un parent dépressif, et le sortir de son repli. Françoise Dolto nous enseignait que l'enfant hyperactif est l'équivalent d'un électrochoc pour son parent dépressif.

La facilité de prescription qui s'inscrit avec les nouvelles autorisations, nous font craindre des abus de diagnostic de TDAH, comme cela se voit aux USA. Lire à ce sujet le livre de Patrick Landman, « *Tous hyperactifs ?* ». Je le cite p.217 « *Si la prescription d'un psychostimulant est parfois nécessaire, la promotion du TDAH auprès du grand public accrédite l'idée que tous les problèmes complexes que comporte l'hyperactivité peuvent se régler en une pilule, ce qui est une illusion et une régression de la pensée* ».

On peut facilement imaginer que des parents influencent les médecins, sous la pression d'enseignants qui dépassent leur rôle en prononçant facilement des diagnostics psychiatriques (Autisme, TDAH..). Ces enseignants à qui l'on confie des enfants qui auraient leur place en hôpital de jour (lieux de soins qui manquent cruellement), ou en institution spécialisée, la loi de 2005 encourageant l'admission des enfants « *handicapés* » – terme impropre pour désigner les petits patients, mais le vocabulaire est ainsi, à l'école. L'enseignant-e, n'est plus seulement pédagogue, il/elle se voit confier une tâche plus large englobant le soin, le diagnostic. Je recommande à ce sujet l'excellente étude de Stanislas Morel : « *La médicalisation de l'échec scolaire* » et la publication toute récente « *la fabrique des enfants anormaux* » par Thierry Delcourt.

Actuellement, les pédiatres libéraux qui le souhaitent sont formés à une batterie de tests BMTi, utilisés initialement par des orthophonistes ou des psychopédagogues afin d'évaluer le niveau scolaire et les dys.

Cas clinique.

Une demoiselle de 12 ans vient consulter le CMPP pour des troubles du comportement à l'école et un important retard scolaire. Le père est opposé à ce que sa fille prenne du méthylphénidate mais, comme dans bien des domaines de la vie privée, son avis compte peu. Les résultats scolaires de la presque adolescente restent décidément bas. Autrefois bonne dormeuse, son sommeil est perturbé depuis la prescription du psychostimulant, et un somnifère a été ajouté. Cette jeune fille n'investit pas l'apprentissage scolaire, aime amuser ses pairs, et prend beaucoup de plaisir à des conflits typiques de sa classe d'âge. Elle y met du sien, joue du poing, son langage est très insultant, y compris lorsqu'elle s'adresse à son enseignante. Au CMPP, une psychopédagogue la reçoit en bilan et confirme une dyscalculie ancienne. L'enseignante spécialisée lui propose des séances pour travailler la numération autour des premiers nombres. En parallèle, le travail de consultation avec ses parents va cesser. On retiendra que:

1. La mère est favorable à la prescription de méthylphénidate, toutefois, pas entièrement satisfaite de l'approche neuro-chimique, elle a sollicité le CMPP. Une rééducation s'est engagée avec succès, et notons que le travail de consultation familiale avec la pédopsychiatre, qui accompagne les prises en charge quelles qu'elles soient, ne s'est pas poursuivi.

2. Le père envisage les choses différemment de son épouse, mais il ne s'oppose pas à ce principe médical qui veut traiter l'échec scolaire biochimiquement.

3. La jeune fille fait confiance à sa mère mais entend bien la réticence paternelle. Son discours appelle à la fois une augmentation et un arrêt du traitement, véritable reflet des deux discours entendus: « *Il faut l'augmenter car je dessine en classe, je parle beaucoup avec mon voisin,*

J'ai envie de faire rire tout le monde ». Et à la fois : « Les gélules pour se concentrer à l'école, ça sert à rien, j'ai pas envie de les prendre ».

Conclusion :

La prescription de méthylphénidate s'est glissée dans la fêlure née de l'ambivalence parentale. Ainsi, au bord de cet abîme, leur fille cadette s'évertue à avancer, fragile équilibriste, le long d'un chemin bien escarpé et sa souffrance n'est pas sous-entendue.

Ce cas clinique, tout à fait emblématique d'une consultation en pédopsychiatrie, reflète combien l'agitation d'un enfant en classe, et ses difficultés à se concentrer est à analyser à la lumière du fonctionnement familial. À condition que les parents puissent s'adresser à un CMP, CMPP, ou un-e psychiatre libéral-e qui, nous le savons tous, se sont largement absentés de la cité, par volonté politique. Actuellement sont privilégiés les diagnostics de troubles neuro-développementaux s'accompagnant du traitement du symptôme par des rééducations, auquel peut se joindre une prescription chimique, et se passent de l'analyse psychopathologique.

Bibliographie.

Delcourt Thierry : La fabrique des enfants anormaux. Ed Max Milo Paris 2021

Landman Patrick : Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention. Albin Michel, Paris 2015

Landman Patrick : La fausse épidémie de TDAH. Revue ETUDES, Novembre 2018

Morel Stanislas : La médicalisation de l'échec scolaire, La Dispute, l'enjeu scolaire, Paris 2015

Prescrire: Hyperactivité avec déficit de l'attention - Ne pas banaliser le méthylphénidate 2017 ; 37 (406):592 (réservé aux abonnés)

Prescrire: Méthylphénidate: effets indésirables cardiovasculaires, Février 2015

Prescrire: Méthylphénidate : abus et dépendance, Juin 2012

Prescrire: Méthylphénidate : banalisé malgré les dangers 2017; 37 (406):616.

Prescrire: Enfants hyperactifs : le méthylphénidate seulement en dernier recours, Avril 2011

Wikipédia : <https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9thylph%C3%A9nidate>

BMTi, de Billard Catherine, Mirassou Anne et Touzin Monique. [la BMTi est étalonnée de la MSM à la 3e. Elle évalue les fonctions verbales et non-verbales de l'enfant et ses apprentissages : lecture, écrit, calcul] Janvier 2019

Bref témoignage de terrain. Ou comment le diagnostic de TND (troubles neuro-développementaux) éloigne les enfants du soin et mène à une médication par méthylphénidate. Par Marie DAGAULT

Je reçois en consultation une mère avec son deuxième enfant âgé de 9 ans, qui me dit que « *tout est écrit dans le courrier de la pédiatre* ». Celle-ci écrit « *trouble oppositionnel, agressivité et possible TND* ». S'ajoute une prescription : un bilan neuropédiatrique, un bilan en orthophonie, un bilan orthoptique. La pédiatre évoque aussi le CMPP pour une consultation.

Nous sommes, au CMPP, les premiers à la recevoir. Serait-elle venue si elle avait d'abord consulté la neuropédiatre ? Je ne crois pas, ou du moins après un « parcours » autre.

Au décours de la consultation je demande à la maman si elle sait pourquoi ces bilans ont été demandés. Elle me dit que la pédiatre a fait lire l'enfant et qu'il semblait en difficulté (alors que l'exploration du contexte scolaire indique que cet enfant n'a aucune difficulté scolaire, est même plutôt bon élève - les instituteurs n'ont jamais alerté les parents sur l'écriture ou la lecture et les parents n'ont pas d'inquiétudes). Pour l'orthoptie, il lui a été expliqué que les mouvements des yeux pourraient avoir un impact neurologique et majorer le trouble TND s'il y en avait un. A propos du bilan neuropédiatrique, elle fait le lien avec le diagnostic évoqué de TDAH (trouble avec déficit de l'attention et hyperactivité) : « *Peut-être que c'est un TDAH, le problème de mon fils, on m'a parlé de cela* ».

première consultation pédopsychiatrique : l'enfant est posé, intelligent, très spontané et plutôt en position toute puissante pour son âge. Il se montre très « *amoureux* » de sa maman : très au fait de ses activités, de son projet professionnel en cours, très attentionné et occupé par elle. D'ailleurs il pourra « *aller travailler au travail de maman* ». Il ne contredit pas mes propos lorsque je lui dis qu'il voudrait toujours être avec elle. Sa frustration qu'il gère tout à fait à l'école « *ne peut être calmée qu'en discutant avec maman* » dit-il. La maman raconte qu'elle dialogue beaucoup et se montre très attentionnée, déploie beaucoup d'efforts pour être au mieux auprès de chacun de ses 3 enfants. Elle dit aussi qu'elle cède peut-être à chaque fois qu'ils demandent quelque chose.

La fratrie est au nombre de trois, avec le même père, et le couple est plutôt soudé dicit la pédiatre. Le premier enfant est arrivé quand la maman n'avait que 16 ans. Suivent cet enfant « *au milieu* » et une petite fille de 4 ans sa cadette. Il n'y a aucun antécédent médical ni périnatal particulier.

Le père travaille et a tendance à s'énerver facilement face au comportement tout puissant de son fils qu'il juge insupportable. Madame dit qu'elle intervient, « *un de chaque côté* », pour éviter que le père s'emporte. Mais par ailleurs, l'enfant aime bricoler avec son père, faire des activités, et parle de son père de façon investie et chaleureuse. Il dit aussi : « *pourquoi papa et maman ne feraient pas un troisième enfant, comme ça je ne serai plus au milieu* ».

En consultation cette « *place du milieu* » est beaucoup parlée, et l'enfant dit clairement qu'il la refuse, qu'elle ne lui convient pas. A la recherche d'une parole à propos de ses crises de colère, il évoque également la jalousie envers son frère et sa sœur, le sentiment d'avoir moins. Il dit, et la mère confirme, qu'il s'en veut de ses colères, s'excuse ensuite. Il voudrait pouvoir faire autrement. Il n'arrive à jouer que dehors, jamais dans sa chambre. Il n'y a pas de troubles du sommeil majeurs mais sa place la nuit est problématique puisqu'il a tendance à se glisser dans le lit de son frère, une fois celui-ci endormi.

Bref, à la fin de la consultation je pense que cet enfant ne va pas si mal. Quelques séances de soutien, une guidance parentale, la verbalisation, l'aide à l'élaboration pour cet enfant, la remise en circulation de ce qui fait questions, de sa subjectivité autour de sa place devraient l'aider à traverser ce vécu et trouver d'autres formes d'expression moins douloureuses. Il s'agit entre autres d'aider cet enfant à se dégager d'une place œdipienne où il se sent manifestement coincé parfois, et où la seule issue qu'il trouve est une décharge primaire. Il s'agit du quotidien de la pratique en pédopsychiatrie, et plutôt un « cas léger ».

Cette vignette clinique succincte et non exhaustive est là pour montrer le contraste entre la pratique en pédopsychiatrie psychodynamique et les nouvelles orientations, les dé-formations des professionnels de l'enfance, quant à la question du soin psychique.

Au lieu d'un soin qui entend l'enfant et le parent dans sa globalité, dans sa condition d'enfant dépendant, on fait croire à une pathologie cérébrale et on le laisse hors sens. Ne s'agit-il pas d'une aliénation? Au lieu du soutien des adultes, d'une parole contenante et structurante, l'enfant et sa famille repartent avec la représentation d'un problème neurologique et d'une maladie tout en étant non entendus du côté de leur vécu.

La mère me confirme qu'elle se représente le TDAH comme une maladie, « *comme un diabète* ». J'ai pris pour la première fois une position de médecin qui discute d'un diagnostic, position délicate de désaccord avec le premier médecin pédiatre. Je prends la décision d'explicitier au parent et à l'enfant la réalité des troubles et du « *diagnostic* » : trouver les mots pour dire le principe du symptôme, expression liée à un ensemble de difficultés complexes... Enfin expliciter et rassurer sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une maladie du cerveau, et que les difficultés psychologiques ne sont pas du même ordre que les maladies somatiques.

Rappelons que pour le TDAH et autres TND, aucune étude n'a démontré la réalité d'une entité « *maladie* » au sens somatique du terme et les TND, TSA, TDAH... sont une dénomination du DSM-5, lequel est très largement et sérieusement invalidé pour la clinique (4).

Cette prise de position singulière et nouvelle pour moi dans ma pratique amène la mère à prendre conscience qu'elle est prise entre plusieurs avis contradictoires. Je lui propose de contacter et d'échanger avec la pédiatre afin que nous nous accordions ensemble à propos des indications.

La pédiatre me dit qu'elle suspecte un trouble dyspraxique, de la concentration, un TND qui expliquerait les difficultés. Par ailleurs, elle pense que la parole et le soutien peuvent suffire, qu'elle connaît de longue date cette maman, et que d'avoir eu un premier enfant à 16 ans ce n'est pas rien. Je lui demande ce qu'elle attend et quel est le soin proposé en neuropédiatrie selon son expérience. Elle me dit que les enfants sont adressés vers des séances de remédiation cognitive, que les retours ne montrent pas d'amélioration d'où un second temps avec une prescription de méthylphénidate.

Je ne suis pas étonnée de constater que son approche pour la question psychique pédopsychiatrique est très fragile puisque nous avons chacun des domaines de compétence et d'expérience distincts. Son discours est émaillé de vagues notions centrées autour des TND, certainement suite à quelques visites-dé-formations en lien avec la forte politique « *dépistage - tout TND* ». Mais cette dé-formation mène à une incohérence des indications. Le parent va payer un bilan en orthophonie alors que l'enfant n'a aucune difficulté majeure comme en témoignent les résultats scolaires. La demande en orthoptie s'appuie sur une hypothèse fallacieuse pseudo-neuroscientifique (l'orthoptie est indiquée lorsqu'il y a des difficultés oculomotrices, des troubles de la vision, lesquels peuvent être dépistés à l'examen clinique visuel qui s'est avéré normal).

Enfin la collègue pédiatre reconnaît que beaucoup d'enfants n'auraient pas besoin de médicaments mais qu'elle a « *beaucoup de mal à trouver des psychologues qui ne*

culpabilisent pas les parents ». La culpabilisation est un écueil chez les soignants non formés et non attentifs à la place du parent, et peut-être chez les neuropsychologues non formés aux enjeux psychodynamiques. C'est aussi un argument fallacieux bien efficace pour discréditer le travail de psychiste.

Les projets nationaux actuels « tout TND - dépistages - toute inclusion - PCO (plateformes de coordination et d'orientation) » vont à l'encontre des recommandations récentes de l'OMS qui constatent les limites du modèle neuropharmacologique et biomédical (1,2,3,4) pour le soin psychique.

De plus en plus de parents sont menés vers un parcours où ils se retrouvent non accompagnés pour penser-panser la problématique avec leur enfant. On impose à l'enfant de nombreux bilans évaluatifs, coûteux et souvent inutiles. Et surtout la prescription de méthylphénidate se majore et prend la place d'un soin par la parole, qui dans la plupart des cas serait suffisant. Les orientations de formations TND avec tests et bilans neuropsychologiques, actuellement imposées par les ARS, ne permettent pas un dispositif soignant avec accueil de la parole, du vécu de l'enfant et de sa famille.

1/ Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person centred and rights-based approaches, World Health Organisation, 2021.

2/ Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaire, résumé d'orientation, OMS, 2021.

3/ Des convergences remarquables entre CMPP et les nouvelles orientations de l'OMS en santé mentale, une opportunité historique. Anna Konrad, Septembre 2021.

4/ DSM-5: Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale. Avis CSS N°9360, Conseil Supérieur de la santé de Belgique, Juin 2019.
www.health.belgium.be (40 pages)

RÉSUMÉ en incipit du rapport:

Le CSS constate que les outils utilisés le plus souvent pour le diagnostic des problèmes de santé mentale (le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), et la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM)) posent plusieurs problèmes et recommande qu'ils soient utilisés avec prudence et que les catégories du DSM ne soient pas au centre de l'aménagement des soins.

D'un point de vue épistémologique, les classifications partent en effet du postulat que les troubles mentaux sont des espèces naturelles, et que leurs désignations sont les reflets de distinctions objectives entre différents problèmes, ce qui n'est pas le cas. Les limites entre personnes ayant une maladie et celles qui en sont indemnes sont plutôt d'ordre dimensionnel que catégoriel.

Au niveau organisationnel, le CSS pose la question de la fonction des classifications diagnostiques. En légitimant une structure fondée sur un modèle biomédical, celles-ci empêchent la psychiatrie d'être influencée par les pressions pour évoluer, alors que les soins de santé mentale sont en pleine mutation. D'autre part, cette approche biomédicale ne réduit pas, comme on pouvait l'espérer, la stigmatisation et la discrimination des patients dans les soins de santé mentale.

En Belgique, les autorités donnent aux intervenants et aux organisations une grande marge de liberté concernant le recours à ces systèmes, surtout utilisés à des fins d'enregistrement (RPM).

Au niveau clinique, les classifications ne permettent pas de se faire une idée des symptômes, des besoins de prise en charge et du pronostic car elles n'ont pas suffisamment de validité, de fiabilité ni de pouvoir prédictif. D'autre part, elles ne répondent pas aux nouvelles conceptions de la santé, définie par la capacité à s'adapter, malgré les obstacles bio-psychosociaux. Or, il est plus utile de comprendre la combinaison de facteurs causant et maintenant des symptômes que d'identifier une catégorie. Une approche basée sur le rétablissement (clinique, personnel et social) contextualise mieux les symptômes et adapte les interventions en fonction des valeurs, affinités et objectifs des patients, en collaborant étroitement avec eux. Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document.

Le CSS recommande dès lors de recourir à la formulation de cas clinique dans le cadre d'un processus diagnostique « multicouche ». Il s'agit de partir des symptômes de l'individu, en commençant par une description narrative de ceux-ci, pour ensuite les recontextualiser, puis les classer sur base d'un nombre limité de syndromes généraux, et enfin discuter ces

symptômes en termes de continuum allant de la crise au rétablissement, pour évaluer le besoin de soins, le niveau de crise et la perspective de rétablissement (considéré comme un phénomène contextuel).

Cette formulation de cas est une hypothèse raisonnée, toujours incomplète, basée sur un va-et-vient continu entre recueil de données et utilisation des connaissances théoriques. La personne et son entourage sont source d'information sur son état mental et son contexte. La relation thérapeutique est au cœur du traitement, ce qui suppose une méthode réflexive de contrôle de la qualité.

Etant donné les limites des systèmes de classification, et la latitude dans leur utilisation accordée par les différents niveaux de pouvoir, le CSS recommande donc que l'usage du DSM et de la CIM soit limité à des catégories de troubles plus larges, et que les diagnostics restent des hypothèses de travail. Les troubles ne doivent pas être considérés comme une caractéristique statique, mais plutôt comme interactifs. Les étiquettes diagnostiques doivent aussi être utilisées avec prudence, tout en tenant compte de l'importance pour la personne de la reconnaissance de ses difficultés.

La prise en charge des plaintes psychiques doit se faire indépendamment de leur gravité, de manière non médicalisante, en mettant au centre la perspective et l'attribution de sens.

Des structures d'aide à bas seuil sont pour cela nécessaires.

Transmission et partage d'expérience: L'expertise psychiatrique permet-elle d'élaborer le traumatisme ? Par Thierry DELCOURT

L'expert pénal au risque de l'expertise

Je ne commencerai pas par un couplet empathique sur la souffrance des victimes, réelle et tragique, ni par un dithyrambe sur la mission de salut public de la justice pénale qui se voudrait réparatrice, ni par les poncifs et les slogans sur les bienfaits de la procédure judiciaire rabachés et relayés par les médias.

Écoutons les juristes qui sont au fait du déroulement de la justice. Même très engagés dans leur mission, ils ne se font pas trop d'illusions sur les bienfaits des procédures policières et judiciaires. Pourquoi ? Parce qu'ils savent les obstacles et le parcours du combattant que cela constitue pour la victime. C'est aussi pour cela qu'ils ne poussent pas aux procédures quand ils savent par expérience qu'elles risquent de buter sur un non-lieu, donc un échec... Ce qui, pour le coup, redouble le traumatisme des victimes.

Je commencerai plutôt par la souffrance professionnelle des experts judiciaires et des acteurs du processus de justice pénale. Non ce n'est pas obscène, c'est une réalité, en témoignent celles/ceux qui craquent en silence ou bruyamment. Ils se confrontent au surcroît de travail dans la tension psychique et l'urgence. Ils se confrontent aux récits dévastateurs poignants des victimes, à la cruauté, à l'horreur des actes et des propos qu'ils entendent de la bouche d'accusés dont l'acte criminel confine à l'innommable de la barbarie. Autrement dit, le traumatisme est un mal partagé entre les acteurs judiciaires et les victimes, et même avec certains criminels qui ont vécu des traumatismes dont ils sont mal sortis par la répétition morbide, par la vengeance et parfois par un crime autodestructeur.

Il m'est arrivé de recevoir comme patient un psychologue expert, une avocate, un juge d'instruction, un procureur qui ont vécu un traumatisme dans une affaire sordide. Cela relève de l'accident du travail qui, bien sûr, n'est pas reconnu en tant que tel. Même bien informé, même préparé à entendre le pire, il peut arriver qu'un professionnel aguerri subisse une effraction traumatique en entendant un récit qui confine à l'innommable et qui le touche en plein cœur. Certains ne seront plus aptes à exercer leurs fonctions même s'ils ont réussi à se stabiliser. La répétition de récits odieux agit par accumulation de l'horreur jusqu'à créer une maladie professionnelle. Je peux en témoigner autant par mes patients que par mon expérience d'expert pendant trente ans auprès de la cour d'appel dans des affaires pénales graves. J'ai souvent eu affaire, en tant qu'expert pénal, à des crimes sexuels et des crimes de sang, chargé d'entendre soit les victimes, soit les accusés. Je précise que j'ai toujours refusé d'être expert des deux parties, ce qui est de plus en plus souvent demandé. La répétition des horreurs, la souffrance des victimes, la perversion et le cynisme des criminels ont induit chez moi une réaction phobique autour de la coupure par rasoir et l'égorgeage, ainsi qu'une réaction de rejet de la sexualité entachée de la barbarie des violeurs qui parasite l'imaginaire par une effraction traumatique. Cela dit, je n'ai aucun regret d'avoir longtemps tenu cette charge à haut potentiel citoyen, clinique et thérapeutique.

Ce n'est pas pour rien que les experts judiciaires deviennent une denrée rare. À cause du poids de la responsabilité et des enjeux vitaux de nos conclusions. Parce qu'une expertise bien faite n'est même pas honorée au SMIC horaire. Parce qu'il nous arrive en cour d'assises d'être particulièrement malmenés par un avocat général qui discrédite le travail de l'expert, allant jusqu'à humilier la psychiatrie qui, on le sait, n'est pas une science, donc serait méprisable. Parce qu'il nous arrive d'être malmenés par des avocats qui, avec des effets de manche aussi ridicules que redoutables, démontent avec mauvaise foi le travail soigné de l'expert, prenant à partie les jurés sur la nullité de l'expertise.

Parce qu'enfin ce qui ne devrait pas être un métier à part entière au risque d'en venir à des copiés-collés d'expertise à la six-quatre-deux comme on le voit trop souvent mais une fonction clinique et citoyenne d'auxiliaire de justice, nous met rudement à l'épreuve même si l'apport théorico-clinique de la pratique expertale est précieuse dans l'exercice avec nos patients et dans la recherche clinique.

Élaboration et/ou aggravation du traumatisme ?

Ceci posé, je propose de modifier le titre : « mal faite ou bien faite, les risques de l'expertise: de l'aggravation du choc traumatique à l'ébauche d'une élaboration des représentations psychiques permettant de circonscrire le choc, de colmater l'effraction, de rassembler les morceaux épars d'un être confronté à son chaos, de transformer l'effet mortifère des défenses neuropsychiques palliatives dans la reconstruction du moi ». Certes, la formulation est longue mais cela résume le défi que peut se donner l'expert dans sa mission clinique. Attention, je ne dis pas bon ou mauvais expert, car chacun peut être bon ou nul dans une situation définie avec une victime ou un accusé. C'est selon ce qu'on est apte à entendre à l'instant T dans ce qui se dit et ce qui ne se dit pas. Comme dans la pratique thérapeutique, cette capacité dépend de notre disponibilité et de notre ouverture à l'écoute de l'impensable dans ce contexte singulier, à un temps donné.

Tout d'abord, un mot de déontologie et d'éthique. Si la pratique de soin et la pratique expertale sont différentes, il n'en reste pas moins qu'elles reposent toutes deux sur des fondamentaux qu'il n'y a pas lieu de transgresser. J'en relève plusieurs qui, en ce qui me concerne, ont indéfectiblement accompagné ma pratique : le secret, l'information éclairée, l'accord explicite, le respect de la personne, l'absence de conflit d'intérêt et la probité. Toutefois, dans la pratique expertale, la déontologie tend à être mise à mal, qu'il s'agisse du secret car un rapport est rédigé dont le destinataire principal n'est pas l'expertisé, de la notion de consentement car l'expertise est imposée, tout au moins fortement conseillée dans l'intérêt présumé de la victime ou de l'accusé. Pour le reste, le respect, la probité et l'absence de conflit d'intérêt, on ne transige pas.

