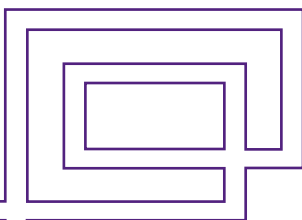


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

PERSPECTIVES ET PRATIQUES

AFPEP - SNPP

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

Les publications :

Psychiatries
revue de recherche et d'échanges

BIPP
Bulletin d'Information
des Psychiatres Privés

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

Caractères
la newsletter

Secrétariat de la Rédaction

141, rue de Charenton
75012 Paris
Tél. : 01 43 46 25 55
Fax : 01 43 46 25 56
E-mail : info@afpep-snpp.org
Site web : <http://www.afpep-snpp.org>

Responsable de la publication :
Patrice Charbit

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Sommaire

Éditorial – <i>Patrice Charbit</i>	p. 3
Nouvelles syndicales	
- <i>Claude Gernez</i>	p. 4
- <i>Avenant 8 - Jean-Jacques Bonamour du Tartre</i>	p. 4
Sur le front	
- <i>Rencontre à l'Assemblée Nationale</i> <i>Michel Marchand</i>	p. 5
- <i>Rencontre au Ministère – Patrice Charbit</i>	p. 5
Le DPC comme si vous y étiez	
- <i>Un parcours du combattant – Patrice Charbit</i>	p. 6
Le SNPP dans le paysage syndical psychiatrique <i>Élie Winter</i>	p. 7
Dialogue père et fils – <i>Michel Marchand</i>	p. 8
Le mot du rédacteur – <i>Thierry Delcourt</i>	p. 14
Olivier Grignon nous