Donc l'expert est confronté à une tension entre les règles déontologiques, ses fondamentaux éthiques et la pratique qu'on attend de lui. Il doit ajuster son costume, son regard, en partie fondé sur l'expérience, mais aussi ses valeurs. Je me souviens avec un certain malaise des tâtonnements de mes premières expertises qui ont probablement desservi mes premiers expertisés. Je voulais me montrer bon clinicien mais sans prendre en compte les enjeux stratégiques liés à la manipulation légitime par l'expertisé, qu'il soit victime ou accusé. L'expert doit décrypter avec une certaine défiance, tant le dossier judiciaire que le propos de l'expertisé. J'insiste, il faut rester humble tant en ce qui concerne nos déductions cliniques que nos conclusions, car il en va du destin de l'accusé et de la victime.

Du scandale du procès d'Outreau à tant d'autres, l'infatuation des certitudes assénées par les experts a fait énormément de dégâts. Là, on peut effectivement parler d'aggravation du traumatisme avec ce que cela induit d'effets dévastateurs y compris quant à la réputation de la justice et des experts.

Deux exemples d'expertises épineuses :

1) Un procès d'assises pour viol dans un cadre familial puis appel puis nouvel appel dépaycé. Le petit-fils accusa son grand-père et ses copains de viol avec moult détails sur lesquels il est progressivement revenu sous la pression de la cour. Les chefs d'accusation retenus, une cohorte d'experts est nommée (pédiatres, chirurgiens, gastro-entérologues, psychiatres, psychologues). Ils se sont engagés sans aucune prudence avec des affirmations qui n'ont pas retenu la leçon d'Outreau. Enfin, coup de théâtre lors du procès en révision obtenu par le grand-père et son petit-fils réunis, celui-ci dit qu'il a menti sur toute la ligne. La justice avalise ce rebondissement. Est-ce vrai, est-ce faux, où se situe la vérité, toujours est-il que le grand-père est légitimement innocenté. Aussitôt, celui-ci se retourne contre certains experts ayant asséné leur science avec une assurance imprudente. Je n'en fus pas car j'avais émis des doutes. Aurions-nous pu éviter ce drame et ses conséquences traumatiques si une approche humble, prudente de l'expertise avait été de mise ?

2) Nous sommes 3 experts nommés dans une affaire de meurtre extrêmement violent, impulsif, dans un contexte de panique et de danger vital pour l'accusé : 70 coups de couteau, et l'homme se rend aussitôt chez son voisin, s'effondre et avoue son crime. L'expertise pointe un contexte dépressif sévère lié à la souffrance du deuil de sa femme morte d'un cancer.

Longtemps replié sur lui-même, l'homme fut très déstabilisé par une femme qui l'a séduit, avide de sexualité et dépensière. Sans se concerter, les experts étaient d'accord, c'était un crime passionnel dans un contexte dépressif nécessitant un soin, mais sans relever de dangerosité ni de risque de récidive. Il est condamné à douze ans de réclusion. Au vu d'une conduite exemplaire et d'une observance du suivi psychiatrique, il est libéré après six ans de détention. Il va mieux. Apprécié par son entourage, il va jusqu'à habiter dans un appartement du même immeuble et au même étage que celui qu'il occupait lors de son crime. Il s'engage dans une association caritative et arrête son traitement psychiatrique car il a rencontré une femme avec qui il construit sa nouvelle vie. Peu de temps après, en état second, il la tue de 69 coups de couteau puis se rend chez le même voisin, avoue son crime et se montre confus. Le même policier vient le chercher : ah non, pas vous encore !

Pourquoi lui encore ? Les nouveaux experts nommés sont perplexes car aucune situation similaire n'a été rencontrée. Alors quoi faire, que conclure ? La prudence imposerait-elle que dans toute expertise, on conclut systématiquement à une dangerosité et à un risque de récidive. Cela veut dire, dans les faits, l'aggravation de la peine dans le contexte de l'article 122-2 du code pénal où il est dit : « La personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». Dans les faits, les jurés ont tendance à majorer la peine car la maladie mentale fait peur et les conduit à penser que l'imprévisibilité de la folie nécessite une incarcération ad vitam aeternam. Outre le traumatisme subi par ces femmes assassinées, nous sommes tous passés à côté de la souffrance de cet assassin itératif. Certes, il l'avait masqué, mais de façon tout à fait inconsciente, pris qu'il était dans sa souffrance mélancolique.

Quid de l'aggravation de l'effraction traumatique ou de l'élaboration du trauma dans la réalité ?

La prise de substance psychoactive est-elle un motif d'irresponsabilité pénale? Je ne m'avance pas sur cette question épineuse qui va faire l'objet d'une révision de la loi, mais cela mérite d'être posé au regard de la possibilité ou non pour la victime d'avoir une action potentielle sur son traumatisme.

Il peut s'agir de drogues licites altérant la conscience, par exemple l'alcool mais aussi les médicaments. Il faut distinguer la prise d'alcool, un acte délibéré, de la prise de médicaments prescrits dont le malade ignore les effets secondaires ou ne les connaît que partiellement. Il n'est pas apte à repérer le danger provoqué par un antidépresseur, un dérivé amphétaminique, un médicament dont l'effet psychoactif risque de perturber la conscience, altérer son discernement et lever des inhibitions psychomotrices.

Plus compliqué, les drogues illicites dont les effets et les conséquences sont redoutables, notamment celles dont l'action est psychodysléptique (crack, LSD et autres produits actuels), et aussi le cannabis de plus en plus dosé en THC ainsi que les recharges de vaporette contenant du faux CBD. Pire encore, ces drogues très toxiques sont prises en association, y compris l'alcool et l'ecstasy. Le danger majeur est l'altération de la conscience et du discernement, à quoi s'ajoute un phénomène hallucinatoire et des réactions paranoïaques qui lèvent l'inhibition psychomotrice et induisent des actes aberrants dans une dissolution totale de la conscience, du libre arbitre et du jugement critique.

La question de cette irresponsabilité pénale sous substance toxique fait l'objet d'âpres discussions et de jurisprudences contestables... à suivre, à délibérer !

Autre situation préoccupante pour les victimes, qu'en est-il lorsque une action juridique s'éteint par la mort, le suicide du criminel lors de son incarcération ?

Dans ces conditions, la réparation juridique pénale ne peut avoir lieu, comme dans les situations d'abolition du discernement, mais c'est pire car la victime est prise dans une dualité, entre la douleur de ne pas obtenir un procès en bonne et due forme, d'être privée d'une confrontation avec son agresseur et l'impossibilité de pouvoir exprimer tout ce qui permettrait

une élaboration du traumatisme lié à l'agression subie... sans compter d'autres sentiments, y compris de culpabilité.

Venons-en au déroulement de la procédure. Tout d'abord l'interrogatoire policier de la victime : si de gros efforts ont été faits, il reste encore beaucoup à faire. Certains officiers de police judiciaire, malgré leur formation, sont maladroits pour le dire gentiment, voire accusateurs vis-à-vis de la victime. Certes, il s'agit pour eux d'établir la véracité des faits et ne pas se laisser piéger dans une accusation injustifiée qui placerait un innocent en situation d'accusé.

Nous avons tous l'expérience de victimes d'agression, qu'elle soit sexuelle, physique et/ou psychique, qui se retrouvent lors du dépôt de plainte en position d'accusé ou tout au moins elles le vivent comme tel, car leur parole est mise en cause, voire tournée en dérision. Allez sur le site #doublepeine, vous verrez de quoi il est question à travers les témoignages de victimes bafouées, humiliées lors de leurs démarches auprès des forces de police. Il est très fréquent que des policiers refusent d'enregistrer la plainte par paresse, par manque d'humanité et pire, par acrimonie à l'égard des plaignants, notamment la femme victime d'une agression sexuelle. Certes, les plaintes pour agression augmentent beaucoup et face à cela, il y a un manque cruel de moyens humains, à quoi s'ajoute, suite à la vague de #MeToo, la crainte de voir fleurir des plaintes opportunistes.

L'omerta est tombée d'où l'augmentation des plaintes. C'est une réalité qui gêne même si la prise de conscience policière et judiciaire amorce une sensibilisation timide. Qu'il s'agisse des violences contre les femmes, de #MeToo, du scandale des prêtres de l'église catholique, trop souvent, les affaires sont étouffées dans l'œuf au mépris des victimes. Alors, que devient l'effraction traumatique ? Elle reste béante, elle reste blessure non cicatrisable, elle empêche la reconstruction psychique, psycho affective et professionnelle des victimes ? Les conséquences en sont les suicides, les comportements autodestructeurs, l'angoisse, des phobies et des dépressions sévères liées à ces blessures à jamais ouvertes.

Deuxième niveau de la procédure judiciaire, si la plainte a été déposée, revient au procureur la décision de la classer sans suite ou d'y accorder un intérêt. Son point de vue est certes juridique, mais il est aussi subjectif. Selon sa sensibilité et son engagement, il classe ou non les affaires qui l'embarrassent et dont il ne mesure pas la gravité réelle.

Si l'affaire suit son cours, qu'elle n'est pas classée, l'autre niveau est l'instruction par un juge qui va, et c'est normal compte tenu de sa tâche, explorer l'ensemble des données liées à l'accusation, et tenter de faire la part de ce qu'il en est de la vérité et du contexte du crime, si tant est qu'il ait eu lieu. La victime va être mise à mal, et tout dépend de la qualité de l'accompagnement de son avocat dans la procédure. Si la victime est bien préparée, la confrontation au juge d'instruction et à l'agresseur peut avoir un effet bénéfique d'élaboration du traumatisme mais c'est toujours une épreuve très pénible et douloureuse. Durant l'instruction, il est nécessaire que la victime soit psychologiquement accompagnée, soutenue par ses proches, s'ils existent, par l'avocat, par un psychologue et/ou un psychiatre.

L'instruction close, les chefs d'accusation peuvent s'avérer humiliants pour la victime lorsqu'ils sont minimisés par décision subjective ou par commodité juridique, car on sait qu'un procès d'assises est une usine à gaz complexe, coûteuse, que le budget de la justice est exsangue. De nombreuses affaires sont déclassées et renvoyées en correctionnelle avec des chefs d'accusation minimisés. Comment envisager l'élaboration du trauma si celui-ci n'est pas reconnu à sa juste valeur ?

Vient le temps de la fin de procédure avec le procès. Pour ce qui me concerne, je n'ai que l'expérience des procès d'assises. La victime va être malmenée par l'avocat de la défense, par certains témoins dont la mauvaise foi la scandalise. Elle va entendre les experts qui la mettent à nu en public, ce qui est très violent, et qui rendent leurs conclusions. La victime est devenue un objet qu'on retourne sur toutes ses faces, a priori dans son intérêt, mais avec des conséquences qui peuvent s'avérer désastreuses. D'autant que les conclusions des experts sont utilisées et interprétées par l'avocat de la défense qui bouscule, qui maltraite la vie privée

de la victime. Elle peut se retrouver en position d'accusée. Entre linge sale et lynchage, j'ai souvent constaté que la victime en sortait détruite, parfois de façon transitoire. Le risque suicidaire est important lors des procès d'assises.

Bref, on est loin d'un déroulement harmonieux constructif pour la victime. Il faut faire preuve d'un certain angélisme pour affirmer à la victime que son procès lui permettra une élaboration qui la rendra capable de surmonter son traumatisme. En fait, il ne faut pas confondre procédure juridique et action thérapeutique. La procédure est là pour rendre la justice et non pas pour soigner. Mais elle peut aussi soigner de surcroît. La victime n'accepte pas la présomption d'innocence, le débat contradictoire, la mise en question de ses allégations, et pour cause !

Autrement dit, et en conclusion, l'élaboration du traumatisme relève du travail psychothérapique qui doit se faire concomitamment et systématiquement dans les situations d'agression. Cela nécessite une procédure juridique, autant qu'un processus thérapeutique pour contenir, border, élaborer l'effraction traumatique. L'avocat de la victime est le personnage-clé dans cette élaboration car au-delà de sa compétence juridique, il assure un accompagnement humain qui s'avère parfois le seul point de repère d'humanité pour la victime. Tout dépend donc de la présence et de la disponibilité de l'avocat qui agit sur la reconnaissance des effets dévastateurs du crime et le dénouement psychique du traumatisme.

Si tout se passe bien, ce qui est exceptionnel, l'ensemble de ce dispositif permet de rétablir des défenses et la capacité à lutter contre les agressions extérieures et internes. Ajoutons à cela l'importance cruciale de l'expertise qui devrait se dérouler dans des conditions éthiques rigoureuses. Il m'est souvent arrivé de recevoir des patients victimes d'un crime après un passage à l'acte suicidaire, ce qui n'est pas rare, dans les suites immédiates d'une expertise menée à charge contre la victime. Non reconnue comme telle, elle se voit considérée en tant qu'hystérique. Par un jeu de bonneteau diabolique comme peut en produire l'usage dévoyé de théories psychanalytiques, la victime se retrouve mise en accusation. Alors, elle revit la souffrance et la répétition du choc traumatique. C'est d'autant plus vrai quand la sidération du choc traumatique s'amenuisant, cela la place sans ménagement face au choc de l'agression. Ce sera mon dernier mot, en position d'expert, le clinicien ne peut se défausser de sa qualité de thérapeute et encore moins de son humanité.

Thierry Delcourt, psychiatre, pédopsychiatre, ancien expert auprès des tribunaux.

CLINIQUES

Transmettre la spécificité de la pédopsychiatrie d'exercice privé. Par Thierry DELCOURT

Ce n'est pas que par ses erreurs qu'on apprend mais partager ses erreurs et l'enseignement douloureux qu'elles nous ont permis est un moyen de transmettre l'expérience professionnelle en la partageant humblement. En pédopsychiatrie, les enjeux sont tels que la formation initiale doit poser des bases déontologiques et éthiques rigoureuses afin d'éviter les erreurs, les fautes dont les effets sont aussitôt et pour longtemps une perte de chance pour nos jeunes patients. C'est aussi vrai pour la formation continue. L'ODPC-PP, reliée à l'AFPEP-SNPP, veille à en assurer la qualité. Je commence donc par mes fautes que je n'oublierai jamais, qui me laisse un goût amer tout en renforçant ma vigilance éthique dans ma pratique pédopsychiatrique. Petit florilège d'erreurs cliniques et de fautes éthiques.

* Fin de journée veille de week-end, je reçois un enfant âgé de 4 ans ½ déjà sous rispéridone, une prescription hospitalière hors AMM et inacceptable étant donné son âge. L'enfant est surexcité, retourne le bureau, sa mère est épuisée. Je me dois d'interrompre le traitement mais elle supplie de l'augmenter. Je suis embarrassé, inquiet. Je cède en cadrant l'augmentation afin d'éviter que la mère abuse de la rispéridone dont elle dispose déjà. Le lendemain, l'enfant présente un syndrome extrapyramidal, je le reçois en urgence et l'adresse aussitôt en pédiatrie. Il y reste une nuit en observation, heureusement sans conséquence. Je m'en veux d'autant plus que je lutte contre les traitements abusifs par méthylphénidate et rispéridone de plus en plus souvent associés chez des enfants très jeunes, hors AMM et sans bilan digne de ce nom, sous prétexte de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, TDA/H à quoi s'ajoute allègrement un trouble oppositionnel avec provocation, TOP.

* Fin d'une bonne séance avec un enfant, la mère entre pour payer. Elle s'impose avec le jeune frère. J'abrège, elle insiste à parler du grand frère qui présenterait un TDAH. Elle s'impatiente car il attend un rendez-vous avec le centre des apprentissages. Je l'interromps car ce n'est ni le moment ni le lieu d'en parler. Elle est en colère. Mon jeune patient se trouve mal à l'aise. La séance est gâchée par mon manque de vigilance.

* Emporté dans l'échange téléphonique avec une institutrice en difficulté, je parle trop. Bilan, je constate à la séance suivante un effet boomerang redoutable sur un jeune patient car elle en fait retour aux parents et à l'équipe éducative. L'enfant l'apprend, se sent trahi, ne parle plus.

* Face à une situation douloureuse pour un jeune patient, je m'immisce de façon intempestive dans un conflit parental aigu. Le problème n'est pas de prendre position, d'agir dans l'intérêt de l'enfant mais de se laisser emporter, prendre parti et rédiger un certificat sans connaître le père ni l'avoir entendu. Le père n'était pas venu à une première convocation de ma part mais j'aurais dû insister. En effet, il avait tant à dire, je l'ai constaté en le recevant à sa demande. Il désapprouvait que son fils vienne en consultation dans un contexte conflictuel où la mère jouait un rôle pour le moins équivoque. Le père aurait pu porter plainte pour certificat abusif, ce qu'il n'a pas fait car nous avons pu rétablir la situation et éclaircir le conflit.

* Fin de mercredi chargé, dix heures de consultation pédopsychiatrique. Épuisé, je suis agacé par le comportement agité d'un enfant provocateur qui insulte ses parents, me tire la langue. Je perds ma perspicacité qui aurait voulu que je prenne du recul, utilisant l'humour et le jeu pour désamorcer la situation. Je perds ma capacité de soin. Je court-circuite l'échange avec l'enfant, l'information que je lui dois et son accord. Je plie face à la demande de ses parents

désarmés et de l'école qui le rejette. Je ne me situe que sur le plan éducatif, échec assuré. La rencontre avec l'enfant n'a pas lieu, et ce malgré mes efforts lors de la consultation suivante.

Finissons-en avec les poncifs qui desservent la pédopsychiatrie libérale.

La consultation en pédopsychiatrie est chronophage

Comme pour les adultes, certaines consultations sont effectivement plus longues : la première, les consultations-charnières, notamment la rencontre parent-enfant. Il faut juste le prévoir et le structurer. Parfois, lors de séances de psychothérapie ou de consultations administratives, ça déborde, qu'à cela ne tienne, la salle d'attente se remplit, ce qui permet à certains enfants de faire connaissance et de jouer ensemble. Reste à trouver la cotation digne du travail accompli.

Le pédopsychiatre doit être en contact avec les intervenants autour de l'enfant

C'est la conception de la pédopsychiatrie en libéral qui est en jeu. Posons la question, y a-t-il motif à différencier la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. Oui, bien entendu... mais non. Est-ce qu'on entre en contact avec l'employeur, le conjoint, l'assistante sociale d'un patient adulte ? Non, ou très rarement. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'enfant ? Même mineur, il est une personne à part entière. Il a droit, tout comme l'adulte, à la clause du secret médical. Il lui faut un espace intime, il en a besoin pour exprimer sa souffrance, ses questions et les affres de son désir naissant.

La pédopsychiatrie, c'est un travail d'équipe.

Le soin du pédopsychiatre d'exercice privé n'a pas prétention à résoudre tous les problèmes. Hors de la spécificité de son acte, il n'y a pas lieu de constituer une équipe autour de l'enfant. Le pédopsychiatre dispose de correspondants dans tous domaines, médical, psychomotricité, orthophonie, éducation spécialisée... Il peut avoir un échange avec eux avec l'accord ou à la demande de l'enfant et des parents mais ce n'est ni nécessaire ni obligé. Le secret dit partagé ne peut concerner que l'aspect technique de la prise en charge, dans un strict respect du secret médical. Il n'est pas nécessaire de faire une synthèse ni de participer à toute forme de réunion, sauf à la demande de parents en difficulté face aux institutions, et avec l'accord de l'enfant. Chacun des intervenants réfléchit sur la situation de l'enfant et son évolution. Reste pour eux à assurer l'analyse de leur pratique. Ceci est encore plus vrai avec les enseignants qui ne sont pas tenus de respecter la confiance qui leur est faite pour mieux accompagner l'enfant dans sa scolarité. Pire, cela est inscrit sur le dossier scolaire qui suit l'enfant jusqu'en terminale. Quant à l'équipe éducative, c'est un haut-lieu de trahison du secret, et il faut être bien paré quand, par nécessité expresse et dans l'intérêt de l'enfant, nous avons à y participer.

Les enfants c'est compliqué, il faut un lieu adapté pour les prendre en charge

En quarante ans de pratique, j'ai constaté l'évolution de l'expression psychique des enfants en consultation et en psychothérapie. Dessin et modelage étaient nos outils psychothérapeutiques et sont presque passés aux oubliettes. Les enfants parlent remarquablement et avec nuance dès l'âge de trois ans. Ajoutons à cela qu'ils sont habités par l'image dynamique envahissante de leurs écrans, ce dont nous avons à tenir compte dans notre approche, non pas pour jouer aux jeux vidéo avec eux, mais en se servant de l'image et de ce qu'ils apportent (dessins, cartes Pokémon, icônes de leurs jeux vidéo). L'expression verbale, mode de plus en plus privilégié, est garante d'une évolution qui s'avère dynamique et assez vite favorable. Ce qui change avec la psychothérapie d'adulte, c'est la nécessité d'un vaste espace, de tables et fauteuils solides, d'une bonne dose d'énergie, de patience, d'humour et de créativité.

Ces a priori limitent l'attractivité de la pédopsychiatrie, une spécialité délaissée

On manque cruellement de pédopsychiatres, donc la question se pose : faut-il valoriser la spécialité psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent par un internat spécifique ou suffit-il de revaloriser l'acte en pédopsychiatrie, qu'il s'agisse des honoraires ou de l'intérêt qu'il peut susciter, sachant sa diversité, son efficacité préventive, ses résultats gratifiants ? Passionnante, la pédopsychiatrie d'exercice libéral l'est sans aucun doute, une pratique dynamique, ludique, pleine d'humour, on ne s'y ennue pas. D'où l'intérêt d'une formation

spécifique à la pratique libérale revisitant les présupposés calqués sur les approches médico-sociales et hospitalières.

Le manque d'expérience induit la vision rebutante de l'acte de pédopsychiatrie

Pourquoi faudrait-il se laisser envahir par la constellation familiale, sociale et scolaire de l'enfant ? Ce n'est pas parce que l'enfant est mineur qu'il ne doit pas bénéficier des mêmes droits et prérogatives que le patient adulte : le colloque singulier, la qualité de l'information éclairée et l'accord explicite, le strict respect du secret médical et psychothérapeutique.

La pression de l'environnement de l'enfant

L'obstacle majeur en pédopsychiatrie est la pression de l'environnement qui pousse à agir sur le symptôme, le risque étant que l'enfant devienne un objet de soin. Évidemment, les parents disposent de l'autorité parentale, donc du regard sur la protection et l'intérêt de leur enfant. Évidemment, il faut l'accepter, en user et faire avec, ce qui parfois n'est pas simple quand le couple est en conflit, en rupture. Quant à la pression de l'école, soyons vigilants. L'égarément de l'Éducation nationale sur l'inadaptation, la conception des troubles de comportement et d'apprentissages est des plus réductrices. Heureusement, nombre d'enseignants ne se plient pas aux injonctions normatives de leur ministère et gardent une capacité de jugement et une liberté de pratique, bien que toute relative compte-tenu des inspections et des évaluations, du manque de moyens et de formation. Quant aux demandes d'instances judiciaires, d'assistance éducative en milieu ouvert, AEMO, d'assistantes sociales mandatées par le juge aux affaires familiales ou le juge des enfants, c'est encore plus délicat. Face à ces instances, pas question d'envisager un secret partagé car, eu égard à leurs missions, il n'y a aucun respect du secret. Leurs interprétations de nos propos sont sujettes à des dérives dommageables dont les effets sur l'enfant et les parents peuvent être redoutables, avec un vécu de trahison, d'autant qu'il n'est pas rare que ces rapports deviennent arme de chantage, d'information préoccupante si les parents ne se plient pas à leurs exigences d'investigations autoritaires et intempestives.

On est poussé à sortir de notre fonction : juge, éducateur, suppôt de la norme

La pression de la demande de la constellation sociale de l'enfant le met en position délicate et paradoxale. Il peut vivre une double contrainte douloureuse face aux tensions de la demande entre milieu familial, scolaire et social. Il faut en tenir compte mais la boussole du soin reste orientée vers l'épanouissement de l'enfant, n'en déplaise à ceux qui veulent le conformer, le normer, le modéliser. Il nous est souvent demandé de redresser, de rééduquer, de normaliser le comportement de l'enfant et de configurer sa maturité selon les critères sociaux et scolaires. Le danger est d'être suppôt des tenants de la norme, de se substituer aux parents dans leur rôle éducatif ou au contraire, en résistance, devenir leur bras armé. Il n'est pas non plus dans nos fonctions de résoudre les conflits familiaux qui nous dépassent et face auxquels il est plus qu'imprudent d'intervenir. L'enfant a besoin de ses deux parents et ne donne à personne le droit de les juger ni de prendre parti, ce qui ne ferait que compliquer sa tâche, lui qui se débat entre eux, qui est pris dans un conflit de loyauté face aux tensions du couple de ses parents. Mieux vaut aider l'enfant à y voir clair, à comprendre les contradictions dans lesquelles il est captif et à acquérir un certain recul. Il dispose souvent de la maturité et de l'esprit critique et peut s'en sortir mais c'est une source de dysharmonie entre sa quête affective et sa raison.

Ne pas se précipiter pour recevoir l'enfant seul sans qu'il soit ou qu'il se sente concerné.

Qui demande ? C'est la boussole qui dirige nos premiers entretiens. Les adolescents ont de plus en plus tendance à exprimer une demande d'aide mais souvent, les enfants ne sont pas, ne se sentent pas directement concernés. Soit ils ne demandent rien, subissent la démarche visant à faire évoluer leur comportement : alors il faut un travail préalable pour repérer si la demande est judicieuse. Si c'est le cas, il faut créer l'adhésion de l'enfant au soin. Soit ils demandent autrement et se saisissent de la consultation pour exprimer leur souffrance, leur angoisse et les événements qu'ils subissent. Dans ces situations, leur adhésion est acquise.

Ne pas trahir le colloque singulier avec l'enfant pour satisfaire la curiosité des parents.

Dès que l'enfant est reçu seul, la clause du secret est signifiée aux parents, précisée à l'enfant. Je dis en présence de ses parents, que personne ne fera pression sur lui pour savoir ce qu'il dit.

Toutefois, il sait qu'il a la possibilité, en ma présence ou non, d'exprimer à ses parents ce qui lui paraît nécessaire pour dénouer sa problématique. Lors du bilan d'étape de psychothérapie prévu avec les parents, ce qui se justifie compte-tenu de l'autorité parentale, il ne leur est rien révélé de secret. En général, un temps préalable avec l'enfant permet de convenir ensemble de ce dont nous parlerons à ses parents, une façon de faire aussi un bilan avec lui.

Oublier que l'enfant actuel n'a pas les mêmes codes, éducation et repères.

Il est bon que le pédopsychiatre n'oublie pas son enfance et son adolescence afin d'assurer une relative proximité avec ses jeunes patients. Toutefois, l'évolution sociétale et culturelle crée un dépaysement qui peut dérouter face aux enfants actuels (rapport à l'image, aux écrans, références culturelles, modalités familiales inédites, rythme accéléré, zappé, swingué, rapport à l'objet, à la connaissance). Dans le cadre de sa formation curieuse, le pédopsychiatre tente de connaître l'univers mental, culturel, enfantin et adolescent sans le juger ni le dévaloriser. A contrario des jugements à l'emporte-pièce nostalgiques du passé qui, le moins que l'on puisse dire, n'est pas glorieux, sachant le statut de l'enfant, le poids des religions, du sentiment de culpabilité et de la névrose, les références actuelles sont tout aussi valables que celle du passé. La nostalgie de l'autorité paternelle, de la lecture, de la propension à l'effort risque d'obérer l'écoute des jeunes parents et de leurs enfants dont les modèles ont évolué. C'est ainsi, il faut faire avec la mue sociétale et culturelle.

Confondre maturité et discours-sembant mature

L'affirmation des parents, les premières impressions sur l'enfant ne doivent pas nous tromper. « Il est HPI », « il a un TDAH », « il est hyperactif », « 9 ans, il fait sa crise d'adolescence » (alors qu'il n'est pas sorti de la toute-puissance infantile), « je lui confie tout, il est capable de tout entendre » ou à l'inverse, « on peut parler, il ne comprend pas ce qu'on dit » (à 4 ans, un enfant n'est pas dupe et tend ses oreilles car tout le concerne). Rencontrer l'enfant suppose de se dégager du discours parental, mais aussi du discours en forme de semblant de l'enfant.

Confondre crise adolescente et toute-puissance.

Si les enfants actuels sont éveillés et s'expriment, ce qui est bienvenu, ils ont aussi tendance à mettre leur intelligence au service du plaisir et excellent souvent dans le calcul de leur intérêt. Cela a toujours été mais c'était plus pernicieux et interlope par le passé. Le risque est de nous égarer, surtout quand leur discours se montre habilement séducteur. Il ne faut pas confondre l'élaboration constructive de la crise adolescente qui vise à devenir un être autonome, avec la persistance d'une toute-puissance infantile qui veut maintenir l'illusion de la non-frustration en déniait le principe de réalité.

Le trépied déontologique en pédopsychiatrie.

Extrait du serment d'Hippocrate: « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables, menacées dans leur intégrité ou leur dignité. J'informerai les patients... Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances... Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. »

Extrait de la loi de 2002 sur le droit des usagers, modernisée en 2016 : le droit à l'information sur son état de santé, le droit au respect de l'intimité, complété par un volet autorité parentale. « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux pères et aux mères [...] pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne. »

Résumé de la CIDE (Convention internationale des droits de l'enfant) qui veille à ce que l'enfant soit un sujet à part entière tout en bénéficiant d'une protection, d'une éducation, d'une

autorité bienveillante des parents. Elle précise que l'enfant doit bénéficier d'une liberté d'information, d'expression et de participation. Ce texte vise avant tout à protéger l'enfant compte tenu de sa vulnérabilité, de sa minorité au regard des adultes, y compris des parents. Il ne vise pas à faire de l'enfant un adulte qui décide de sa vie, en l'individualisant à outrance, mais à le protéger de ce qui relève d'une maltraitance, d'une exploitation et, de façon générale, de tout ce qui le place en position d'objet manipulable et corvéable du fait de son immaturité et de sa naïveté. Ce texte associe la protection à l'autorité parentale en matière de santé, d'éducation et de citoyenneté, mais y pose la condition d'un respect des parents à l'égard de leur enfant.

En résumé, quelques questions.

Qu'en est-il du droit de l'enfant à s'informer, à s'exprimer et participer aux décisions qui le concernent ? Si l'enfant n'est pas un objet mais un sujet à part entière, a-t-il un droit de regard sur le soin et l'éducation qu'il reçoit ? L'autorité parentale est sous contrôle de la loi qui veille à éviter la maltraitance et impose l'obligation scolaire, la citoyenneté, les soins et la prévention sanitaire. Pour la CIDE, la responsabilité et l'autorité parentale ainsi que celle déléguée aux intervenants de santé et d'éducation ne peuvent se dédouaner de l'obligation légale d'informer, d'écouter, de faire participer l'enfant et ses parents, aux décisions qui le concernent.

En résumé, quelques réponses.

L'enfant est une personne donc il a droit au strict respect de la déontologie, du secret médical, de l'information et du consentement éclairé, de la liberté de choix du soin, du praticien, le tout modulé par l'autorité et la responsabilité parentale.

L'enfant est mineur, sous l'autorité et la responsabilité des parents dont il dépend. Impossible de l'obérer. Toutefois, cela peut rendre délicate l'initiative du soin et son bon déroulement. La psychothérapie peut être interrompue du jour au lendemain au bon vouloir de parents opposés.

L'autorité parentale n'est pas toute-puissante mais soumise à un cadre juridique. Autrement dit, les intervenants médico-socio-scolaires peuvent en user pour imposer leurs directives en matière d'éducation et de soin dans l'intérêt présumé de l'enfant, contre l'avis des parents et sans tenir compte de l'avis de l'enfant, considéré comme un objet à remodeler. Il est de plus en plus fréquent que les enseignants, éducateurs, assistants sociaux brandissent une menace d'information préoccupante si l'enfant et les parents ne se plient pas à leurs directives.

Le pédopsychiatre doit déplaire à nombre d'acteurs trop curieux, qui se croient légitimes pour tout savoir sur l'enfant et l'inscrire dans un dossier qui le suivra. Lui et ses parents n'en ont pas le contrôle au mépris du règlement général sur la protection des données personnelles. Le pédopsychiatre est le bastion qui veille à respecter et à faire respecter l'intimité de l'enfant par les parents qui subissent la pression des acteurs de la constellation sociale prêts à violer le secret médical et l'intimité de l'enfant. Cette tutelle de l'autorité parentale par l'administration qui use sans vergogne de la menace d'une information préoccupante, se double de la pression des médias qui portent la parole des lobbys et font perdre aux parents leur esprit critique.

Droit et devoir de signalement : le point sur les maltraitances et les violences sexuelles

Dans l'intérêt de l'enfant, des mesures de protection spécifique et d'exception très encadrées permettent la levée du secret médical afin de signaler un danger constaté ou supposé. C'est un devoir pour tout citoyen, intervenant ou non auprès d'un enfant. De nombreuses affaires ont défrayé la chronique, jusqu'à la mort d'enfants ayant fait l'objet de maltraitance, de viol ou d'emprise psychique destructrice. Qu'il s'agisse de parents, ce qui n'est pas rare, de prêtres, d'enseignants, d'éducateurs, les faits restent souvent sous silence. Sidéré, l'enfant ne peut pas parler, portant la honte et la culpabilité liées à l'effraction de son corps et de son intimité. Plus il s'agit de proches, plus l'enfant se tait, plus l'agression est destructrice. C'est donc un devoir de repérer et d'agir dans ces situations.

Faut-il choisir entre l'information préoccupante et le signalement ? Si un fait grave justifie une action urgente, le signalement immédiat au procureur reste de mise, par téléphone avant de lui adresser un courrier. Dans les autres cas, depuis la loi de mars 2007, il faut adresser un courrier d'information préoccupante à la CRIP, cellule de recueil qui dépend de la présidence du conseil général. Il est précisé par la loi et le Conseil de l'Ordre que le médecin ne peut être poursuivi pour avoir fait un signalement. Au contraire, il risque d'être poursuivi s'il ne le fait pas alors qu'il y a péril. Tout est question de nuance, de perspicacité et d'habileté clinique afin de ne pas mettre en danger l'enfant, mais sans le trahir ni compromettre le soin.

Obligation ou possibilité, quand et à quel moment signaler sans jamais perdre de vue l'intérêt de l'enfant ? Comment le faire participer à la décision afin qu'il ne se sente pas trahi et encore plus mis en danger ? À quel moment, immédiat ou différé, est-il judicieux d'agir ? Faut-il en informer les parents, ou un des parents, si l'un des deux est le responsable de la maltraitance ? Comment veiller à ne pas être pris au piège de manipulation par le parent ou un membre de sa famille qui instrumentaliserait une prétendue plainte pour agression sexuelle de l'ex conjoint ? Sur quelle base réelle ou intuitive, sur quel constat ou hypothèse s'élabore la conviction d'une maltraitance, d'un viol s'il ne nous est pas directement révélé par l'enfant ? Comment rédiger le signalement ou l'information préoccupante à partir d'un constat, d'une perception clinique, d'une parole de l'enfant ? Comme pour tout certificat, la règle est de constater et de décrire sans mettre directement en cause une personne. Il est possible de relater le propos de l'enfant et de l'accompagnant, en restant prudent. Le certificat doit être précis, notamment la date et l'heure du constat, l'identité de l'enfant et de l'accompagnant, les propos de l'enfant et de l'accompagnant. Même sans être certain de la maltraitance, nous portons notre préoccupation à la connaissance de la cellule de recueil, droit protégé légalement et devoir dicté par la loi.

Mais attention, l'information préoccupante se banalise et devient une arme quand un contexte éducatif est jugé non conforme par l'intervenant enseignant, éducateur ou assistant social. Elle ne concerne pas que des faits graves et peut servir à faire pression sur les parents qui refusent de se soumettre. Alors, que de dégâts auprès de l'enfant et des parents, d'autant que ça majore le risque de mise sous tutelle de l'enfant et de l'autorité parentale.

L'information préoccupante fait intervenir le code pénal et le code de déontologie médicale.

Article 43, Code de la Santé Publique: le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Article 44: lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

L'information préoccupante fait aussi intervenir le droit international de l'enfant, l'autorité parentale et le juge aux affaires familiales. Il faut prendre en compte tous ces facteurs afin de se construire une éthique ajustable, irréprochable, axée sur la protection de l'enfant mais aussi sur le soin que nous décidons de lui apporter.

Conclusion

On peut considérer le pédopsychiatre comme un médecin de premier recours pour l'enfant en difficulté et ses parents. Pour l'instant, l'activité libérale encadrée par les bonnes pratiques ne subit pas trop la pression du tout neurodéveloppemental et de l'industrie pharmaceutique mais nous en vivons ses conséquences sur le destin des enfants en difficulté, conditionnés dans la case handicap, seule alternative pour bénéficier de soins pris en charge dans le médico-social.

Si l'étiquette handicap permet de bénéficier d'aides sur le plan scolaire, rééducatif et social, elle met l'enfant en situation de discrimination, ce qu'il vit douloureusement dans son milieu scolaire où il est fréquemment stigmatisé.

Mettre en avant la dimension psychosociale des difficultés de l'enfant ne veut pas dire le refus des neurosciences dont nous avons à nous enquérir dans la formation continue. Mais aux dires des chercheurs, les neurosciences ne sont pas encore à même de justifier l'hégémonie usurpée du trouble neurodéveloppemental.

Livres du Dr Thierry DELCOURT, pédopsychiatre:

- La fabrique des enfants anormaux, Max Milo (2021)
- Je suis ado et j'appelle mon psy, Max Milo (2016)

Proposition clinique: Enfant de la psycho-névrose. Par ADELIN METTEN

Nous voyons fleurir ici et là des enfants de la psychanalyse, des enfants de la psychiatrie ... Enfants guéris ? Qu'en est-il des enfants de la psychose et de la névrose ?

Ces enfants sont nés d'hommes et de femmes, couples, souffrant de symptômes au quotidien, rendant difficile leur adaptation à la réalité, réalité interne, réalité externe, nouage entre les deux, entre-deux.

L'expérience de la réalité se ferait par trois canaux :

- par la conjugaison des perceptions (visuelles, olfactives, auditives, sensibles) dans une sorte de synchronie perceptive, l'enfant percevant, éprouvant et le parent percevant en lui-même les traces, le souvenir des mêmes perceptions, (quand il en retrouve le souvenir), avec le langage qui peut nommer ces événements perceptifs.

Le souvenir perceptif du parent peut-être lié à d'autres traces mnésiques, contextuelles, environnementales, et qui élargissent la palette des perceptions de l'enfant depuis son actualité vers des traces historiques familiales et parentales c'est à dire un style perceptif. Il y a alors adjonction du style perceptif de la figure parentale au style perceptif du bébé qui peuvent se nourrir l'un l'autre dans le meilleur des cas.

- par l'effet de l'absence de la mère, du père, d'une figure parentale, des deux en même temps, empreinte en négatif de ce qui a existé de manière perceptive,

- puis par ré-intégration interne, formant de construction psychique interne, représentation interne de l'externe.

Ainsi pourrait avoir lieu la construction d'une réalité psychique interne. Cela se produit en toute inconscience puisqu'au moment où ces événements ont lieu, ils se vivent et ne s'analysent pas. L'analyse, la méta-représentation, de ces événements psychiques aura lieu à distance, notamment lors de la rêverie diurne ou nocturne et qu'opère la métabolisation psychique des éléments restés en suspens.

Ainsi pourrait aussi avoir lieu l'intégration interne d'une représentation d'une figure parentale devenue réalité elle-même, imago parentale : « *prototype inconscient de personnages qui oriente sélectivement la façon dont le sujet appréhende autrui ; il est élaboré à partir des premières relations intersubjectives réelles et fantasmatiques avec l'entourage familial. Représentation inconsciente, schème imaginaire acquis, cliché statique à travers quoi le sujet vise autrui. (...) oriente comme des vecteurs la lecture de ces liens. Elle ne doit pas être comprise comme un reflet du réel, même plus ou moins déformé* ». Vocabulaire de la psychanalyse (PUF p.196). Nous ajouterons même que de ce réel personne ne peut vraiment en avoir idée qui se prétendrait strictement réellement exacte, puisque le style perceptif de chacun donnera une idée de ce réel de telle ou telle personne.

Enfin, l'enfant construit son rapport à la réalité selon ses rencontres avec différents protagonistes d'une société plus élargie, au cours de son développement. S'il a une chance de rencontrer un maximum de personnes dont le rapport au réel varie, et qui ont à faire avec ses parents, alors l'on peut penser de prime abord que cet enfant va finir par percevoir des éléments de réalité de ses parents, et finit de se construire une représentation parentale plus juste : la sienne.

Cela paraît souhaitable.

Ces conjugaisons et grammaire de la vie, peuvent être asynchrone dès le début de la vie du bébé parce qu'un parent ou un bébé s'absente de la relation de manière très radicale, désynchronisés en raison d'évènements de la vie impactant la réalité externe et interne de la figure parentale ou du bébé. L'identification de ces enfants à leurs figures parentales rend le monde extérieur hostile d'une manière ou d'une autre et les empêche de s'y intégrer avec confiance et désir de nouer des liens. Il en résulte une géographie qui laisse libre court à toutes sortes d'imaginations comme celles qui représentaient au-delà de la ligne d'horizon de la terre plate du XVème siècle, les pires monstruosité.

Le poids des vecteurs parentaux vers une interprétation non seulement erronée mais persécutante de la réalité est telle qu'elle peut l'emporter, et que le compromis avec d'autres lectures de la réalité est impossible sauf à séparer ces antagonismes et d'en accepter les grands écarts en formant quelque chose de l'ordre de « *c'est à la fois cela et autre chose* », ou du « *mais quand même* ».

L'absence de l'émergence de la zone de l'imaginaire autre dans le développement de l'enfant, ainsi que l'insomnie qui est du registre de la terreur que peut inspirer la vie psychique interne c'est à dire le rêve, devient une sorte de protection de la persécution supposée exercée par le monde à l'égard du sujet. Pris en sandwich entre un monde externe persécutant et un monde interne menaçant, le moi se replie en feuillet en deux dimensions où l'épaisseur d'un corps interne n'existe plus et le monde externe et le temps qui passe n'ont plus de prise. Il s'agit d'une survie dans l'attente de conditions dans le milieu de vie plus favorables à l'émergence de la vie psychique et physique.

Une difficulté dans la psychothérapie va justement consister à donner à la figure du thérapeute un poids de vecteur vers la réalité d'une ampleur quasi équivalente et je dirais quasi de la même durée que ces années d'enfance jusqu'à l'adolescence au moins (soit dix ans...).

Premièrement le temps fait son apparition par la durée de la séance, la synchronisation réapparaît par le rythme des séances.

Deuxièmement, la géographie avec l'espace peut exister par l'existence de l'espace du cabinet. Ces deux pans seront cousus.

Troisièmement l'analyste accorde au vécu perceptif de son patient une valeur de réalité psychique interne, ce qui permet à cette zone de se revitaliser par une sorte de légitimation.

Puis l'analyste accepte de repasser par les zones perceptives infantiles pour co-percevoir avec le patient son actualité, et proposer un autre style perceptif, une autre interprétation de la réalité, un autre, extérieur au huis clos familial fermé au monde. Lentement un tricot se met à exister qui remonte doucement, passant et repassant, par présent et passé, le lit des souvenirs. (Un patient me disait récemment : « *vous êtes un pont* »).

Une confiance s'établit progressivement, un apprivoisement de l'enfant resté sauvage, qui prend de l'ampleur, acquiert une quadri-dimensionnalité c'est à dire trois dimensions et le temps, l'imaginaire et le fantasmatique repliés se déploient doucement, la terre devient plus ronde, les éléments géographiques se découvrent progressivement et la menace externe et interne s'amenuise.

Il est ainsi permis à l'enfant de la psycho-névrose parentale de modifier ses percepts internes et de construire une nouvelle cartographie historique moins menaçante.

Voilà il me semble l'un des aspects possibles de notre travail : de permettre aux enfants souffrant du trop de névro-psychose parentale une autre voie, pour se dégager une existence : la leur.

En 2004 est paru un ouvrage, jusque-là non publié, d'Alexandre Kojève sur l'autorité. L'auteur en distingue quatre types chez les êtres humains. De manière très schématique, il s'agit de l'autorité du Juge, celui qui est le plus savant, du Maître, celui qui est le plus courageux, du Chef, celui qui est le plus visionnaire et du Père, celui qui a engendré. Bien sûr cette distinction est contestable - ne serait-ce que parce que l'auteur ne parle que de raisons très intellectuelles d'accepter l'autorité d'autrui - mais elle a le mérite d'être très simple et donc très maniable. D'emblée on voit que l'autorité du Père ne se superpose pas bien aux trois autres. Le Père doit son autorité au simple fait... d'être Père, de son antériorité, de son ancienneté en somme. Nul besoin qu'il soit doté, au contraire du Juge, du Maître ou du Chef, de qualités particulières ou exceptionnelles pour cela. Cela confère à son autorité un aspect irrationnel, voire absurde. Le passé disposerait d'une autorité parce qu'il est cause du présent qui sans lui n'existerait pas.

Dans la pratique, cette autorité est un des fondements de l'autorité d'une génération antérieure sur la génération suivante, « *le privilège de l'âge* » utilisé parfois pour départager des ex-aequo à une élection. On la retrouve régulièrement dans ce propos tenu par certains parents à leurs enfants récalcitrants : « *c'est moi qui t'ai fait !* ». Que répondre à cela ? Cela ne va pas sans une certaine tension.

En effet, quiconque veut bien prêter aux enfants une oreille attentive se rendra vite compte que beaucoup d'entre eux trouvent que, dans le fond, les adultes ne sont ni forcément les plus savants, ni nécessairement les plus visionnaires et encore moins immanquablement les plus courageux. Et pourtant il faudrait malgré tout se soumettre à leur autorité car « *c'est eux qui nous ont faits* » ? La clinique quotidienne – l'Histoire également – montre que cela ne va pas de soi pour un certain nombre d'entre eux et qu'occasionnellement des révoltes surviennent. En parallèle, dans un court article de 1952, « *Le Père Noël supplicié* », Claude Lévi-Strauss fait l'hypothèse que les générations postérieures sont souvent considérées avec méfiance par les générations antérieures, car associées à des forces occultes, non civilisées et difficilement maîtrisables. Le propos de l'auteur porte plus particulièrement sur les enfants mais on constate que cette méfiance persiste également entre adultes de génération différente. Par exemple dans le monde du travail il n'est pas rare que des salariés ayant de l'ancienneté vivent très mal le fait d'avoir un responsable bien plus jeune qu'eux, surtout quand ce responsable veut changer les pratiques.

Le rapport générationnel peut facilement se marquer du sceau du conflit et le monde de la psychiatrie n'a aucune raison d'y échapper. Régulièrement, nous entendons des histoires de transmission de chefferie de service tournant au vinaigre entre l'ancien et le nouveau chef. J'en ai personnellement fait l'expérience quand, jeune praticien hospitalier ayant pris la responsabilité médicale d'un CMP, une collègue psychologue ayant près de trente ans de présence dans le service m'a accusé de velléité de « *destruction* ». Avec le recul, je ne peux pas lui donner tort : j'avais le souhait d'impulser certains changements, qu'en toute bonne foi je jugeais utiles, et tout changement implique nécessairement une disparition de l'existant, donc une destruction en quelque sorte.

Si un rapport de transmission entre générations s'avère problématique, on peut faire l'hypothèse qu'il s'agit de la transmission du pouvoir, débouchant par la suite sur un conflit d'autorité. En effet, une pure transmission de savoir a moins de raisons d'être conflictuelle : le transmetteur ne se dessaisit pas de son savoir à la fin de l'opération et le récepteur accepte librement ou pas la transmission. S'il ne la souhaite pas, cela n'a aucune raison d'affecter le transmetteur, sauf peut-être dans son amour-propre. Certes, on pourrait imaginer un transmetteur ne voulant pas transmettre son savoir, au grand dam du récepteur mais cela semble très douteux. Dans le cas particulier du savoir psychiatrique, on a du mal à voir ce qui pourrait motiver à ne pas le transmettre, sauf s'il s'agit là encore d'une question d'amour-propre.

Les générations sont-elles donc condamnées à lutter pour le pouvoir ? Il est facile quand on est membre d'une génération d'envisager la génération antérieure ou postérieure comme

uniforme, « *une* »; les anciens voyant les plus jeunes comme des hordes de barbares prêts à envahir leur paisible contrée bâtie avec tant d'efforts, nécessitant d'être civilisés et mis dans le droit chemin; les plus jeunes voyant les anciens comme des nantis obsolètes s'accrochant jusqu'à la dernière miette à leurs privilèges, déconnectés de la réalité actuelle et nécessitant eux aussi d'être remis dans le droit chemin.

Sortir de cette opposition, stérile d'un côté mais certainement très opérante vu qu'elle se répète souvent, implique certainement que l'on se pose plus largement la question du pouvoir en psychiatrie mais aussi celle de ce « *droit chemin* ». Il existe certes des appétits personnels de pouvoir pour le pouvoir chez certains psychiatres comme chez tout le monde mais, le serment d'Hippocrate aidant, il est probable que la plupart du temps la recherche de ce pouvoir ait pour but ultime la possibilité de mise en place de pratiques que l'on juge « *bonnes* ». Le souhait de transmission repose aussi souvent sur cela : transmettre de « *bonnes* » pratiques, transmettre le pouvoir de les mettre en place. Cela ouvre la question de la finalité de nos actes, et force est de constater qu'à ce jour personne n'a la réponse, sinon comme dans le reste de la médecine, les pratiques s'uniformiseraient peu à peu d'elles-mêmes, sans avoir recours à une Haute Autorité.

Cela en soi devrait suggérer un peu de modestie à tout psychiatre : de 7 à 77 ans voire au-delà, nous sommes tous en face des mêmes doutes. Nul nécessité de s'affronter, pas en permanence tout au moins.

Transmission pour une gériopsychiatrie de libre pratique: « à partir de quand naît-on ou n'est-on ? » Par Frédéric AUMJAUD

Transmettre c'est déléguer à autrui et, en l'occurrence pour la gériopsychiatrie clinique, il y a l'idée que, ces savoirs, savoir-faire, savoirs être ne sont en fait que l'expression de celui qui interroge ou propose. Cette proposition de savoirs doit être reconnue avec ses fragilités que lui impose un temps qui poursuit son chemin. Ainsi, pris dans cette dimension diachronique, pour évoluer, il convient de s'attendre à ce qu'il y ait eu naissance. Officiellement, si la psychiatrie de la personne âgée est née en 2017 en France, dans les couloirs gravidiques de nos administrations, le cursus des impétrants qui l'exerceraient n'est en fait qu'en gestation. Les universitaires se réunissent encore pour que les gamètes ne produisent pas un nouveau monstre qui ne serait pas compatible avec le reste de la fratrie des psychiatres. En fait, il n'y a pour le moment qu'un faire-part de rien, pour une naissance officielle. L'autorisation « que de soi-même » pour un psychiatre le renvoie à lui-même, dans cette affaire d'être un psychiatre de la personne âgée.

En attendant, un morceau de cette discipline, en gestation, quoique née, se poursuit tant bien que mal. Les psychiatres non universitaires, mais institutionnels ont développé en réaction, le plus souvent, une pratique de récupération. Ils s'occupent des exclus dits âgés, devenus trop dépendants et, surtout de ceux qui se témoignent par des troubles du comportement. Les gériatres et les neurologues s'occupent des symptômes médicaux, neuro-psychologiques, sociaux et suivant leurs appétences des traits psychiques en collaboration avec des psychologues cliniciens. Le paquet dépressif est facilement retrouvé pour soigner ce qui est compris comme le résultat de déficits non acceptés. Les « têtes perdues » sont ainsi rassemblées pour ne pas déranger ailleurs. C'est dans ce contexte psychogériatrique que les psychiatres institutionnels se retrouvent pris dans des urgences de type « patate chaude ». En cela, ils retrouvent ce statut d'aliéniste qui enferme. Ils ont longtemps été les gardiens du souvenir, dernier lieu des maisons de tolérances, derniers lieux de vie des « inadéquats » d'une société qui ne vit que l'accélération du jeunisme ! Ainsi pris dans les urgences et le manque d'effectifs et de moyens croissants, ces psychiatres institutionnels ont laissé la recherche clinique de côté. Pris dans ce piège, un regard intéressé des autres professionnels à la sensibilité gériopsychiatrique s'est amplifié. Certaines équipes psychiatriques arrivent à travailler en transdisciplinarité avec ces psychogériatres, non-psychiatres. Afin d'être objectif, retenons cependant la formidable évolution en soins gériopsychiatriques qui s'est produite depuis quarante ans.

Les psychiatres de libre pratique quant à eux, « non formés-déformés », ne se sont jusqu'ici que très peu intéressés à cette clinique du Sujet Vieillissant Âgé (SVA). Quoique vieillissants, les psychiatres dits de ville ne sont pas encore très nombreux à organiser les accueils, les soins et l'accompagnement des plus âgés. Il n'y a pas de mal à comprendre que de s'occuper de sa souffrance psychique et de ses propres finitudes est moins attrayant que de participer à l'apaisement des symptômes de contemporains ou surtout de favoriser l'espoir de potentiels autrui, plus jeunes civilement.

La pratique de la « psychiatrie de la personne âgée », mérite d'être regardée de plus près et autrement, dans sa pratique de ville qui n'est pas celle des psychiatres institutionnels. Pour cela, il convient de changer de lunette de lecture et être un peu fou pour s'actualiser à l'aune de ceux qui ont une histoire de vie souvent plus longue que celle du praticien. La clinique gériopsychiatrique se caractérise par un intérêt et des connaissances dans le médical, le social, le neuropsychologique et le fond de personnalité. Le métier de psychiatre est tout indiqué pour que s'expriment les capacités d'analyse et de synthèse avec des orientations plus spécifiques en fonction des intérêts personnels. Le diagnostic invite ainsi à la pluralité des accompagnements où le psychiatre de libre pratique a sa place spécifique, celle d'être là. Dans cette fonction, le praticien prend en compte les réalités médicales, neuropsychologiques et sociales à la mesure de cette accumulation variée. Ensuite, il les intrique sur des personnalités aux références multiples. Ce n'est pas pour cela qu'il doit se retrouver dans l'obligation d'intervenir dans ces champs-là. Il fait référence, quelles que soient les

circonstances, à la liberté individuelle qui peut persister même chez des « têtes perdues ». Ce n'est dans un deuxième temps et seulement au besoin pondéré qu'il la confrontera à l'actuel. En effet, les caractéristiques des psychiatres installés se retrouvent dans cette inscription d'un socius avec des points de références culturelles indispensables qui viennent colorer les connaissances théoriques que de longues études ont permis d'accumuler. La vie vécue apprenant que ces connaissances ne peuvent pas être que des boucliers par-excitatifs devant la folie et la mort. C'est bien par la prise de recul par rapport à ce qui fait co-naissance après le quitus universitaire et administratif que le travail d'accompagnement dans la durée, en un même lieu, par la même personne pourra avoir du sens. L'avance en âge après le passage du faitage de vies dans la réalité n'est pas uniquement une lecture des aménagements que le Sujet Vieillissant Âgé peut avoir de sa baisse de performance.

L'espace de liberté que le « consultant-consulté » peut venir rechercher en cabinet de ville est ainsi compris comme un lieu d'expression de sa propre liberté. Après l'âge du « fait-âge » il convient d'ajuster pour que la liberté individuelle puisse prendre un véritable essor, mais, avec un référentiel qui n'est plus celui imposé par ceux qui ont encore besoin de courir pour conquérir.

Donc, pour un psychiatre de libre pratique, la formation médicale et sa trace mnésique sont indispensables pour qu'il puisse accepter, avec prudence qu'il ne lui soit pas nécessaire d'en connaître forcément les pleines réalités qui accompagnent ce SVA. De la même manière, connaître les lois sociales et les possibilités offertes pour améliorer les pertes d'autonomies dues à l'avance en âge ne sont pas là forcément pour que ce soit le praticien qui les mette en action. C'est dans cette reconnaissance d'une personnalité avec ses caractéristiques de fragilisations et de vulnérabilités grandissantes qu'il est ainsi possible d'être celui ou celle qui donne rendez-vous, pour accompagner une éventuelle recherche d'une autre disposition de vie que j'appelle "l'enclin". De cette large expression d'une pratique à son extrême, le praticien en est alors gérontopsychiatre. Le psychiatre de libre pratique évolue donc en fonction des circonstances dans une gamme qui va de la psychogériatrie en recherche de réalités, à la gérontopsychiatrie qui s'apparente davantage à son travail habituel de clinicien en cabinet. Néanmoins, plus les dépendances s'accumulent et plus les notions systémiques s'imposent, des points de butées viennent souvent limiter les possibilités de fonctionnements gérontopsychiatriques, le praticien doit trouver sa place dans un travail systémique. La place du psychiatre est alors à revoir avec ces paradigmes.

En résumé, le praticien en cabinet de ville doit bien se reconnaître dans son statut et son rôle de clinicien qui écoute, informe, sans pour autant être forcément interventionniste. Savoir pondérer toutes les prescriptions possibles, qu'elles soient médicales, neuropsychologiques ou sociales, car souvent il est question d'accompagner. Les SVA renvoie à notre propre difficulté de reconnaître et appréhender l'âge qui avance. Ils invitent à repenser la clinique au regard principalement tourné vers les notions de pertes.

La quête néoténique entretenue par notre imaginaire et le scientisme contemporain nous a trop fait oublier notre condition de mortel. Replacer la fin de la vie dans son contexte d'historicité de vie, permet que les rendez-vous en cabinet soient un temps de soulagement certes, par évacuation, mais aussi par reconnaissance d'avoir été entendu en toute liberté pour engendrer, si possible, une autre construction de vie.

Frédéric Aumjaud, Gérontopsychiatre de libre pratique en « retraitement ».

Migrants chercheurs de refuge. Par Olivier BRUNSCHWIG

Qui peut croire, en 2021, qu'une réflexion sur ce qui est couramment représenté par le vocable « phénomène migratoire », et ses implications en termes de santé, serait réservée aux soignants rencontrant, par profession ou activité choisie, des personnes désignées comme « migrants » ? Autrement dit, la question centrée par la migration et la recherche de refuge est une option, à laquelle il serait possible de ne pas penser ?

Ce 16 octobre dernier, au local de l'Affpep-Snpp à Paris, les trois concepteurs et intervenants de la formation proposée par l'ODPC-PP, « *Santé mentale et migration : spécificités de la clinique avec les migrants, demandeurs d'asile, réfugiés* », nous ont formidablement fait entendre à quel point un tel positionnement est illusoire, et à quel point les problématiques vécues par les personnes concernées et celles qui les accueillent, entrent en résonance avec toutes celles rencontrées par tout psychiatre, psychothérapeute ou soignant, dans son exercice avec chaque patient ; quel que soit son contexte actuel de vie. Errance, exil, recherche de refuge... Quel « psy » pourrait prétendre s'absoudre d'une réflexion sur ces questions ?

Ce qui apparaît après coup aux participants comme une sorte d'introduction, tant le sujet est vaste, a été animé par : **Françoise Labes**, psychiatre, psychanalyste à Paris, bénévole à la permanence Médecins du Monde ; **Marie-Caroline Saglio**, anthropologue, psychologue clinicienne, professeure à l'INALCO, consultante en psychotraumatologie à l'hôpital Avicenne de Bobigny (Seine-Saint-Denis) ; **Bertrand Piret**, psychiatre à Strasbourg, fondateur de « Paroles sans frontières ». Quelques points saillants, centrant le propos de chacun des intervenants, exposés puis discutés, ont particulièrement retenu mon attention :

Les différents statuts conférés aux personnes migrantes arrivant sur le sol français, les dispositifs et structures étatiques existants et les méandres administratifs qu'il leur faut suivre.

Les effets majeurs et constants du psychotraumatisme vécu au cours du parcours de migration ; il faut d'ailleurs parler de psychotraumatismes pluriels, tant ils sont produits aux différents temps de l'exil mis en acte, et sont donc de construction chaque fois singulière ; mais leurs effets restent cumulatifs : au départ, lors du trajet, à l'arrivée, et lors de diverses situations pouvant faire répétition traumatique.

Les véritables chiffrages de comptage de ces mouvements de population, bien différents de ce qui est couramment diffusé dans les médias, et qui bien sûr ne représentent jamais un risque de déstabilisation sociale nationale ou européenne, par effet de masse ou par coût financier insupportable.

L'exploration critique de l'ethnopsychiatrie et de son corollaire, la pensée occidentalocentrée, qui ont longtemps dominé l'abord conceptuel et soignant de ces situations. De passionnantes références historiques et bibliographiques sont indiquées, pour prolonger la réflexion.

L'importance, pour les soins, d'une implication de la dimension de l'agir corporellement. Notamment la mise en place d'ateliers où les personnes accueillies peuvent tisser à nouveau du lien humain, sans être barrées dans leur élan par l'obstacle de la langue étrangère.

Les effets majeurs de la traduction, de l'interprétariat, et le maniement du recours à un tiers dans le soin en langue étrangère. On constate d'importantes conséquences dans l'agencement du transfert, lorsqu'il y a dimension psychothérapeutique, et en tout cas dans le développement des relations avec les personnes accueillies et les soignants.

Le caractère central, essentiel et permanent de l'implication de la langue et de la parole dans la constitution des soins et des relations entre les personnes concernées, quelle que soit leur place.

Le foisonnement d'idées issues de l'expérience et de l'engagement des intervenants, le sens qu'ils donnent à leur action pourrait, arbitrairement mais de façon très représentative, être résumé par cette phrase de l'une d'entre eux : « *Le but de notre action est de réanimer l'imaginaire, pour revivifier la dimension signifiante qui a été complètement écrasée* ».

Les participants sont repartis imprégnés de ce foisonnement, qui suscite le désir de poursuivre dans cette perspective.

Certains aspects restent à explorer, notamment la dimension transgénérationnelle, rencontrée lorsque par exemple le psychiatre est sollicité par un descendant de migrant. Et l'on mesure à cette évocation une fois de plus à quel point la question de la migration concerne un grand nombre de patients. Peut-être une future formation à développer ? Quoi qu'il en soit, je recommande à toutes et tous de participer aux formations sur ce thème, qui seront proposées prochainement par l'ODPC-PP.

REGARDS SUR LE PASSÉ

Quelle représentation pour quel enfant sauvage ? Par Jérémie SINZELLE

Bien souvent, après avoir bien travaillé avec un patient, ou bien après quelques rencontres qui peuvent nous sembler à première vue infructueuses, nous nous interrogeons. Qu'est-il arrivé à mon patient, à cette femme, à cet homme, à cet enfant ? Nous ne faisons qu'accompagner nos patients sur une période de leur vie, plus ou moins longue, ou plus ou moins courte. Cependant, inhérent à notre rôle de médecin, nous gardons pour nous certaines interrogations, fondamentales dans l'approche humaine et empathique, mais le respect de la relation dans le cadre de notre intervention clinique nous interdit d'en rechercher à tout prix les réponses : qu'est-il arrivé à mon patient ?

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, il n'y pas que les enfants qui sont concernés par ces questions. En effet, dans notre pays, les enfants sont encadrés, choyés, entourés et, d'une certaine manière, ils sont assez sur-veillés, ces enfants-rois. Beaucoup de professions ont la tâche d'aider les enfants, et ainsi de nombreuses personnes sont amenées à s'interroger sur les troubles mentaux.

Mais parfois le grand public se passionne, et, en tout cas en France, une histoire paradigmatique continuera à susciter débats et interrogations. Nous avons la chance dans notre pays d'avoir en héritage une histoire où tout le monde se sent un peu pédopsychiatre. Cet enfant, nous avons tous été à son chevet.

LE SAUVAGE DE L'AVEYRON D'ITARD

Après avoir été nommé Rodolph sur le chemin de Saint-Sernin sur Rance (Aveyron) à Paris, bien entendu, nous connaissons cet enfant sous le nom de Victor (1789-1828), prénom tardif donné par son médecin, ou plutôt chirurgien otorhino « référent » Jean-Marc Gaspard Itard (1774-1838). Un sympathique jeune homme à l'enfance difficile, qui, après avoir servi la révolution à Toulon comme chirurgien militaire, gagne Paris et obtient la garde médicale du Sauvage de l'Aveyron.

Présenté par l'Abbé Pierre-Joseph Bonnaterre (1752-1804) au Monde comme un cas à étudier par la science naturaliste, cet enfant, plutôt que solitaire et bestial, était bien connu par les habitants de la région de Lacaune (Tarn) d'où il était probablement originaire. Il est d'ailleurs possible de suivre les chemins de l'Enfant Sauvage à cheval sur le Tarn et l'Aveyron, départements créés seulement une semaine avant sa « capture » le 8 janvier 1800, sur la demande du Préfet tout nouvellement nommé (en fait, la fonction venait d'être créée elle aussi...).

L'histoire retiendra que l'enfant, sans tuteur légal, fut placé sous la protection du Ministre de l'Intérieur Lucien Bonaparte (1775-1840) puis Jean-Antoine Chaptal (1756-1832) ; mais que les besoins de la science exigeaient qu'il fût examiné par la Société des Observateurs de l'Homme, dont un des objectifs était de remettre en selle les personnalités dans le domaine des Œuvres aux enfants qui furent mises à l'index après dix ans de Révolution.

Cet enfant fut ensuite confié à l'Institut des Jeunes Sourds créé par Charles-Michel [Abbé] de l'Épée (1713-1789) où Itard le prit sous son aile. Il rédigea deux rapports où ce qui frappe le lecteur est la capacité d'Itard à se projeter à la place de cet enfant, tout sauvage qu'il fût, dans une époque, si violente qu'elle fût, et malgré les priorités affichées à d'autres problématiques. Il était attentif à ses joies, ses émerveillements. Il vécut avec lui, et Madame

Guérin, son éducatrice attirée. L'intégralité des textes contemporains de l'Enfant Sauvage de l'Aveyron se retrouvent dans le recueil auquel s'est consacré le pédopsychiatre Thierry Gineste (cf. Infra).

Même si le bon chirurgien Itard ne put proposer d'intervention adaptée pour lui (re)donner ouïe et parole, il a su lui donner une voix, déchirante à travers les siècles, en nous montrant que cet enfant n'est pas sauvage, mais que c'est un enfant...

Qui sait ce que le monde moderne lui aurait attribué comme diagnostic à la sauce genevoise ou chicagienne. Pinel ne fut pas tendre avec lui, allant jusqu'à lui dénier la dignité d'être humain, lui qui était si ouvert avec les adultes. Victor Hugo habita à Paris dans la même impasse des Feuillantines à quelques numéros (n°4 Guérin, n°12 Parents de Hugo), tout près de l'Institut des Jeunes Sourds quand Victor de l'Aveyron en fut renvoyé pour masturbation intempestive. On trouverait sa trace dans *Les Misérables*: « *le monstre qu'il nomme le sourd* ».

L'intérêt de cette histoire est cependant d'avoir ouvert le monde des sciences et de la médecine sur le fait qu'un enfant auquel manque des habiletés peut connaître des joies et des souffrances. Victor vivra jusqu'à l'âge de 40 ans et s'éteignit dans les bras de Madame Guérin, restée à son service, et toujours rétribuée par le ministère jusqu'au bout. Mais, en attendant les travaux de Sante De Sanctis (1862-1935) le mentor de Maria Montessori, il faudra encore un siècle pour que l'on puisse aborder la question des troubles mentaux chez l'enfant, après une longue période où l'on estimait qu'un enfant, être incomplet, ne pouvait délirer et ne pouvait présenter qu'un syndrome relevant de la défectologie et du retard de développement. Une des rares voix discordantes fut celle d'Édouard Séguin (1812-1880), pendant sa jeunesse instituteur des idiots de Bicêtre et qui s'imprégna de l'enseignement d'Itard sur son lit de mort. Il fut le modèle de Maria Montessori (1870-1952) et Edward Seguin, accusé à tort d'exercice illégal de la médecine, devint en exil, le fondateur français de la pédopsychiatrie américaine.

La question du destin de l'enfant et de ses rêves sera par la suite la grande affaire du vingtième siècle, de Freud à Dolto...

L'ENFANT SAUVAGE DE TRUFFAUT

Pris comme un secret d'état, ou une bête précieuse pour la science naturaliste en voie de devenir humaniste, une des caractéristiques de notre Victor est d'avoir suscité plus de questions que de réponses. Le mythe de l'anachronisme d'une médecine moderne qui eût pu répondre à cette question enracinée dans l'époque Bonapartienne plus que Napoléonienne suscita le désir de rejouer la partie. Et pour cela, quoi de mieux qu'un projet de film, le plus réaliste possible?

François Truffaut (1932-1984), dont, on le sait aujourd'hui, une des clés de compréhension est l'enfance et les origines (les siennes en l'occurrence), mena à bien son projet de réactualisation de la question de l'enfant sauvage en 1970. Plus contemplatif que « Les 400 coups », mais aussi plus travaillé esthétiquement, sans parler du voyage dans le temps que nous font emprunter non pas les décors (restés identiques rue Saint-Jacques), mais les costumes d'époque, le film « L'Enfant sauvage » allait s'exporter et susciter l'empathie de tout le continent Ouest-Européen, malgré son absence de réponses sur le diagnostic et l'étiologie des troubles de l'Enfant sauvage.

Outre la sincérité, un peu poussive, qui contraignit Truffaut à devenir comédien pour l'occasion (sous les yeux de sa compagne de l'époque la dénommée Catherine Deneuve), afin de mieux diriger le jeune comédien jouant Victor, un des coups de maître, discret mais durable de ce film n'est pas l'angoissant *Concerto pour Mandoline* de Vivaldi, mais bien le travail réfléchi et assumé de casting, assuré par le regretté Jean-François Stevenin (1944-2021), tout

récemment décédé. Après HEC, divers petits boulots, et son ascension progressive dans les métiers du cinéma, son choix se focalisa sur un enfant, crédité au générique sous le nom de Jean-Pierre Cargol (né en 1957), qui était déjà familier des caméras et des vedettes. Cet enfant, aussi brun que Victor était mat (en provençal mat = fou), est bien entendu le centre de l'œuvre de Truffaut.

Le message de Stévenin est de nous montrer, pas seulement que l'enfant sauvage est bien humain, mais que les gitans sont aussi bel et bien de notre terroir. La question de l'altérité de l'un rejoint celle de l'altérité du peuple migrant. Ils sont nous, nous sommes eux, depuis longtemps déjà. Enfants, lors des diffusions obligatoires de ce film dans les écoles des années 1970-1980, nous pensions d'ailleurs que ce film (en noir et blanc) aurait été réalisé lors de la Révolution française (!), mais nous aussi, comme tout le public séduit par cet enfant, nous nous pensions médecins, à élaborer les stratégies pour que cet enfant bizarre nous adopte, comme parent...

Qu'est devenu notre patient commun? Aucune idée. Trop mystérieux. L'enfant sauvage n'est-il pas entièrement mystérieux? Sans diagnostic, sans traitement efficace autre qu'une famille monoparentale (ou presque), et qu'en est-il de sa vie adulte (car le film n'aborde pas cette question: Victor décédera vers l'âge de 40 ans dans les bras de Madame Guérin, interprétée par Françoise Seigner), cette histoire a suscité de nombreuses vocations afin de répondre à cette question.

L'ENFANT SAUVAGE AUJOURD'HUI

Qu'est devenu notre patient commun? Comment va Jean-Pierre Cargol?

Il suffit de quelques clics pour réaliser que, derrière son nom de scène, cet enfant acteur s'appelle dans son quotidien Rey Baliardo. C'est le fils d'Hippolyte Ballardo (1929-2009), frère de Manitas de Plata (né Ricardo, 1921-2014), le grand virtuose de la guitare flamenco du siècle dernier. Aucune personnalité ne lui était étrangère. Cette superstar française était reconnue dans le monde entier comme le gitan le plus respecté de la planète, à l'égal d'un Charles Bronson ou d'un Yul Brynner. Compagnon de Brigitte Bardot, on ne peut raisonnablement présenter cette légende à ceux qui n'ont pas entendu ses « petites mains d'argent » transformer six cordes en orchestre symphonique. Parti de rien, sa famille française, de vieille souche andalouse caló, apprit le Cante Hondo (le chant profond) à Salvador Dalí ou à Marlon Brando.

Les jeunes des familles Baliardo et Reyes furent engagés par Enrico Macias (1938-) à ses débuts, pour renforcer la part andalouse de sa musique nord-africaine. Expression vivante de la diaspora andalouse, les enfants guitaristes Baliardo, parce qu'ils étaient, selon la tradition Tzigane, des « *enfants-rois* », mais aussi parce qu'ils se sont alliés par le sang aux enfants *cantores* Reyes, furent appelés un jour par une américaine de passage qui ne maîtrisait pas toutes les langues du lieu, les « Gipsy Kings ».

Après les succès mondiaux que nous connaissions tous, le groupe s'est finalement séparé et l'un de ses membres, Chico Jahloul Bouchikhi (1954-), apparenté lui aussi au clan Reyes (il était le mari de Marthe Reyes) et natif d'Arles créa sa propre formation, Chico and the Gypsies, dont Rey Baliardo fit partie jusqu'à l'été dernier. Un documentaire de l'émission Strip-Tease lui fut consacré en 2002 et l'on peut, par méconnaissance, passer complètement à côté du parcours exemplaire de cette famille musicienne et de leur emploi du temps de globe-trotters.

D'origine maroco-algérienne, Chico est issu de la diaspora andalouse d'Afrique du Nord, mais un drame familial le plaça malheureusement au centre du grand jeu du Moyen-Orient. Pris par erreur pour un terroriste de Munich, son frère Ahmed fut éliminé par les services d'action extérieure de l'armée israélienne en Norvège en 1972. Shimon Pères s'en excusa en

personne auprès de Chico, au nom de l'État Hébreu en 1994 lors du premier anniversaire des accords de paix d'Oslo en présence de Yasser Arafat. L'engagement de Chico en faveur de la paix au Moyen-Orient lui assure une place de choix au sein des Chevaliers de la Légion d'Honneur, dont il fut décoré par le président Hollande en 2016.

Nous verrons dans les prochaines années ce que suscitera et où se situera le récit de l'Enfant Sauvage, pour les nouvelles générations. En attendant, l'aventure des Gypsies continue, avec Arles au centre de leur monde et les souvenirs de la rue des Douaniers. La génération suivante est prête à reprendre le flambeau, avec les New Gypsies. Où est leur quartier général? Au Patio de Camargue à Arles. Nous y étions le mois dernier pour fêter les 50 ans de l'AFPEP-SNPP. Olé !

Références.

- Laure PRADAL. Strip Tease, Documentaire L'Enfant Sauvage. RTBF 2002. (11:44)
- Christina RODEN, Nicolas REYES. Talks about the history and the future of The Gipsy Kings. Rootsworld.
<http://www.rootsworld.com/rw/feature/gipsykings.html>
- Thierry GINESTE. Victor de l'Aveyron: Dernier enfant sauvage, premier enfant fou. Le Sycomore 1981. Fayard Pluriel 2010. 649p
- Mathilde LÉVÊQUE, Déborah LÉVY-BERTHERAT. Enfants sauvages, Représentations et savoirs. Hermann 2017.
- Jean-Luc CHAPPEY ET AL. Dossier: Usages de l'enfant sauvage. Revue d'Histoire des Sciences Humaines N°38. Éditions de La Sorbonne 2021.

Je me souviens de Steinhof... Par Agnès OUVRARD



Steinhof, « mais qu'est-ce donc ? », penseront certains. Un lieu, où donc ? Une œuvre d'art ? Un artiste ? Un hôpital ? Psychiatrique ? Il y en a tant : pourquoi en parler ? Pourquoi s'en souvenir ?

Commençons en chanson : *J'ai la mémoire qui flanche... J'me souviens plus très bien.*

Acte 1.

Ce qui me revient : Avril 1989, Vienne, matinée froide, grise où la pluie menace. Souvenir flou d'un improbable arrêt de bus sur

une rue - route ?- aux confins de la ville. Ma mémoire bute sur la certitude que je voulais voir l'église Am Steinhof d'Otto Wagner avec des vitraux de Kolo Moser. Et que oui elle se trouvait dans un hôpital, psychiatrique, loin du centre ville. De cet hôpital aucune idée, une espèce de Ville-Évrard ou Maison-Blanche ? Je ne me suis pas posée plus de questions sur ce sujet. Soyons honnête : je m'en fichais royalement. Mais de l'architecture de la Vienne début de siècle, ça je ne me fichais pas du tout ! J'étais -je suis !- passionnée par l'Art Nouveau, l'Art Déco, particulièrement dans leurs déclinaisons architecturales, et bien sûr aussi par la révolution culturelle et artistique du tournant du siècle dont Vienne était le vivier. Comment ai-je su qu'il y a là-bas une œuvre majeure d'Otto Wagner ? Certes lors de ma première expérience viennoise fin 1985 je n'avais pas raté les immanquables de la Sécession : « Chou d'Or », gare de la Karlsplatz, immeubles de la Linke Wienzeile, musée du Belvédère, etc. J'étais donc déjà un peu familière des œuvres d'Otto Wagner. Et depuis il y avait eu cette formidable exposition « Vienne, Naissance d'un siècle, 1880 - 1938 » (13 févr. - 15 mai 1986) au Centre Pompidou : j'anticipe et dois dire que je ne me rappelle pas avoir alors lu l'article sur Steinhof que contient le catalogue. Donc au moment de ce deuxième voyage à Vienne j'explorais aussi systématiquement que je le pouvais les traces de cette époque dorée où Vienne était la capitale culturelle et intellectuelle de la vieille Europe : certes il y a Freud. Mais tant d'autres en musique, littérature, peinture, architecture... La Sécession viennoise est un des piliers de cette révolution culturelle. J'avais été ébahie par les réalisations architecturales de Wagner qu'on peut admirer au centre de la capitale autrichienne donc je creuse. C'est toute une affaire en ce printemps 1989 que d'aller à Steinhof. Pas d'internet, pas de GPS ! Mais voyons de plus près : si je consulte mon vieux guide bleu de l'époque, pieusement conservé, il faut une certaine constance pour trouver Steinhof, relégué en toute fin de la description des merveilles de la ville impériale à la mention « Vous pouvez voir encore... ». Genre « si vraiment vous n'avez rien d'autre à faire et ne préférez pas tout simplement aller vous poser dans un merveilleux café viennois avec Mohnstrudel ou Sachertorte ou encore la photo de Thomas Bernhard »... Et pas la moindre étoile ni lauriers (dont les vieux se souviendront qu'ils faisaient le charme inénarrable de ces anciens guides bleus aujourd'hui disparus). J'avance dans mon enquête sur ma mémoire défaillante : d'abord j'avais ajouté les lauriers manquants en marge des quelques lignes consacrées à St Leopold am Steinhof et écrit « bus 48A ». En lisant ces sept (sic !) lignes j'apprends qu'on pouvait visiter ladite église lors de « visites guidées en allemand le samedi à 15h ». Ah, ça me dit quelque chose ça ! Donc ce n'était pas le matin... j'étais encore assez bonne germaniste à l'époque et une visite guidée en allemand n'avait rien pour me rebuter. Là encore un peu d'honnêteté : elle aurait été en chinois que c'eût été pareil ! Je comptais avant tout sur mes yeux ! Et voilà qu'un petit

bout de papier tombe du livre : écrites de ma blanche main les indications sur les moyens de transport à emprunter pour aller à Steinhof puis aux villas Wagner et retour ! Où ai-je pioché ça ? Au Tourist-Information de l'Opernpassage ? En traquant par une étude minutieuse les lignes de bus et tramway sur un grand plan détaillé de Vienne et ses environs (j'en étais capable !!!) ? Alors ça ! Je ne me rappelle pas du tout être allée voir ces villas... La mémoire ne s'embarrasse pas toujours de certains détails, hélas. Mais je me souviens de St Leopold am Steinhof. Sans nul doute je suis arrivée à l'entrée d'un hôpital qui avait tout d'une cité adossée à une colline sur laquelle trônait la fameuse église. Sans nul doute j'ai traversé par l'allée centrale ce vaste complexe de pavillons. Sans les voir. Je n'ai pas été attentive à ce que je qualifierais volontiers maintenant d'architecture urbaine du lieu. Un pur bijou d'Art Nouveau m'attendait au sommet. Pas le moindre visiteur. Malgré le ciel gris, quel bonheur de découvrir dans ce calme parfait, l'édifice de marbre blanc, ses boulons de cuivres, ses statues et ses anges de bronze et d'or surplombant le portique et sa flamboyante coupole. Et aussi l'intérieur dépouillé, lumineux malgré la grisaille extérieure grâce aux vitraux de Kolo Moser. Quel plus bel exemple d'architecture Art Nouveau peut-on voir à Vienne ? La structure confine déjà à l'Art Déco et me fait penser à Hoffmann mais l'ensemble s'enlumine de décorations pur Art Nouveau. Bon, je ne méprise pas le pavillon d'Olbrich, antérieur d'une dizaine d'années (où évidemment il y a la frise Beethoven...), mais là je suis bluffée, bouleversée par cette perfection. La perfection de la Sécession Viennoise ou plutôt du génie de Wagner, bien plus radical dans ses avancées architecturales qu'un Horta que pourtant je révère. Clap de fin. De l'hôpital psychiatrique, pas le moindre souvenir en revanche. Et de la colline qu'il a bien fallu grimper pour parvenir à l'église ? Guère... J'étais déjà psychiatre et jeune psychanalyste mais j'avoue sans la moindre honte que je ne m'intéressais pas à cette institution et son histoire quand j'entrepris cette équipée : je sollicite ici un peu de tolérance car qui parlait de - qui connaissait - Steinhof et son triste passé en 1989 ? Y avait-il d'autres visiteurs ? Peut-être un ou deux égarés mais le souvenir prégnant reste celui d'un lieu désert...

Tu n'as rien vu à Steinhof, rien !

Acte 2.

Avril 2018. Trente ans ont passé. J'ai fait d'autres séjours à Vienne mais ne suis jamais retournée à Steinhof ; dans mon souvenir, c'est si beau mais aussi si loin que je n'ai pas renouvelé l'expérience. Mais voilà la donne a changé. Deux éléments majeurs se conjuguent et vont m'amener à reprendre le chemin de Steinhof. S'y ajoute en toile de fond ma passion pour l'architecture Art Déco et Art Nouveau qui n'a pas faibli. Le premier élément est un livre dont nous a parlé Jérémie Sinzelle : « Les enfants d'Asperger » d'Edith Sheffer paru ou à paraître très prochainement (mémoire incertaine...) aux USA. Mon piètre niveau d'anglais m'oblige à attendre la traduction française qui n'est pas encore disponible. Mais, grâce à ce que Jérémie en évoque, je découvre que le théâtre de ces actes de barbarie nazie après l'Anschluss est... l'hôpital psychiatrique Am Steinhof. C'est là, au Spiegelgrund, qu'on a trié des enfants « non conformes » (le « bon » Docteur Asperger a généreusement contribué au tri), qu'on les a « traités » et qu'ils en sont morts ou qu'on les a envoyés vers un centre d'extermination. *Tu n'as rien vu à Steinhof, rien !* Le second élément est d'un tout autre ordre : centenaire de la mort d'Otto Wagner oblige, Vienne propose de nombreuses expositions sur lui et ses contemporains. Il fait très beau et très chaud à Vienne en ce printemps 2018. Que le temps a passé et comme l'Histoire, l'air du temps, la société et ses changements nous travaillent ! Comme la mémoire collective et la mémoire subjective s'entrechoquent ! Il faut se mettre à jour de temps en temps et j'ai acheté un nouveau guide de Vienne : richement illustré, la Vienne 1900 s'y voit consacrer une double page de présentation avec en place centrale... la Kirche am Steinhof ! Cette seconde (deuxième???) visite à Steinhof n'aura donc que peu, semble-t-il, à voir avec la première. Pourtant - mais c'est seulement en écrivant ce texte et après donc avoir puisé dans « mes archives » que je m'en rends compte ! - Je prends le même bus 48A dont l'arrêt est proche de l'appartement où je réside... appartement où je résidais déjà en 1989 car c'est celui d'amis viennois. *Bizarre, bizarre... Vous avez dit bizarre, comme c'est étrange !* Quelle torsion de cette banale réalité a produit ma mémoire ! On s'éloigne

certes du centre mais - est-ce le soleil qui brille et transforme le paysage ? - Ces faubourgs ne me semblent pas si désolés que dans mon souvenir. Oh, on pourra m'opposer avec pertinence qu'ils ont dû bien changer en trente ans, ces faubourgs ! Toujours est-il que j'arrive à l'Otto-Wagner-Spital, car c'est ainsi qu'il se nomme maintenant, dans une atmosphère bien différente de celle de 1989. Et là je vois l'hôpital. Je vois la grille de fer forgé, le parterre fleuri devant l'imposant bâtiment administratif que Wagner a conçu pour faire face à l'entrée et qui dissimule l'architecture urbaine qui se déploie derrière et trouve son acmé avec l'église sur la colline. Dans un immense parc qui confine à la forêt viennoise se répartissent, selon un plan géométrique savamment pensé par Wagner, les pavillons (à l'époque plus ou moins luxueux selon les classes sociales qu'ils étaient voués à accueillir...). Aujourd'hui le cadre est toujours verdoyant, soigné et c'est une promenade champêtre qui mène par des allées arborées au sommet de la colline et donc à la désormais très célèbre Kirche am Steinhof. La célébrité a un coût : il y a du monde ! Même un minicar touristique garé devant l'église ! Effet du développement du tourisme de masse ? Conjugué à l'année centenaire Wagner ? Ou bien prise de conscience du poids symbolique de cet hôpital dans l'histoire de cette Autriche qui avait accueilli Hitler à bras ouverts (là je crois que vraiment je rêve !) ? Je ne vais pas vous décrire l'église, égale à elle-même, somptueux manifeste de l'Art architectural de la Sécession Viennoise. Ma mémoire a conservé sa splendeur. Ensuite j'explore un peu les allées de l'hôpital, je lis et j'apprends sur sa construction, ses pavillons... je découvre le bâtiment du théâtre - fermé - et là tout a changé. Le devoir de mémoire a fait son œuvre, moi-même je suis un peu moins ignorante que lors de ma première visite : sur la pelouse fleurie devant le théâtre se trouve maintenant un mémorial pour les victimes du Spiegelgrund, c'est un parterre de stèles lumineuses filiformes. Ici pas de « touristes »... Érigé en 2003 il est évident que je ne pouvais l'avoir vu en 1989... Mais l'hôpital existait et je l'avais traversé...

- Tu n'a rien vu à Steinhof, rien.
- J'ai tout vu à Steinhof. Tout.
- Ainsi l'hôpital, je l'ai vu à Steinhof.
- Tu n'as rien vu à Steinhof, rien.

Non je n'avais rien vu. Et lors de cette dernière visite je n'ai pas vu le petit musée d'histoire de l'hôpital et du Spiegelgrund...

Cette revue n'est pas un divan et je laisse bien entendu de côté les interférences inconscientes que je pourrais explorer et dont on ne peut jamais exclure les effets sur les souvenirs !

Ma mémoire était un brouillard duquel n'émergeait que l'œuvre-phare de Wagner. Quel tour va-t-elle me jouer d'ici ma prochaine -si prochaine il y a- visite à Steinhof ?



- Pour mémoire... :
- Kirche am Steinhof
 - Wiener Gesundheitsverbund - Klinik Penzing
 - Baumgartner Höhe 1, 1140 Wien.
 - Catalogue Vienne 1880-1938 L'Apocalypse Joyeuse.
 - Éditions Centre Pompidou.
 - Edith Sheffer: Les enfants d'Asperger. Flammarion.

Secret professionnel (1). Du contenu du secret, un peu d'histoire. Par Sophie STEIN

« L'affaire Watelet » débute en 1884, avec le décès de Jules-Bastien Lepage, peintre alors célèbre, considéré comme l'un des représentants les plus importants du courant naturaliste français. Des rumeurs circulent, la presse s'en fait l'écho. Le peintre serait décédé d'une syphilis mal soignée par ses médecins dont le Dr Watelet.

En ce dernier quart de siècle, la syphiligraphie, partie de la médecine qui traite de la syphilis et ne s'appelle pas encore la vénéréologie, est en plein essor avec les multiples traités écrits par le professeur Fournier. Véritable fléau social, cette redoutable affection est une grande pourvoyeuse de « cas ». Elle nourrit craintes et imaginaires en même temps qu'elle ternit les réputations et suscite la condamnation morale des personnes qui en sont atteintes. Le tréponème pâle n'a pas encore été identifié et les résultats du traitement par le mercure sont plus qu'aléatoires.

À l'époque, aucun texte ne régit de façon précise la pratique médicale. Il n'est fait mention des professionnels de santé que dans l'article 378 du code pénal instauré en 1810, qui porte sur le secret professionnel, sans en définir le contenu.

Le Dr Watelet, mis en cause par la presse, publie à son tour un article afin de rétablir la vérité sur la mort du peintre, décédé d'un cancer du testicule, et de restaurer son honorabilité professionnelle ainsi que la respectabilité de son patient, avec l'accord de sa famille.

Mais les autorités judiciaires ne l'entendent pas de cette façon. Des poursuites pénales sont engagées à l'initiative d'un procureur de la République et le Dr Watelet est condamné en décembre 1885 pour violation du secret professionnel. L'arrêt du 19 décembre 1885 de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation détermine qu'est soumis au secret « *tout ce qui aura été appris, compris, connu ou deviné à l'occasion de l'exercice professionnel* ».

Jusqu'à aujourd'hui, cette jurisprudence n'a jamais été démentie. L'article 4 du code de déontologie médicale adopté en 1941 la reprend : « *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

Un siècle après l'« affaire Watelet », le Dr Gubler, jusqu'alors médecin de la famille, devient médecin personnel de François Mitterrand récemment élu. En janvier 1996, quelques jours après le décès de l'ex-président, est publié « Le grand secret », co-écrit par le Dr Gubler et Michel Gonod, journaliste, qui font le récit du cancer de Mitterrand. Autre époque, autres mœurs, ce n'est pas de restaurer l'honneur du médecin ou la respectabilité de son patient dont il est question, mais plutôt de satisfaire - après-coup - au désir démocratique de transparence quand à l'état de santé de « ces malades qui nous gouvernent », le président Mitterrand lui-même s'étant engagé à observer cette transparence et faisant paraître, tout au long de ses deux septennats, des bulletins attestant...de sa bonne santé. Retiré rapidement de la vente, « Le grand secret » est à nouveau en librairie en 2005 après une décision de la Cour européenne des droits de l'homme invoquant la liberté d'expression.

Mais le Dr Gubler, condamné à quatre mois de prison avec sursis pour violation du secret professionnel, reste définitivement radié de l'Ordre des médecins.

Intégré, avec l'ensemble des articles qui composent le code de déontologie médicale au code de la santé publique en juillet 2004, l'article 4 y devient l'article R- 4127-4.

Deux ans auparavant, en mars 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « Loi Kouchner » du nom du ministre de la santé de l'époque, avait créé l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique (CSP) qui énonce que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un réseau de santé, ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* » et plus loin « *ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé...* ». Après avoir

été codifié par décret, le contenu du secret est désormais inscrit dans la loi qui n'établit aucune distinction entre informations concernant le diagnostic ou la thérapeutique et informations administratives, ni entre informations essentielles et annexes. À souligner aussi : la mention « *dans l'exercice de sa profession* » figurant dans l'article 4 du code de déontologie disparaît dans l'article L1110-4 du CSP. Ce qui n'est pas sans importance. Un médecin qui divulgue une confidence, même si celle-ci lui a été faite par une connaissance et en dehors de son exercice professionnel, peut se voir condamner pour violation du secret professionnel, ainsi que le confirme un jugement du Conseil d'État en juin 2015 (n° 385924).

On retiendra que le secret professionnel, instauré dans l'intérêt du patient, est total et absolu, que le décès du patient n'en délivre pas le médecin qui y est soumis en toutes circonstances et qu'il est inscrit dans la partie législative du CSP depuis 2002.

Mémoire vivante de psychiatres. Allumeur de réverbères, quelle aventure ! Par Thierry DELCOURT

Avec une vitalité lumineuse, Thierry Delcourt nous fait partager, avec force, toutes les convictions qui l'animent. Avec un tempérament d'océanographe, il plonge dans les eaux profondes de ses valeurs pour ensuite aborder les étoiles dans un ciel de créations chaleureuses, empathiques, accueillantes et combattives. Avec passion, il a animé nos revues et ne va pas s'arrêter de créer. Curieux, inventif, Thierry reste toujours avec cette mobilité vivante de l'esprit et de la réflexion sur ce que nous vivons et sur ce qui nous entoure.

Quel est le sens de notre vie pour nous psychiatres ? Pourquoi sommes-nous dans ce soin particulier ? Comme Thierry Delcourt, n'hésitez pas à faire vivre notre mémoire : lâchez-vous : écrivez ! Michel JURUS

À force de pointer son regard vers le ciel afin d'accomplir consciencieusement son travail, il fallait bien que ça arrive. L'allumeur de réverbères a reçu une poussière d'étoile dans l'œil. Il n'y voit rien, le pauvre, dans le ciel noir chargé de vanités. Comment peut-il encore offrir de la lumière à ses concitoyens qui, eux aussi, marchent à l'aveugle ? Alors, il s'assied au bord d'un puits et s'endort. Il se rêve en femme lapidée, abandonnée à demi-morte dans un désert. Il rêve qu'elle rêve qu'elle vole, transportée vers une oasis, légère, intouchable, caressée par une brise céleste ; elle ne souffre plus. Il se réveille, il voit, le jour est là, il est gai.

Avant de choisir ce métier, si tant est qu'on choisisse d'être allumeur de réverbères, il rêvait d'être océanographe. Ça, c'était avant, à six ans peut-être, il n'y comprenait rien. Sa maman, rescapée d'une maladie mortelle, le prenait dans ses bras. Il voulait découvrir ce qui se passait au fond, vingt mille lieues sous la mer, un trésor à partager, insaisissable, va savoir ! Le fond, il le touche vraiment quant à quinze ans, il apprend brutalement la mort de sa mère sur la table d'opération d'une clinique. Il en conclut que le fond, c'est la mort, et il n'avait pas tout à fait tort. Pourrait-il, lui aussi mourir, ne pas lui survivre, mais comment y parvenir ? C'est sur la margelle d'un puits sans fond qu'à la différence du Petit Prince de Saint-Exupéry ayant perdu sa rose, il fut rattrapé in extremis par un psychanalyste coriace et une femme des plus douces. Je dois dire qu'il leur en a fait baver, qu'ils ont résisté. Vivre, un défi, sa vocation est née, pas si éloignée de l'océanographe, être psychiatre, et pourquoi pas psychanalyste bien qu'il n'ait pas réussi à tuer le sien. Dix-huit ans, cancre voué aux gémonies par ses intempérances, mais le bac en poche, il s'inscrit en médecine pour devenir psychiatre. Dans la foulée, il rencontre le médecin-directeur du nouvel hôpital psychiatrique de son département. Il veut voir la folie de plus près, et il voit, pour ça, il est servi ! Pourquoi ce triste sire affalé dans son bureau l'a envoyé dans le pire service de l'asile, une immense salle carrelée avec au centre une cage de verre dans laquelle les blouses blanches plaisaient entre elles et fument sans se préoccuper de ce qu'il suppose être les malades, assis contre les murs tout autour de la salle, attachés à leurs chaises, bavant, vociférant ou totalement apathiques, corps désarticulés, tête à l'envers, odeur pestilentielle. Bref, c'était l'impensable, l'innommable pour le candide qu'il était. Cinq jours et quelques cauchemars après, il réussit à changer de service mais il n'oubliera jamais.

Non, heureusement, je n'ai jamais oublié. Si vocation il y avait, ce fut un « plus jamais ça ». J'ai fait mes études au moment où l'antipsychiatrie bouscula le vieil asile, se dressa contre la dégénérescence et hurla à la barbarie des services de défectologie. Une vraie chance, celle de rêver à un monde meilleur, celle d'y ajouter sa pierre. Après un tour du monde en quête d'une réponse au « pourquoi la barbarie », je me suis engagé dans cette petite révolution en refusant de voir l'illusion que véhiculait ce rêve d'humanité réunie pour désenclaver la folie. Mais il a bien fallu m'en rendre compte dans la confrontation à la vraie folie et au soin psychiatrique.

Tout n'était pas illusion, loin de là. Nous avons milité pour la dignité du fou, pour lui rendre son humanité. Nous avons compris que l'enfant était une personne, pas un objet. Nous avons

tâtonné pour concevoir des lieux de soins où le malade avait la parole, où sa parole avait des effets sur sa guérison, ou tout au moins sa stabilisation, ce qui permettait de le reloger dans la cité, là où il avait sa place. Fermeture de lits, crédits pour un travail dit de secteur, digne de ce nom. L'enthousiasme était notre ressource thérapeutique, efficace car porteuse de désir. Puis ça s'est effiloché, les expériences ont été priées de plier bagage, de se ranger à une psychiatrie efficace, synonyme de psychiatrie américaine et pharmaco-industrielle.

Alors j'ai renoncé, un peu vite peut-être. Attiré par une pratique en cabinet avec l'illusion d'être seul maître à bord. Je voulais offrir aux patients un professionnel accueillant dans un vaste cabinet avec un divan, bien sûr, donnant sur un jardin privatif. J'ai eu raison de le faire, j'en suis convaincu, mais surtout de le choisir vaste car je me suis très vite senti à l'étroit.

Pas vraiment du genre à imiter, mais tout de même impressionné par mon psychanalyste apte à résister à mes assauts quand je l'insultais, que je souhaitais sa mort en lui assénant que j'irai cracher sur sa tombe, je me croyais capable de tout affronter, théorie psychanalytique comme bagage, bienveillance comme atout. Ben voyons ! Une de mes premières patientes sortait tout juste de prison. Elle avait purgé une longue peine pour le meurtre de son père, et se soumettait à une obligation de soin. Elle avait soif de parler, de justifier le meurtre de ce père, triste tyran alcoolique qui violentait sa mère. Ma patiente n'avait fait que son devoir, je n'étais pas loin de le penser. Elle demanda si elle pouvait s'allonger sur le divan, elle y serait mieux pour parler. Autour de son cou était tracé un pointillé, je l'ai questionnée, elle a parlé de ses idées de mort. J'étais empathique, l'encourageait à s'exprimer sur sa souffrance, ses traumatismes. Un jour, elle se leva brutalement, tenta de m'étrangler avec force. J'ai cru ma dernière heure arrivée.

Seul dans le cabinet, on s'expose au risque et à la différence des trapézistes, on travaille sans filet si ce n'est la théorie vite mise à mal dans les cas singuliers, et tous les cas sont singuliers. Bref, seul face au patient, la théorie comme illusion, il me fallait inventer. Pas question d'être passif et silencieux comme mes confrères de l'époque, ni question d'alourdir une ordonnance, mais plutôt de la nettoyer des scories médicamenteuses dont le seul avantage est d'occuper le patient obsessionnalisé par le traitement, à compter ses pilules, à essayer de ne pas se tromper malgré les troubles cognitifs induits. À moins qu'il ne les entasse sous son lit, comme j'ai pu le constater à maintes reprises, et c'est de bonne guerre.

Il fallait donc inventer mais sans être un apprenti-sorcier, autrement dit sans trop s'éloigner de l'orthodoxie. Mais laquelle et avec ou sans Lacan ? Pas de souci, les penseurs et inventeurs ne manquent pas, ils sont juste écrasés par l'aura qui permet aux tenants de la pensée dominante de les discréditer, voire de les mépriser. Durant une dizaine d'années, j'ai lu tous ceux que je ne m'étais pas attardé à lire, Ludwig Binswanger, Henri Maldiney, Jacques Schotte, Pierre Fédida, Piera Aulagnier, Jean Oury, Lucien Israël, Didier Anzieu, Donald W. Winnicott, pour ne parler que des psys. Je suis allé les écouter quand c'était possible et j'ai travaillé sur leurs approches originales. Ma pratique en fut transformée : accueil, rencontre, sollicitation active, humour, jeu, conquête d'un espace thérapeutique habitable, ce qui m'a permis de ne plus me sentir à l'étroit et d'oser avec une certaine audace une approche multiforme non orthodoxe, non conventionnelle et pour tout dire, créative. J'ai complété le tableau en m'inscrivant sur la liste des experts judiciaires et là, cantonné au pénal et aux assises, j'ai énormément appris.

Le mot est lâché, créative, avec hésitation car la créativité est à la mode et permet toutes les dérives et délires sans se préoccuper de la qualité de la formation ni de la construction d'une éthique de soin conforme aux règles déontologiques et adossée à une analyse des pratiques. Savoir ce qu'on fait, pourquoi on le fait, par quelle voie cela produit un soin effectif, pouvoir en transmettre la substance et le processus à ses pères et ses pairs, est devenu ma préoccupation. Je ne voulais pas ne rester que l'allumeur de réverbère dont la tâche répétitive, certes, éclaire le patient afin qu'il trouve son chemin et ne s'égaré pas, sans pour autant se scotcher sous la lumière du premier réverbère venu. J'avais une poussière d'étoile dans les yeux. Surtout ne pas frotter car devinez quoi, c'était l'objet créé par l'artiste, ce prestidigitateur de la chose devenue forme grâce à son processus de création artistique dont la complexité m'échappait.

J'ai fondé un séminaire de travail sur ce processus de création, artistique ou non, sur la place que la créativité y occupe pour l'artiste, pour le tout-venant et pour nos patients. Là encore de nombreuses lectures, et que de déceptions. Je ne parle pas des écrits narcissiques des critiques d'art qui projettent sur les créateurs leur verve poétique, pourquoi pas, mais de ceux des psys de tous poils qui osent des psychographies aussi hasardeuses que pédantes, en plaquant leurs théories, en oubliant leur subjectivité et leur méconnaissance du monde intime de l'artiste. Les déductions tautologiques et le forçage des théories psychiatriques et psychanalytiques visent à se servir de l'artiste, en faire un objet spéculatif, un faire-valoir, et attirer ainsi le regard d'un public prêt à se fasciner. Au passage, cela circonscrit la force créative inquiétante de l'artiste.

Bref, il fallait aller à la rencontre d'artistes vivants afin de les écouter, de les observer en train de créer, avant, pendant et après. Ce furent quelques amis de plus et cinq ans passionnants par l'apport énorme de ces créateurs, par leur générosité à s'ouvrir parfois plus qu'ils ne l'auraient voulu, par l'ébauche d'une compréhension de ce qu'une œuvre contient d'un trésor matriciel qui leur appartient, certes, mais qui est aussi un trésor collectif insu pour celle ou celui qui est incapable de créer, ou plutôt qui se pense incapable. C'est là mon défi depuis les années 2000, faire en sorte que le patient aux prises avec un trouble, une souffrance, une maladie mentale y puisse trouver un recours grâce à mon aide et à celle de quelques autres, pour contenir ce mal, mais au-delà, pour donner une forme viable, productive et libératrice, à son symptôme.

Pour bien soigner nos patients, cet engagement n'y suffit pas. Il y faut un autre auquel je tiens particulièrement, c'est l'engagement citoyen et politique qui permet de ne jamais oublier que le patient est pris dans un tissu social, et donc que les troubles psychiatriques relèvent toujours d'une problématique psychosociale, même si elle n'explique pas tout. Rien de cet engagement ne m'eût été possible sans l'apport considérable du Syndicat National des Psychiatres Privés et de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé. Si la psychanalyse, c'était l'air hégémonique du temps, y régnait en maître dans les premières années où je fus adhérent, il y avait là une dynamique politique et des actions, tant syndicales que scientifiques, qui étaient portées par des fondamentaux. C'est toujours le cas, en mieux peut-être, cherchant à prendre en compte la dimension biopsychoneurosociale du patient, et la subjectivité du soignant. Si beaucoup reste à faire quant au bio et au neuro, de jeunes psychiatres nous ont rejoint dont l'éclectisme battra en brèche un reste de conservatisme qui ostracise ce qu'il ne considère pas comme psychodynamique, avant même d'en avoir analysé le contenu. Ce comportement tend à devenir fossile, mais sans rien lâcher des fondamentaux d'une psychiatrie à visage humain.

Fort de ce soutien et de cette écoute de mes collègues, j'ai eu la chance, car c'en est une, de devenir rédacteur en chef de la revue Psychiatries et de la revue BIPP. Lourde tâche que de rendre ces revues plus attractives tout en préservant la signature de l'AFPEP-SNPP.

Avec l'envie et le souci de partager ma pratique et mes idées, j'ai poursuivi dans le même temps un travail de recherche et d'écriture sur des questions qui me tiennent toujours à cœur : la méprise des psys et plus généralement des médecins sur la souffrance des femmes ; la force et la valeur positive de l'adolescence ; la capacité créative et son articulation avec la capacité dépressive de Fédida ; la crise productive d'une opportunité d'exister autrement ; l'évolution normative des problématiques de l'enfance recentrées sur le handicap, les rééducations et la chimiothérapie...

Vient pour moi une nouvelle étape dans la pratique comme dans les engagements. Devenu presque exclusivement pédopsychiatre par nécessité et par passion du travail avec les enfants et les adolescents, je mesure à quel point la prévention à grande échelle est essentielle si l'on veut donner à notre action une dimension politique et sociale. Qu'il s'agisse de radicalisation, de cyber harcèlement, d'addiction aux drogues et aux écrans, il y a de quoi faire. Pourquoi ? De plus en plus, en pédopsychiatrie mais aussi dans tous les domaines de la psychiatrie, une dérive plus qu'inquiétante est en train de gommer violemment et insidieusement la dimension psychique des troubles au profit d'une vision neurodéveloppementale pour l'enfant et d'une transformation de la maladie en handicap pour tous. Il faudrait étiqueter tout trouble, toute anomalie, toute différence au regard de la norme.

Sous prétexte d'efficience, les algorithmes réducteurs et scientifiques remplacent la pensée psychopathologique sur les êtres complexes que nous sommes. Cela permet de simplifier à l'extrême les arbres décisionnels (un trouble, un diagnostic, un médicament, un handicap, des mesures de compensation et de rééducation), ce qui facilite grandement la gestion du soin grâce à un procédé de cloisonnement, d'étiquetage et de fausse inclusion. En effet, comment penser qu'une personne dite avec handicap trouvera réellement sa place citoyenne sans discrimination ? Il faut n'être que gestionnaire pour croire et faire croire à de telles supercheries.

Mieux vaut prévenir que guérir, l'adage vaut aussi pour cette maladie sociale qui nous affecte tous, patients et professionnels. Ne pas réagir serait accepter une réification qui était, au début de ma carrière, une fiction, ou déjà une dystopie. Non, ce n'est pas ce meilleur des mondes que je veux pour mes patients, mes enfants et mes petits-enfants. C'est pour cela que je poursuis cet engagement afin de sensibiliser celles et ceux qui veulent encore bien écouter, ce qui est le cas de la plupart des personnes en souffrance qui, à défaut d'un soutien compréhensif et d'une aide attentive, subissent un verdict diagnostique et sa prescription ad hoc, dont ils perçoivent assez vite que cela ne leur apporte rien, et même que leur mal s'aggrave sans issue autre que d'être un malade, un handicapé, et au mieux un patient-ressource. On ne peut parler de soin ni de prévention sans prendre réellement soin de l'être en souffrance. Cela n'exclut nullement de penser le soin dans sa dimension neuropsychique, sans écarter l'apport des neurosciences ni des approches techniques dans la conception et la pratique d'un soin bioneuropsychosocial.

Si un jour, vieillissant, je perds de vue cet engagement, j'arrêterai de recevoir des patients, ou j'espère, ils arrêteront de venir me voir.

THÉÂTRE, MÉDIAS & DÉBATS

Festival en Avignon 2021, le retour aux Essentiels. Par Françoise DUPLEX

Cette année le festival n'était pas le même, sanctionné l'an passé comme un enfant puni, il a cette fois excellé pour séduire son public. Le « In » et le « Off » se sont montrés chaleureux, énergiques, magnifiques et attentifs à la sécurité sanitaire. Théâtre comique, dramatique, musical, chorégraphié... Cette 54ème édition a montré comme jamais combien le spectacle vivant est indispensable à notre et à leur santé mentale, comme l'oxygène à nos organes. Il déclenche de nombreux mouvements psychiques, retour de refoulé, des émotions multiples, la joie ou la tristesse, l'inquiétude, la sidération, l'admiration, le rire, les larmes. Les spectacles transmettent de la pulsion de vie sans restriction, celle qui nous fait nous sentir vivants, après des mois de morosité et d'anxiété rendus inévitables dans un contexte de pandémie Sars-Covid19. Les comédiens et leurs compagnies se virent comme cloués au sol sans public pendant 16 mois. Le retour sur scène, moment bienheureux, leur semble ténu. Les artistes remercient l'assistance d'être présente et encore plus, depuis l'obligation le 21 juillet, de présenter un passe sanitaire. Et si le public les abandonnait, lassé par toutes ces contraintes? Le public est là, et restera fidèle. En voici une courte sélection :

« Les fous ne sont plus ce qu'ils étaient ». Depuis 2016, ce seul en scène dont le titre est éponyme d'un sketch de Raymond Devos est joué par Elliot Jenicot, mime, comédien, ex-pensionnaire de la Comédie-Française. Artiste sympathique et touchant, Elliot Jenicot incarne les personnages dans des situations cocasses, décalées surréalistes, ainsi que l'a voulu l'auteur. Il est le patient à qui un médecin, foldingue, apprend qu'il porte le virus du tueur. Et un être inquiet dans « Y'a quelqu'un derrière! », l'autre sketch choisi dans l'œuvre de R. Devos. Dans ce dernier, le protagoniste ressent une présence invisible dans son dos. Lorsqu'il est seul, trop seul, il se parle à lui-même: «... *J'ai l'impression qu'il y a quelqu'un derrière moi. Si je me retournais, est-ce que j'aurais l'impression qu'il y a quelqu'un devant... (...) il est fou ce type!* ».

Pour nous autres, spécialistes psychiatres-psychanalystes, ici bien moqués, il s'agit d'une illusion psychique appelée « le Double » qui s'accompagne de l'inquiétante étrangeté - le Unheimlich. Un autre récit de la littérature fait référence au Double « le Horla ». Maupassant raconte sa cruelle expérience lors d'un délire de syphilis tertiaire, le conduisant à s'enfermer à double tour pour fuir une présence qui n'est autre que lui-même. Hors du cadre du délire, ce trouble, n'est-il pas un moment dépersonnalisation? Le double et le Unheimlich trouvent leurs références dans les ouvrages de Freud, « L'Inquiétante Étrangeté » et Otto Rank « Le Double », qui se sont inspirés de la clinique et de nombreux contes pour le théoriser (par exemple *Les Contes d'Hoffmann*). Revenons au spectacle : Elliot Jenicot s'écrit « *Je suis pas qu'un mime, je suis un acteur, corporel, c'est pas pareil...J'ai des choses à dire, moi...* ». Elliott Jenicot déploie la panoplie de son talent immense, le second sketch est tourné sans conteste vers la folie, la fragilité de la condition humaine, la vanité. Un médecin, imbu de lui-même annonce à son patient un faux diagnostic, résultat d'une erreur de lecture d'analyses biologiques - il a confondu les siennes et celles du patient. Le malade serait porteur d'une mutation chromosomique et héberge le virus du tueur. In fine, c'est le médecin lui-même qui est contaminé par le virus du tueur. Ci-contre, un fragment de leur dialogue « Vous n'avez jamais tué? Si, sur ordonnance! Je vous en fais une ? (...) Je te tue toi, je te tutoie ».

À l'instar du théâtre de Molière se moquant des médecins, traduisons l'intention de Devos de pointer les erreurs médicales et leurs conséquences létales, la contamination, texte précurseur sur les maladies contagieuses, bien actuelles. Poursuivons, une caricature de psychiatre tirant sur sa pipe (bruitages), qui en conversation téléphonique tient des propos loufoques sur un ton emprunté : «... En revanche j'ai connu les grands fous, les fous d'envergure et quand on voit les petits fous d'aujourd'hui... pfff... (...) Et si c'était moi qui étais devenu fou?... ». *Les fous ne sont plus ce qu'ils étaient* sera programmé à Paris cet automne.

Journal d'un fou, adaptation de l'œuvre de Nicolaï Gogol, est joué chaque année depuis des décennies en Avignon et ce seul en scène-ci, depuis 2013. Durant une heure sans répit, semblant ne pas reprendre son souffle, l'acteur, les cheveux hirsutes, le regard presque fixe, déploie la pensée d'un homme qui rédige son journal. Il m'apparaît « placardisé ». Son journal intime est le seul Autre/autre auquel il s'adresse, le personnage va à la dérive et entre en folie. Et il ne s'agit pas du délire sensitif kretschmerien du simple employé de bureau frustré par les tâches inintéressantes que lui confie son chef, mais bien d'un profil schizophrénique. Poprichtchine comprend le langage des chiens, élabore des projets inquiétants, pour approcher la fille du chef dont il est amoureux. L'adhésion au délire total, l'absence de critique, et l'humeur exaltée font craindre pour cette jeune fille un passage à l'acte qui, soulagement, n'arrive pas. Au cours de ses divagations mégalomaniaques, il pense être devenu le roi Ferdinand VIII d'Espagne. Enfin, dans un moment de lucidité sur sa triste réalité, congruent à une chute sérieuse de son humeur, il s'écrie: « *Maman!* ». Et nous espérons pour ce pauvre bougre une sortie du délire, mais celui-ci reprend de plus belle, seul moyen de supporter sa condition d'humilié, et d'échapper à sa terrible solitude.

Les fous-rides : nul besoin d'antidépresseurs pour tremper nos neurones dans un bain de sérotonine, bio, sans gluten, sans allergènes, le neurotransmetteur du plaisir se sécrète lorsque le rire à en pleurer nous pousse jusqu'à la jubilation. Rire enfin! Nous retenons deux perles :

L'envol du pingouin. Interprété, depuis 23 ans, par Jean-Jacques Vanier. Cette drôlerie prend sa source dans des situations du quotidien, les dialogues et expressions toutes faites, l'interprète insiste, revient dessus, les interroge, les essore pour finalement les démonter et en faire jaillir le côté absurde. Le comique de répétition, la posture, la physionomie crédule, et la mine sérieuse du personnage, déclenchent des scènes hilarantes.

Le Dindon. Écrite par Feydeau, cette farce de l'existence est mise en scène par une brochette de comédiens avec un étonnant dynamisme. Celui qu'on appellerait pervers-narcissique aujourd'hui se voit manipulé à son tour, s'incline et accepte d'en être l'oiseau galliforme. On ne peut que recommander d'aller puiser l'énergie riieuse qui coule à la source de ce spectacle.

Bibliographie

- Freud : *L'inquiétante étrangeté* (1919), Tr fr M Bonaparte & E Marty (1933) in: *Essais de psychanalyse appliquée*. Gallimard & Collection Idées NRF n°243:163-210.
- Rank : *Le Double* (1914), in: *Don Juan et le Double* (1932), tr. Fr. S Jankelevitch.
- « *Journal d'un fou* »: Théâtre du Cabestan. interprété par Antoine Robinet, mis en scène par Bruno Dairou. d'après la traduction de Louis Viardot, *Les mémoires d'un fou* (1845) de Nicolaï Vassilievitch Gogol, romancier, nouvelliste, dramaturge, poète et critique littéraire russe d'origine ukrainienne (1809-1852).
- « *L'envol du pingouin* »: écrit et joué par Jean-Jacques Vanier, mis en scène par F Rollin. <http://festivaloffavignon.com/programme/2021/jean-jacques-vanier-dans-l-envol-du-pingouin-s28707>
- « *Le Dindon* »: d'après un texte de Georges Feydeau. Compagnie VIVA. <http://www.compagnie-viva.fr/ledindon>

Psychiatrie et Médias: Les critiques littéraires du Masque et la Plume discutent de notre métier. Par Françoise DUPLEX

Le dimanche soir, j'ai plaisir à écouter sur les ondes de France Inter, la critique journalistique de l'émission *Le Masque et la Plume*, à propos de théâtre, de littérature ou de cinéma. En début d'émission Jérôme Garcin, le directeur, lit les nombreux courriers d'auditeurs dont la tonalité va de l'outrage à l'éloge. Ainsi, jamais l'envie de protester ne m'était venue. Hormis en cette fin d'après-midi, car la psychiatrie fut durement attaquée à propos du livre « *L'intime étrangère* », roman d'Anne Revah. Nous sommes le 6 juin, le plateau est constitué de Patricia Martin (France Inter), Jean-Claude Rapiengeas (La Croix), Frédéric Beigbeder (Le Figaro-Magazine), Arnaud Viviant (Transfuge). Auteur lui-même de nombreux romans, Jérôme Garcin est issu de longues dynasties médicales, petit-fils de Raymond Garcin, chef de service de neurologie à l'hôpital de La Salpêtrière et de Clément Launay pédopsychiatre (cf. infra). Ce qui fait de lui un homme de lettres pour qui la maladie mentale et la souffrance psychique comptent.

Je cite **Jérôme Garcin** : « *L'intime étrangère: (...) Anne Revah raconte le drame d'une femme, Suzanne Durand qui lui ressemble étrangement, qu'elle tutoie tout au long du livre. Au moment du confinement de Mars 2020, Suzanne est admise en urgence dans une clinique de St Mandé, elle est atteinte du syndrome de Cotard, neurologue du XIXème siècle ou syndrome de négation d'organes, forme grave de mélancolie délirante : elle a des pulsions suicidaires, une hallucination lui crie: "jette-toi !". Elle sent ses organes se putréfier, elle croit être une morte vivante. Elle est soumise à des électrochocs qui lui font perdre la mémoire et c'est la femme qui partage sa vie, Valentine, qui va l'aider à la recouvrer pour pouvoir écrire ce livre, où elle dit : ce n'est pas pareil d'avoir été folle ou de ne jamais avoir été folle. »*

Vient le tour des journalistes de prendre la parole :

Patricia Martin (Inter) s'exclame: « *Ce livre est éblouissant, le sujet est fracassant, parce que la maladie mentale est une maladie honteuse (...) c'est encore plus difficile quand on est psychiatre. Elle [Anne Revah] cite un poème de Sylvia Plath: "Les arbres de l'esprit sont noirs", écrit juste avant qu'elle se soit suicidée... Toutes les étapes qu'elle raconte, tout est tellement juste (...) et raconté d'une manière extraordinaire, cet autre monde dans lequel on passe, et il faut que quelqu'un reconstitue l'histoire.(...) parce que les électrochocs ont tout effacé ou une partie de la mémoire. »*

Jean-Claude Rapiengeas (La Croix): « *C'est un livre impressionnant, récit d'une descente aux enfer et d'une renaissance, (...) vécue de l'intérieur et observée de l'extérieur. (...) Ça décrit l'angoisse qui brise le cerveau comme une coquille de noix, (...) on voit la douleur contenue, le cri de Munch, le cri muet, le vacarme dans la tête, inaudible pour les autres... et qu'on en soit réduit encore aujourd'hui à passer par les électrochocs pour essayer de le pulvériser... »*

Ce ne sont pas les électrochocs à l'ancienne précise **Jérôme Garcin**.

Arnaud Viviant (Transfuge), sans doute terrorisé par le sujet, (le verbe m'a été suggéré) lance une diatribe: « *Le livre raconte, l'incroyable retard de la psychiatrie française qui continue à utiliser des électrochocs alors qu'aux États-Unis ils utilisent le LSD et les champignons hallucinogènes, la MDMA. (...) Quand on lit ça, on se dit qu'on vit dans un pays retardé, alors que la France a été un grand pays de la psychiatrie... franchement ce retard fait peur. »* A.V ajoute que: « *l'on vit une époque qui rend fou, des tas de livres et de films parlent de l'hôpital psychiatrique, qui devient le décor presque central et logique où les citoyens doivent aller (...).* »

Ses collègues corrigent, il s'agit d'un écrit rédigé comme en apnée, où le vrai sujet du livre est l'amnésie, et une enquête sur la traversée du miroir, ce qui explique le rythme scandé. **Jérôme Garcin**, qu'on devine très touché par l'écrit de notre consœur, rappelle qu'elle a écrit par ailleurs de très beaux romans, dont « *Manhattan* » et des livres de médecine. Fin d'émission. Le dimanche 04 juillet, Cinq lettres extraites du très nombreux courrier envoyé à la rédaction, sont lues à l'antenne. Parmi lesquels des réactions de confrères psychiatres.

- **Alain Matout**: « *Sur le terrain des électrochocs, le match entre les États-Unis et la France est nul... »*
- **Mr A**: « *L'électroconvulsivothérapie reste le traitement le plus efficace contre la dépression, les psychiatres français s'intéressent aussi aux psychédéliques, si c'était efficace croyez-vous qu'on serait assez cons pour s'en priver, c'est signé: Chacun son métier. »*
- **Françoise Duplex**, psychiatre. Vice-présidente de l'association des psychiatres d'exercice privé, à Arnaud Viviant: « *Tirer ainsi sur l'ambulance psychiatrie qui roule déjà sur les jantes, s'en prendre aux méchants psychiatres est facile. Vous diffusez de fausses informations qui manipulent les néophytes. Il faut savoir que la mélancolie délirante, syndrome de Cotard, ou la négation d'organes est une pathologie dont la douleur morale dépasse l'entendement. Elle conduit le patient à se savoir réduit à un déchet putride et ressentir un sentiment de culpabilité appelant une punition que même la mort ne délivrera pas. Il se trouve que parfois ni les neuroleptiques, ni les antidépresseurs ne parviennent à juguler le processus pathologique, en France comme aux USA, et que seuls les électrochocs parviendront à le résoudre. Pitié, pour la psychiatrie française. »*
- **M. Mammeri**, psychiatre: « *La sismothérapie reste dans le monde entier le traitement privilégié des épisodes dépressifs les plus graves tels le syndrome de Cotard. Quant à donner l'illusion que le cannabis, les champignons hallucinogènes et le LSD en font un traitement témoignent d'une méconnaissance affligeante de ce domaine. »*
- **5-Christophe**: « *Le traitement par électrochocs est une méthode qui sauve des vies, elle est pratiquée sous anesthésie, et génère moins d'effets secondaires que beaucoup de médicaments psychiatriques. Arnaud Viviant imagine probablement que rien n'a changé depuis "Vol au-dessus d'un nid de coucou". »*

Courriers auxquels **Arnaud Viviant** répond : « Je ne suis pas psychiatre; si j'avais su qu'il fallait faire des études de médecine pour devenir critique littéraire je m'y serai employé. »

J'ai fait le choix de citer l'essentiel de ces moments radiophoniques qui laissent à penser, et notamment, comment le droit de réponse a été respecté et diffusé. Cela tient à la personnalité de l'animateur de la tribune critique, qui conserve une large et bonne audition depuis de longues années.

Nous concluons par une citation de Raymond Garcin (1954) :

« *Au commencement étaient l'homme et sa souffrance, en face se trouvaient son semblable et sa compassion. Toute la médecine est partie de là. »*

Podcasts:

-06 juin-21:

<http://www.franceinter.fr/emissions/le-masque-et-la-plume/le-masque-et-la-plume-06-juin-2021>

-04-juillet-21:

<http://www.franceinter.fr/emissions/le-masque-et-la-plume/livres-les-nouveaux-opus-d-adelaide-de-clermont-tonnerre-sanae-lemoine-julien-blanc-gras>

Bibliographie : Anne Revah, L'intime étrangère. Ed Mercure de France (2021)

Jérôme Garcin : Le syndrome de Garcin, Collection Blanche, Gallimard Paris (2018) à propos de son grand-père paternel Raymond Garcin (1897-1971), qui donna son nom au syndrome de Garcin (paralysie unilatérale progressive plus ou moins étendue de nerfs crâniens par envahissement le plus souvent néoplasique de la base du crâne, Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine 2016).

Clément Launay (1901-1992), grand-père maternel de Jérôme Garcin, professeur à la Faculté de médecine de Paris et Membre de l'Académie nationale de médecine, était pédiatre puis neuro-pédo-psychiatre chef de service à l'hôpital Hérold à Paris (dont les activités ont été transférées tout près à l'hôpital Robert Debré en 1988 avant d'être détruit).

Interview: Entretien avec Anne Révah, au sujet de son dernier livre « L'intime Étrangère ». Par Françoise DUPLEX

27 septembre 2021

Ce roman, on se le prend en pleine « poire » comme le qualifie l'auteure à propos de l'expérience douloureuse traversée en Mars de l'an passé et qui en constitue le sujet.

Aboutissement de mois d'épuisement moral et physique, un syndrome de Cottard éclot chez cette femme pédopsychiatre, brillante, active, mère de famille, en couple. La souffrance morale produite par la mélancolie délirante se double de la honte, au point de vouloir masquer son identité - ce qui n'est pas chose facile, dans les services de soins où elle a dû se rendre. Service de radiologie, enfin clinique psychiatrique de St Mandé où elle réussit, grâce à la complicité de sa compagne et de son médecin psychiatre, à se faire inscrire sous le nom très banal de Suzanne Durant. Anne Revah dépasse cette épreuve inhumaine, et réussit à sortir de la maladie grâce aux électrochocs, puis à créer une œuvre littéraire qui, pour ma part, donne une grande leçon d'humilité aux soignants de la maladie psychique.

Le style est indirect, une voix off narre. Elle s'adresse en la tutoyant à Suzanne, telle une prothèse mémoire car toute la période s'est vue effacée par les électrochocs. Elle lui raconte de bout en bout la traversée incroyable de cette entrée dans la folie. Sa compagne de vie chargée de tout délivrer malgré sa réticence à mettre en mots ce qui fut pour elle un long moment tragique.

J'ai contacté Anne Revah, (AR) dans son service de pédopsychiatrie, très gentiment, elle a accusé réception de ma demande. Nous avons parlé de « L'intime Étrangère » le 28 septembre 2021 : [AR: Anne Revah. FD: Françoise Duplex]

AR : C'est un objet littéraire, ce n'est pas un témoignage, j'ai travaillé la forme, la langue, j'assume la dimension d'expérience racontée, j'ai mis au travail sur plan littéraire une expérience vécue, je tiens à cette articulation, littéraire/vécu.

FD : Je pars de l'expérience de l'émission du Masque et la Plume qui m'a fait découvrir votre roman. C'est intéressant ce que disent les médias sur la psychiatrie, les âneries de certains critiques littéraires, et qui sont contredites par certains autres journalistes, notamment par Jérôme Garcin, parce qu'il a un passé familial neurologique et pédopsychiatrique, et qu'il est sensible à la dimension de la douleur et de la symptomatologie. J'ai pensé faire cet article pour notre revue car elle s'adresse à des psychiatres. Je vous ai contactée car je me demandais si j'avais le droit d'écrire qu'il s'agit de vous dans ce roman? Comment sait-on que vous parlez de vous?

AR : On le sait parce qu'on le comprend, parce que j'ai mis en scène une psychiatre, je ne le cache pas. À la radio et dans certains espaces, au départ j'ai beaucoup menti sur ce qui m'était arrivé, je me suis auto-stigmatisée comme les malades mentaux, puis j'ai réalisé que je me bats tous les jours pour que les patients ne se stigmatisent pas, je m'occupe d'adolescents psychotiques dans un service, de psychose grave chez les pré-ados et les ados. Si moi-même j'ai honte au point de mentir, ce n'est pas éthique, j'ai décidé d'assumer. J'ai été très malade, j'ai fait un épisode psychiatrique grave, et ça a changé et ma vie et ma manière d'être psychiatre, et je l'assume.

FD : Je me suis demandée si je pouvais l'écrire ?

AR : Au contraire, je n'ai pas de problème avec ça, il n'y a aucun problème.

FD : En rédigeant en vue de publication, je me trouvais dans une grande contradiction, avec le sentiment d'ouvrir un dossier médical et de faire une rupture de secret professionnel, alors qu' il s'agit d' un roman publié au Mercure de France.

AR : Vis-à-vis de mes patients, je me sens au clair.

FD : Quel chemin vous avez fait ! Nous, psychiatres, pouvons en tirer une leçon d'humilité.

AR : Ce n'est pas un œuvre médicale, je ne fais pas un traité sur la mélancolie délirante, je raconte une expérience radicale complètement ahurissante dont il ne me reste que le pire, je ne me souviens que du désordre, je n'ai aucun souvenir, à part le délire, les angoisses, les hallucinations, la douleur, tout cela est encore très présent, ainsi que les électrochocs. Je raconte les choses comme elles sont vécues, et ça peut intéresser les psychiatres, de voir ce que c'est comme expérience vécue de l'intérieur.

FD : En effet, votre écrit m'a beaucoup touchée.

AR : Merci beaucoup, vraiment.

FD : Cela me fait plaisir, Je vous remercie beaucoup Anne Révah.

Recension de livre: Le berceau des dominations, Anthropologie de l'inceste, de Dorothee Dussy, Pocket 2021 (La Discussion 2013). Par Olivier BRUNSCHWIG

Pour donner à la psychiatrie sa dimension thérapeutique, avec et pour le malade, il est souvent nécessaire d'en passer par une nomination de la violence. Parmi les violences ravageuses et souvent oubliées, négligées, déniées, la pratique de l'inceste tient une place maîtresse dans la vie de nombre de familles et de groupes sociaux, par conséquent dans la détermination de l'avenir des individus. L'inceste, tout praticien un tant soit peu attentif aux dires des malades et leurs entourages le sait, est un grand pourvoyeur de maladies et symptômes, qu'ils soient psychiques et/ou somatiques. Pourtant, peu d'enseignements, dans les formations initiales puis post-universitaires, sont dispensés à ce sujet. La lecture de cet ouvrage, écrit par l'anthropologue Dorothee Dussy, Directrice de recherche au CNRS, après cinq ans d'enquête sur la pratique de l'inceste en France, est la bienvenue pour permettre au praticien de combler une éventuelle lacune dans ses connaissances, ou préciser l'objet de questionnements pouvant surgir devant la prégnance de certains symptômes chez une ou un malade. Ce livre, d'une écriture fluide, précise, abondamment documentée, se parcourt rapidement tout en laissant au lecteur une impression de densité, convenant bien au sujet traité.

Le système incestue, comme le nomme l'auteure, est un monde du silence auquel tout un chacun, notamment médecin, peut participer ; qui fait croire aux victimes incestées que leur sentiment de solitude décrit une réalité définitivement inscrite comme un destin inexorable. Or, comme le souligne Charlotte Pudlowski dans sa préface: « *Souvenez-vous que l'épaisseur du silence vous fait croire à une solitude mensongère. Souvenez-vous que les silences se soulèvent, que vous avez le droit de parler. Que la parole se vit à plusieurs.* » Le psychiatre ne doit pas laisser passer l'instant où il peut incarner cet autre pour la victime incestée ; pour cela il doit être disposé à entendre, voir, parfois deviner, que c'est de cela dont on lui parle, et qu'elle ou il a cette responsabilité majeure de participer à lever le silence.

Cet ouvrage, non médical mais riche en enseignements pour les psychiatres, nous guide dans la connaissance des situations d'inceste, des incestueux (hommes et femmes, adultes ou jeunes). Il nous accompagne dans l'exploration du monde de l'incesteur, qu'il soit parent (proche ou éloigné), grand-parent, frère ou sœur. Il nous initie à cette conception très éclairante du système incestue dans ses différents aspects : l'inceste n'est pas l'affaire d'un (ou une) seul(e), c'est une pratique reposant sur l'action et le silence de plusieurs, faisant appel à la dimension du plaisir, et au phénomène de l'ambivalence notamment. Il précise certaines conditions et causalités de l'inceste en exposant l'histoire des abus sexuels dans la famille, en particulier la fréquence des répétitions transgénérationnelles de configurations semblables d'inceste. Il étudie la circulation de la parole et du silence sur l'inceste, à l'échelle familiale et à celle de la société au sens large. Il décrypte certaines figures mythiques de l'incesteur, ce qui s'avère très utile dans la pratique pour se forger une position rendant apte à entendre et chercher à comprendre cette pratique intimement liée au patriarcat.

Je recommande fortement la lecture, et relecture, de cet ouvrage très instructif et éclairant, tout à fait à la hauteur de l'ambition affichée par son titre : on y trouve de solides éléments pour comprendre la genèse de nombreuses situations de domination, y compris celles souvent rencontrées au cours de notre exercice.

Séminaire de formation et recherche 2021-2022. Philosophie et histoire de la psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, animé par Yann CRAUS et Jérémie SINZELLE

OBJECTIFS : découvrir l'histoire des idées en psychiatrie de l'enfant, connaître les grands concepts cliniques et leurs auteurs, analyser l'évolution des terminologies et des classifications, mettre en perspective les pratiques cliniques et thérapeutiques contemporaines, présenter des pistes de recherches en sciences humaines.

21 octobre : Une histoire du placement familial thérapeutique
Pascal RICHARD, psychiatre

18 novembre : Splendeurs et misères du modèle de la maladie, L'exemple des critères ultra high risk de schizophrénie
Arnaud Plagnol, philosophe

16 décembre : Hystérique, simulateur ou pervers ? L'itinéraire d'un enfant interné à la fin du XIXe siècle
Anatole LE BRAS, historien

13 janvier : Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), passeur de frontières
Evelyne LENOBLE, psychiatre

10 février : Réflexions sur la notion d'étiologie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Didier HOUZEL, psychiatre

10 mars: La connaissance du singulier en psychopathologie, entre histoire et philosophie de la psychiatrie
Elisabetta BASSO, philosophe

14 avril : Ce que l'énigme du genre de l'enfant fait à la psychiatrie et à la psychanalyse dans les années 1960-1980 aux Etats-Unis
Jean-Christophe COFFIN, historien

12 mai : Contrainte et consentement en santé mentale, quid des enfants ?
Livia VELPRY, sociologue

9 juin : Les symptômes scolaires chez l'enfant
Amos SQUVERER, psychologue

Entrée libre (contact : y.craus@ghu-paris.fr)
Horaire : de 17h à 19h
Grand amphithéâtre (ex-CMME 106 Rue de la Santé)

Hôpital Sainte Anne - GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
1, rue Cabanis 75014 Paris

Retransmission (visio) via les sites Internet :
php.hypotheses.org et bibliotheques.ghu-paris.fr

et sur le lien:

https://bibliotheques.ghu-paris.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=4&id_article=255



FORMATIONS

JOURNÉE DE PRINTEMPS de l'ODPC-PP, Session DPC. CONDUITES EXTRÊMES A L'ADOLESCENCE: Dispositifs et modalités d'une prévention des risques et des premiers soins

Vendredi 1 avril 2022 17h-20h
Maison de la Vie Associative : 9, rue Eugène Wiet, REIMS
Session animée par le Dr Thierry Delcourt

DPC n°39732200003 - en pré-inscription

ODPC-PP 21, rue du Terrage 75010 Paris Tél : 01 43 46 25 55 - e-mail : info@odpcpp.fr

Il suffit d'un rien pour que la vie d'un.e adolescent.e bascule : rupture sentimentale, humiliation, mise à l'épreuve par le groupe adolescent, quête d'identité troublée par des situations de vie difficiles, mal-être biopsychosocial, mauvaise rencontre.

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

Dans une société en mutation accélérée, l'adolescent.e peine à trouver sa place et son projet de vie. Comment exprimer son malaise et ses souffrances ? L'accroissement des addictions de tous types (drogue, écrans, jeu, sexe), des conduites extrêmes, la dérive délinquante et l'engagement terroriste, tout cela témoigne d'un désarroi et d'une quête d'identification, avec le risque de se perdre dans les affres de l'illusion de toute-puissance, d'une héroïsation et d'une destructivité contre l'autre et contre soi.

Pour le psychiatre, les questions sont : que faire, comment identifier le problème et faire face à ces risques ? Trouble, symptôme, souffrance, pathologie... il ne s'agit pas simplement d'une progressivité dans la gravité, mais de champs qui peuvent s'avérer différents : social, culturel, psychique, psychiatrique ou neuropsychiatrique. Parmi les troubles majoritaires chez les jeunes filles : trouble des conduites alimentaires, épreuves du corps, état anxieux et dépressif, suicide. Chez les garçons : addictions, désocialisation, troubles du comportement, trouble obsessionnel compulsif, état dépressif, suicide.

Les psychiatres doivent-ils s'en charger eux-mêmes, seuls ou associés à d'autres acteurs de la santé mentale, du social, de l'éducation, de la justice ? Comment répartir les actions de chacun entre les parents, le milieu scolaire, les ados entre eux, les psychiatres, les psychologues, les éducateurs-trices, les forces de sécurité ?

Chacun.e doit tenir son rôle sans confusion et dans le respect de l'adolescent.e, afin de comprendre, de cadrer, de soigner plutôt que le stigmatiser à cause de son comportement déviant. Cette attention permet d'anticiper la phase critique du passage à l'acte, de limiter sa brutalité et son imprévisibilité.

Heureusement, nombreux sont les ados qui vont bien et l'adolescence restera toujours un passage délicat qui oblige à franchir des épreuves multiples dans son corps, dans sa socialisation, dans sa sexualité, et donc des dangers à la mesure de sa mue et de ses obstacles. Si on constate que les ados sont de plus en plus nombreux à être en souffrance, c'est aussi qu'ils/elles osent le dire et faire appel, mais aussi consulter des psys, parfois de leur propre initiative.

Comment les psychiatres peuvent-ils agir pour les accompagner dans ce parcours d'obstacles et parfois d'errance, pour qu'ils-elles ne se mettent pas trop en danger, qu'ils-elles se trouvent dans leur vie, pour réussir à exprimer leur potentiel créatif que l'on doit réussir à révéler et à valoriser.

JOURNÉE DE PRINTEMPS de l'AFPEP. LES RISQUES ACTUELS À L'ADOLESCENCE: Comprendre, Prévenir, Soigner

Samedi 2 avril 2022 de 9h à 17h30
Maison de la Vie Associative : 9, rue Eugène Wiet, REIMS

Le monde bouge, nous bouscule, bouscule les ados qui en sont les témoins, les protagonistes, voire les otages et victimes. Il suffit d'un rien pour que leur vie bascule : rupture sentimentale, quête d'identité troublée par des événements de vie éprouvants : crise covid, mauvaise rencontre, éclatement familial...

De nouvelles formes de violences se développent à travers les réseaux sociaux qui banalisent ces actes et peuvent mener les victimes au suicide. La mise en scène de soi, de sa souffrance, peut conduire à des actes irrémédiables, comme ces autodestructions et suicides en direct qui sont censées faire le *buzz*.

Dans une société en mutation frénétique, l'adolescent(e) peine à trouver sa place et un projet de vie, essayant d'exprimer tant bien que mal un malaise, une attente. Pris dans des contradictions anxigènes, l'ado tente de se frayer un chemin dans une société dont il/elle n'a pas toujours les codes d'accès. L'accroissement des addictions, des conduites extrêmes, la dérive délinquante et terroriste ont mis en lumière ce désarroi et la quête d'identification qui peut s'égarer dans une illusion de toute-puissance, d'héroïsation et de destructivité aux accents suicidaires.

Quoi faire, comment faire face à ces risques ? Qui doit s'en charger et qui fait quoi ? Parent, milieu scolaire, ados entre eux, psychiatre, psychologue, éducateur-trice, forces de sécurité, chacun se doit d'assurer sa fonction en respectant l'ado, afin de le comprendre, le cadrer, le soigner sans stigmatiser son comportement déviant. Cette attention permet d'anticiper la phase critique du passage à l'acte, de limiter sa brutalité, son imprévisibilité. Ne dramatisons pas, nombreux sont les ados qui vont bien même si l'adolescence reste un passage délicat qui oblige à des épreuves, donc des dangers. Sont-ils plus nombreux à être en souffrance dans la période de crise covid et sociétale ? Ou osent-ils/elles le dire, faire appel, consulter des psys, parfois de leur propre chef ?

Comment les accompagner dans ce parcours d'obstacles, d'errance ? Comment les aider à prendre leur consistance existentielle ? N'oublions pas que la période adolescente est riche d'un potentiel créatif qu'il faut savoir révéler et valoriser.

Places limitées à **80**. Par prudence, s'inscrire auprès de l'AFPEP-SNPP : info@afpep-snpp.org ou de l'ARDPF dr.thierry.delcourt@gmail.com

Chèque à l'ordre d'AFPEP – adresse : 21 rue du Terrage 75010 Paris

Jauge limitée à 80. Inscrivez-vous rapidement auprès de l'AFPEP-SNPP : info@afpep-snpp.org

INSCRIPTION à la Journée de Printemps :

Membre psychiatre AFPEP* ou ARDPF**	40 €
Psychiatre non-membre	60 €
Autre, non-membre ARDPF	40 €
Autre, membre ARDPF**	30 €
Internes et étudiants	Gratuit
Formation permanente	60 €
Visioconférence.....	25 €

* Inscription SNPP-
AFPEP psychiatre, 1ère
année gratuite sans
engagement

** Inscription ARDPF 20€,
psychiatres et autres
professionnels

PROGRAMME

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

En partenariat avec ARDPF
Association Régionale Champagne-Ardenne des Psychiatres pour la Formation

Nos travaux seront dédiés à Samuel Paty, professeur assassiné le 16 oct. 2020

- 9h Accueil**
- 9h15 La crise ? Mais quelle crise ?**
Par Thierry Delcourt, pédopsychiatre, Reims
Présidente : Aurélie Tombelaine, psychiatre, Reims
Modérateur : Michel Jurus, psychiatre, Lyon
- 10h Mises en danger des adolescentes : dispositifs de prévention**
Par Malika Mansouri, psychologue, Maître de conférences, Paris
Président : Thierry Toussaint, psychiatre, Paris
Modérateur : Olivier Brunschwig, psychiatre, Paris
- 10h45 Pause**
- 11h Jeunes migrants : accueillir, soigner, prévenir**
Par Bertrand Piret, psychiatre, psychanalyste, Strasbourg
Présidente : Sofia el Alami, psychiatre, Reims
Modératrice : Françoise Duplex, psychiatre, pédopsychiatre, Paris
- 11h45 Identité, sexualité et genre**
Anna Konrad, Paris – Adeline Metten, Reims, Psychiatres
Président : Jacques Barbier, Psychiatre, Paris
Modérateur : Thibault Moreau, psychologue, psychanalyste, Reims
- 12h30 – 14h Déjeuner libre**
- 14h Passerelles du soin à la prévention et de la prévention au soin**
Par Julien Eutrope, pédopsychiatre, Reims
Modérateur : Thierry Delcourt, pédopsychiatre, Reims
- 14h30 Des cultures numériques à l'addiction : adolescence créative**
Géraldine Taillandier, Dir. Centre Saint-Ex culture numérique Reims
Modérateur : Elie Winter, psychiatre, Paris
- 15h Nouvelles drogues ? Expériences dramatiques**
Par Romain Bouillot, psychiatre, pédopsychiatre, Reims
Modérateur : Jean-François Visseaux, psychiatre, Reims
- 15h30 Pause**
- 15h45 Epistémè : un soin-étude sur mesures**
Par Patrice Charbit, psychiatre, St-Martin de Vignogoul
Modératrice : Béatrice Guinaudeau, psychiatre, Bordeaux
- 16h15 Point Écoute Jeune : expérience d'une psychiatre bénévole**
Par Annie Douce, Psychiatre, Reims
Modératrice : Adeline Metten, psychiatre, Reims
- 16h45 Les passerelles et médiations éducatives à l'adolescence**
Par Sébastien Delval, éducateur spécialisé en libéral, Reims
Modérateur : Claude Gernez, psychiatre, Enghien-les-Bains

Activité de Formation en 2021. Par Olivier BRUNSCHWIG, secrétaire général de l'ODPC-PP

Tout au long de cette année encore dominée par la raréfaction des réunions avec présence physique des participants, du fait de la situation sanitaire et administrative liée à l'épidémie Covid-19, l'ODPC-PP a dû attendre le printemps pour pouvoir enfin proposer des sessions de formation. Le choix de ne pas faire de formations à distance repose, comme cela a été préalablement écrit dans ce bulletin, sur plusieurs arguments que je rappellerai rapidement. Ils sont bien entendu discutables, mais l'addition des divers facteurs a fait opter pour cette formule. En premier lieu la transformation en présence virtuelle aurait nécessité d'assumer une complexité technique et organisationnelle supplémentaire pour notre équipe de bénévoles déjà très sollicités par leurs activités médicales et autres ; ensuite, l'interactivité intense et chaleureuse au cours des réunions en présence physique est un aspect majeur de « l'identité ODPC-PP » auquel nous tenons beaucoup, et ne nous paraît pas facilement transposable en visioconférence ; enfin, nous n'avons pas souhaité proposer de séances supplémentaires de ce type aux collègues déjà très souvent astreints à de fréquentes sessions devant l'écran de leur ordinateur, pour des téléconsultations et d'autres réunions de travail. L'ambiance chaleureuse vécue et le nombre de participants lors des réunions tenues à partir du printemps semblent donner raison à ce choix.

Au moment de la rédaction de ce bulletin, quatre sessions ont été réalisées cette année : deux au local de Paris en juin « **Patients en souffrance au travail : Diagnostics, soins, traitements** » et octobre « **Santé mentale et migration : spécificités de la clinique avec les migrants, demandeurs d'asile, réfugiés** », deux autres en complémentarité des Journées Nationales de l'AFPEP-SNPP à Arles en octobre « **La consultation en pédopsychiatrie : considérations déontologiques et éthiques** » et « **Partage d'informations, secret professionnel, signalement : évolution du cadre légal et questions éthiques** ». Une dernière formation pour cette année est prévue le 18 décembre 2021, qui proposera à nouveau pour celles et ceux n'ayant pu y assister à Arles : « **Partage d'informations, secret professionnel, signalement : évolution du cadre légal et questions éthiques** ».

En 2022, l'ANDPC, organisme de tutelle, a annoncé la reconduction automatique des formations validées en 2021. L'ODPC-PP est donc d'ores et déjà en mesure de proposer dix formations précédemment réalisées sur divers thèmes : souffrance au travail, santé mentale et migration, conduites extrêmes à l'adolescence, prescription en psychiatrie, éthique et psychiatrie, souffrance au travail des médecins libéraux, psychosomatique relationnelle, déontologie et éthique en pédopsychiatrie, partage d'informations préoccupantes et signalements, psychiatrie et éthique du juste et du bien. Auxquelles s'ajouteront celles en cours d'élaboration sur d'autres aspects de la pratique psychiatrique libérale, notamment : géronto-psychiatrie, thérapies comportementales et cognitives, expertise en psychiatrie. Et d'autres encore à venir, car l'intérêt pour la transmission et le développement de la compétence et de l'éthique est intense et sans cesse renouvelé dans ce groupe de psychiatres.

Pour 2023, un renouvellement complet est à prévoir, du fait d'un probable changement du système de validation des actions de formation auprès de l'ANDPC. D'une part les « Orientations Prioritaires », qui définissent les thèmes et les contenus de formations donnant accès à la validation (et donc le dédommagement des participants), seront très certainement renouvelées comme c'est le cas régulièrement depuis plusieurs années. D'autre part le système DPC devrait être intégré, dans un délai non encore précisable, dans le projet de recertification des médecins, encore en cours d'élaboration. Le BIPP tiendra ses lecteurs au courant de cette évolution majeure de la formation médicale post-universitaire.

Je souhaite à toutes et tous un appétit de formation et une soif de connaissances les plus grands possibles, et qui les incitent à venir participer aux sessions de l'ODPC-PP souvent inédites, parfois innovantes, toujours bienveillantes et sources de savoir durable !



Stand AFPEP-SNPP

Accueil et débat avec les congressistes

Forum des Associations AFPEP-SNPP

1 décembre 10h30 (FA11)

Le psychiatre libéral, et le patient, face à l'hospitalisation sous contrainte

- **Les internements abusifs**
Orateur : Michel JURUS - Lyon
- **Ce que l'hospitalisation sous contrainte oblige de l'engagement du psychiatre**
Orateur : Elie WINTER - Paris
- **Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable**
Orateur : Patrice CHARBIT - Montpellier (en remplacement de Thierry DELCOURT)

Rencontre avec l'expert

3 décembre 2021 08h00 (R12)

Diagnostic, soin et déontologie en pédopsychiatrie : pressions et remaniements

Orateur : Thierry DELCOURT - Reims

ACTUALITÉ DE NOS AFFILIATIONS

AvenirSpé : Évolution. Par Claude GERNEZ

Fort de son succès incontestable lors des dernières élections, AvenirSpé s'organise pour devenir l'interlocuteur efficace des instances décisionnaires avec les représentants desquelles les rencontres s'intensifient. Ainsi, les revendications et, surtout, les propositions des différentes spécialités se font entendre, discutées d'abord durant les réunions du bureau et du CA.

L'actualité porte à analyser les conséquences de la signature de l'avenant 9, le 20 juillet dernier dont l'arrêté a été publié le 22 septembre et qui a permis l'augmentation significative du CNPSY. Mais il faut désormais envisager la prochaine convention de 2023 et lors de la reprise à ce moment de l'ensemble de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), il faudra défendre à nouveau notre tarification en maintenant le paiement à l'acte, et en évitant le piège des forfaits. Cette négociation sera d'autant plus tendue que l'avenant 9 nous est favorable et que nous y serons renvoyés !

Un effort important, sous l'impulsion du Président, Patrick Gasser, vise à améliorer la communication et faire connaître le syndicat et ses prises de positions face aux événements de l'actualité médicale.

Un autre axe d'activité consiste à chercher des convergences avec d'autres syndicats éventuellement susceptibles de supporter des actions communes. Dans ce registre, les synergies avec MG France, autre grand gagnant des dernières élections, sont envisagées et font l'objet d'une approche réciproque. Les relations entre les MG et les pédiatres demeurent un point de discussion très difficile, les positions de chacun semblent difficilement conciliables, de même la demande d'accès rapide vers les psychiatres et plus encore les pédopsychiatres, toujours importante, ne trouvera pas de réponse simple. Cependant, cette ouverture, à priori pas évidente, constitue un axe de travail indispensable à des actions conjointes sur le plan des actions conventionnelles mais surtout pour envisager des évolutions de la pratique médicale.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) s'installent sur l'ensemble de la France très soutenues par les ARS, et bien investies par l'ensemble des médecins spécialistes en médecine générale, ces structures poly-catégorielles s'articulant avec les Groupement Hospitaliers de Territoires (GHT). Les spécialistes n'y retrouvent pas toujours bien leur place, c'est pour cette raison qu'AvenirSpé envisage une organisation compatible avec les deux précédentes mais plus efficace en ce qui concerne l'accès aux soins, avec l'objectif de prendre en compte les patients en situation de précarité. Il est difficile à ce niveau de la réflexion de communiquer des informations plus complètes ; mais, pour l'essentiel, il s'agit de collecter des pratiques particulières ayant fait la preuve de leur efficacité au niveau de la prise en charge des patients et de l'échange d'informations les concernant. Les Équipes de Soins Spécialisées se trouvent en discussion selon ces principes.

Il convient enfin de rappeler que nous disposons d'une place dédiée sur le site d'AvenirSpé où les textes peuvent être postés.

Quoi de neuf côté FFP ? Jean-Jacques BONAMOUR

La FFP, c'est la Fédération Française de Psychiatrie, fédération la plus souvent méconnue des psychiatres eux-mêmes, mais qui regroupe plus de trente associations et sociétés savantes : sa création il y a plus de 25 ans a répondu à une demande des pouvoirs publics de pouvoir s'adresser à un interlocuteur unique, représentant suffisamment la profession.

Et ça a très bien marché pendant longtemps, les psychiatres libéraux, hospitaliers (universitaires ou pas), les pédopsychiatres y ont trouvé longtemps leur compte, œuvrant à différents travaux et éditant leurs propres conférences de consensus, car tel était le terme de l'époque.

Malheureusement, pour des raisons obscures et sans pour autant paraître recommandables, les universitaires ont pris le parti de quitter la FFP il y a une bonne dizaine d'années : depuis, chacun des produits de la scission revendique l'autorité et la légitimité, les universitaires d'un côté, le CNQSP (collège national pour la qualité des soins en psychiatrie), et ce qui reste de la FFP tout autant.

Pour couronner le tout, les pouvoirs publics ont imposé la création dans chaque spécialité d'un Conseil National Professionnel (CNP, en l'occurrence CNPP pour la psychiatrie), dont la charge serait essentiellement de contribuer à la définition des thématiques prioritaires en matière de formation continue, et de veiller à faire respecter les procédures (à définir) pour la re-certification des praticiens (ça vous pend au nez, les plus jeunes !).

Il faudrait sans doute deux ou trois BIPP pour dessiner le paysage de la représentation des professionnels de la psychiatrie, et sans doute un effet soporifique massif serait à prévoir, tant le sujet est aussi complexe qu'assez peu intéressant, tant il montre combien le morcellement et la désunion peuvent prévaloir, prix de rivalités personnelles et d'un culte immodéré du narcissisme des petites différences...

Restons-en à l'actualité de la FFP contemporaine, et à ses actions :

1. La première est sans doute d'avoir contribué à mener une action commune entre associations professionnelles et associations d'usagers, en vue de contester les intentions malfaisantes de l'ARS Nouvelle Aquitaine, notamment, ce qui a pris la forme d'un âpre combat contre une politique de détricotage de la pédopsychiatrie au niveau des CMPP, au profit du seul dépistage de l'autisme et TND ;

2. La seconde rejoint la première, car en créant il y a deux ans environ le Comité Permanent de l'Autisme et des TND de la FFP, elle a permis de mettre à profit la collaboration avec Moïse Assouline, membre du Conseil National de l'Autisme et des TND, dans le but de faire des propositions travaillées par un large panel de professionnels de terrain, qui vont être présentées le 16 novembre prochain au Ministère des Solidarités et de la Santé : ainsi, la FFP « reste au contact » sur les questions TSA-TND, ce qui n'était pas gagné, tant certaines associations de familles ont pu tout faire pour que la FFP soit exclue de ce champ, pour cause de psychanalyse...

3. La troisième tire aussi du côté de la défense de la pédopsychiatrie, via l'organisation de Journées de travail sur deux jours au moins, chaque année depuis six ans, avec une participation très consistante, de l'ordre de 150 personnes,

4. Enfin, la FFP continue de tenter le même pari dans le champ de la psychiatrie d'adultes, en organisant cette année des Journées consacrées à la question du consentement, la première partie s'étant déroulée au printemps, et la seconde, prévue en novembre, a dû être décalée une nouvelle fois en 2022 (date à définir ultérieurement).

A noter que les activités de la FFP se sont accommodées tant bien que mal de la pandémie, en passant notamment par la visioconférence pour toutes les réunions mensuelles de CA ; à noter également que l'AFPEP-SNPP tient une place importante dans le fonctionnement de la FFP, dont elle fournit un président tous les quatre ans, l'actuel président n'étant pas moins que notre dernier ex-président de l'AFPEP, Claude Gernez. JJBDT 23 10 2021

ALFAPSY

10^{èmes} Rencontres Francopsies
Mercredi 25 au mardi 31 mai 2022
ÉVIAN Théâtre Jean Riboud (Casino)

Le temps de la rencontre dans le champ de la psychiatrie

Argument

Dans notre époque placée sous le signe de l'hyper-individualisme, interroger la valeur thérapeutique de la rencontre relève du défi ! Pourtant le soin en psychiatrie ne peut se dispenser de donner à chacun, dans la rencontre, sa temporalité propre, condition essentielle de tout changement possible.

En ce sens, le soin suppose, de part et d'autre de la relation, de se donner le temps d'accueillir les effets toujours inattendus de cette rencontre.

Considérant qu'elle est inter-relationnelle, la rencontre est profondément conditionnée par l'influence des discours sociaux. La souffrance psychique et les soins étant aussi à considérer comme des faits de discours, il nous apparaît essentiel d'interroger la rencontre thérapeutique à l'aune des changements sociaux induits par la place que prennent aujourd'hui, par exemple les réseaux, le numérique, tout comme la pandémie du Covid 19, etc.

Cette perspective clinique de la rencontre dans le champ de la psychiatrie repose, de fait, sur la rigueur éthique du praticien, corrélée à sa liberté de penser la conduite du soin au-delà des recommandations et autres protocoles imposés.

À cet égard, Évian n'est-elle pas la ville des « Accords » emblématiques de toutes les Indépendances?

Bienvenue en Haute-Savoie pour les 10^{èmes} Rencontres Francopsies au néologisme qualificatif étymologiquement si précieux : les Rencontres de la psychiatrie libre !

- Le **Comité d'Organisation (CO)** comprend : outre Dominique Texier (coordinatrice), les représentants statutaires, Michel **Jurus** Président élu 2022, Marie-Noelle **Benoit** Trésorière Adjointe, Paul **Lacaze** (administrateur ALFAPSY), Olivier **Brunschwig**, Jean **Golaz**
- Le **Conseil Scientifique (CS)** s'appuie sur :
 - 1/ tous les membres du Conseil Scientifique Permanent ALFAPSY (statutaire):
Hachem **Tyal** (coordinateur), Aïda Sylla et Michel **Jurus** (Co-présidents du congrès),
Marie-Jo **Bourdin**, Malika **Khomaïs**, Jalil **Bennani**, Hervé **Bokobza**, Paul **Lacaze**, Sofiane **Zribi**,
 - 2/ certaines membres du Comité International ALFAPSY, tels que :
Françoise **Linard**, Josiane **Vidal**, Sami **Richa**, Yorgos **Dimitriadis**, Ceylin **Ozcan**,
Stéphanie **Larchanché**, Michel **Botbol**, Jean-Yves **Dartiguenave**, Christian **Hoffmann**,
Patrick **Landman**
 - 3/ les membres Conseillers scientifiques invités pour leur apport scientifique reconnu
Thierry **Delcourt**, Françoise **Duplex**, Béatrice **Guinaudeau**, Marie **Dagault**,
François **Ansermet**, Alain **Vanier**, Dominique **Tourres Landman**

Avant-programme scientifique

1. **Axe thématique 1**, le **jeudi 26 après-midi** relatif aux différentes modalités possibles de « rencontres » en psychiatrie (y compris à distance) ; en introduction **conférence inaugurale** (hors invitations Autorités) sur « **La question du temps de/ et/ dans la rencontre** » ; autre exemple, « **la question de la « rencontre comme 'espace-temps'** » (avec son côté sacré – à la manière du Temple grec –, ses répétitions et ses rituels, son dedans et son dehors ou son avant et son après, son intensité duelle comme dans ce « bout de chemin à faire ensemble » et encore l'importance de la séparation, la scansion, source d'indépendance et d'advenue de ce qu'il en est du sujet, etc.
2. **Axe thématique 2**, le **vendredi 27 toute la journée** centré sur les **patients et leurs pathologies**, selon les contextes, historiques, culturels, socioéconomiques, pandémiques, etc.,
 - en incluant le **matin le DPC AFPEP** (3 h sur « Conditions éthiques et déontologiques de la consultation en pédopsychiatrie »)
 - et l'**après-midi le Sympo AFPEP** « Pédopsy »
3. **Axe thématique 3**, le **samedi 28 matin** concernant les **approches soignantes**, traditionnelles, pluridisciplinaires, modernes, post--modernes, psychodynamiques, neurobiologiques, etc.
4. **Axe thématique 4**, le **samedi 28 après-midi** portant sur « **le lien entre soin et social** » sous l'angle psychologique, anthropologique, sociologique et du travail social
5. **Cérémonie de clôture, samedi 28 après 18h**, en présence des Autorités invitées, comprenant :
 - la **synthèse** et les conclusions des thématiques,
 - la **conférence finale**

Soirée festive, à partir de 20h

+ **les Rencontres de Terrain** : (mettre en évidence la question du temps dans la rencontre dans le champ de la psychiatrie). On pense à :

- **Rencontre avec les étudiants**, le jeudi 25 à Lyon
- **CMPP** Thonon-les-Bains
- Visite du **Musée de l'Art Brut de Lausanne**
- Visite du **Musée des Thermes Évian**
- Clinique privée, **spécialisée haute montagne** Hte Savoie
- Centre de soin **CMP Plateau d'Assy** (Chamonix)
- Etc.



La rencontre, Gustave Courbet, 1854

Ouverture des inscriptions

À partir du 15 novembre 2021 mise en ligne des tarifs promotionnels et des modalités de participation aux 10^{es} Rencontres Francopsies sur le site <https://www.alfapsy-international.org> et auprès de

Michel Jurus pour l'AFPEP, michel.jurus@gmail.com

Paul Lacaze pour ALFAPSY, paul.lacaze.pl@gmail.com

En s'y prenant tôt, profiter des tarifs préférentiels et de la disponibilité des hôtels sélectionnés et pré-réservés par ALFAPSY (sur demande)

Présentation d'ALFAPSY

Depuis son origine, en l'an 2000, ALFAPSY, fédération internationale francophone de psychiatrie, propose les « Rencontres Francopsies » centrées sur une clinique humaniste soutenue par la richesse du mélange des cultures qui ne permet plus vraiment de séparer ce qui relève de l'identité et de l'altérité. Nous sommes ensemble, si différents et à la fois si proches ! Ces Rencontres Francopsies ont donné, à nombre de praticiens et d'organisations professionnelles de l'aire francophone dans le Monde, l'occasion de renforcer l'idée que la psychiatrie, comme discipline médicale de l'humain confronté à sa souffrance, ne prend tout son sens que dans une clinique psychodynamique au sein d'une dimension relationnelle et intersubjective entre soignants et soignés. Un humain souffrant de troubles psychiques ne peut être réduit ni à un organe ni à un dysfonctionnement neurologique seulement « corrigé » par de la rééducation ou des médicaments. Au contraire, une démarche médicale rigoureuse suppose et nécessite, dans une telle relation asymétrique, rencontre toujours inédite, un engagement réciproque dans lequel patient et praticien se laissent affecter jusqu'à interroger leur condition existentielle.

C'est le même parcours, la même démarche, adaptée, que l'on retrouve depuis plus de 20 ans dans la création et le développement d'ALFAPSY avec ses différentes manifestations : Rencontres Francopsies, Colloques InterPsy, Rencontres CitéPsy.

Par conséquent les 10èmes Rencontres Francopsies à Évian célèbreront, outre le 60^e anniversaire des fameux « Accords », le 20^e anniversaire de la création d'ALFAPSY.



Syndicat National des Psychiatres d'Exercices Privés
21, rue du Terrage – 75010 PARIS
Téléphone : 01 43 46 25 55
Site internet : www.afpep-snpp.org - courriel : info@afpep-snpp.org

COTISATION 2021

Docteur

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. pro : Portable :

E-mail (impératif pour recevoir la newsletter) :

Année de naissance : Année d'installation :

- Exercice libéral
- Exercice médico-social
- Hospitalisation privée
- Hospitalisation publique

merci de cocher tous vos modes d'exercice

règle sa cotisation A.F.P.E.P. – S.N.P.P. pour 2021 :

- **Gratuité pour la 1ère année de cotisation ou 1ère année d'installation : 0 €**
- 2ème et 3ème année d'exercice : 180 €
- **4ème année d'exercice et au-delà : 375 €**
- Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : 125 €
- Retraité actif : 310 €
- Psychiatre ayant cessé d'exercer : 50 €
- Interne : 0 €

- Par chèque bancaire ou postal à l'ordre du **S.N.P.P.**
en imprimant ce bulletin à remplir et à envoyer par la poste à
AFPEP-SNPP, 21 rue du Terrage, 75010 Paris
- **Par virement bancaire (en indiquant en motif vos nom et prénom) à :**
IBAN : FR76 3006 6105 6100 0103 7470 147 (Banque CIC Parmentier)
BIC : CMCIFRPP
Et envoyez ce bulletin rempli à info@afpep-snpp.org

➤ **Par carte bancaire en ligne sur le site HelloAsso :**
<https://www.helloasso.com/associations/afpep/adhesions/appel-de-cotisation-snpp-2021>
En se rendant sur le site helloasso.com, et sur l'onglet rechercher une association : **AFPEP**

Président: Michel JURUS – Secrétaire Général: Elie WINTER

« Décomplexés », 19ème JOURNÉE DE L'ASSOCIATION ISADORA. Montpellier, 3-4 juin 2022



Les deux années écoulées n'ont fait qu'aiguiser un peu plus la pertinence de la thématique que l'équipe d'Isadora avait choisie pour ses dernières journées. Les rencontres de 2022 la reprennent cependant un peu différemment.

Il nous semble opportun d'insister un peu plus sur le versant d'abandon de la retenue et nous sommes ainsi passés du « Sans Complexe » au « Décomplexés ». De nos jours, la civilisation ferait-elle moins barrage à la barbarie ? C'est cette évolution que nous aimerions cerner au mieux.

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

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

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

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

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

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

L'équipe d'ISADORA

Centre psychothérapique Saint Martin de Vignogoul, 34570 Pignan. Tel : 0467078686.
Tarif psychiatres : 100€, comprenant participation aux journées, cocktail d'înatoire et déjeuner.
asso.isadora@gmail.com <http://www.isadora-vignogoul.com>

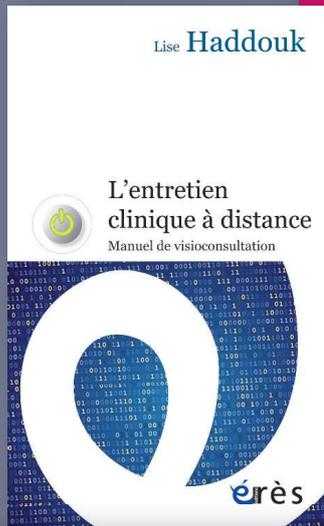
Lise Haddouk

L'ENTRETIEN CLINIQUE À DISTANCE

Manuel de visioconsultation

Lise Haddouk présente ici la méthodologie et les spécificités de ces entretiens qui allient les apports des nouvelles technologies à ceux de la théorie psychodynamique. Son travail s'inscrit dans le champ de la cyberpsychologie (psychologie du numérique) à la frontière de la psychologie cognitivo-comportementale, des neurosciences et de la psychologie sociale qu'elle enrichit en intégrant l'apport de la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique.

Préface de Yolande Govindama
Postface de Stéphane Bouchard
304 pages, 15 €

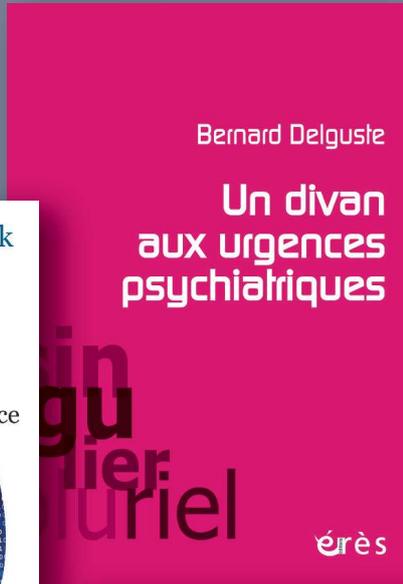


Bernard Delguste

Un divan aux urgences psychiatriques

UN DIVAN AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

À partir de son expérience aux urgences psychiatriques d'un hôpital général, l'auteur appréhende cette « clinique des bords humains » dans ses deux dimensions principales et essentielles – l'étape diagnostique et l'orientation du patient – mais également et surtout dans une attention portée à la parole et à ses effets.
136 pages, 16 €



Marie Rajablat

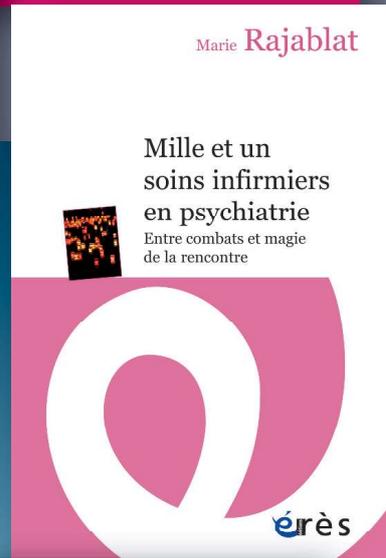
Mille et un soins infirmiers en psychiatrie

Entre combats et magie de la rencontre

MILLE ET UN SOINS INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE

Entre combats et magie de la rencontre

C'est un livre de conteuse des soins, même si c'est une infirmière, parfois guerrière, qui l'a écrit. Elle raconte tout ce que l'on voudrait savoir sur ce métier mais que l'on ne dit jamais et qui est encore moins enseigné.
216 pages, 15 €

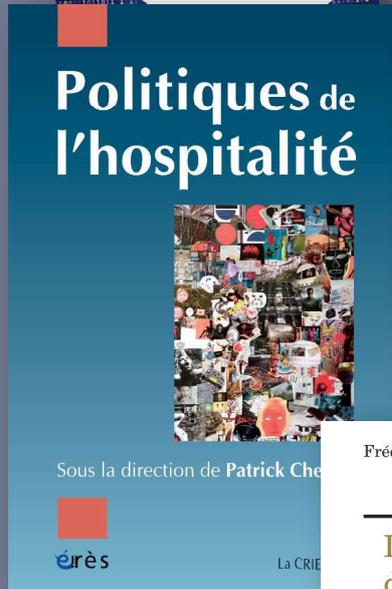


Sous la direction de Patrick Chemla

POLITIKES DE L'HOSPITALITÉ

Penser l'hospitalité en psychiatrie à l'entrecroisement hétérogène de plusieurs champs – psychanalytique, philosophique, littéraire, poétique – s'impose avec insistance. Les auteurs témoignent de leur engagement à travers de nombreuses histoires cliniques.

208 pages, 23 €



Frédéric Mougeot

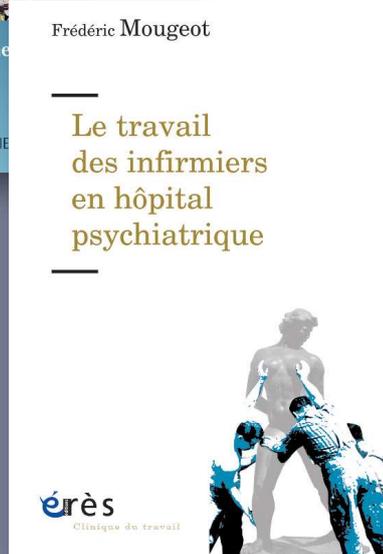
Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique

Frédéric Mougeot

LE TRAVAIL DES INFIRMIERS EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

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

248 pages, 23 €



EN LIBRAIRIE

ou à défaut :
Éditions ères
33 avenue Marcel Dassault
F-31500 Toulouse
Tél. 05 61 75 15 76
e-mail : eres@editions-eres.com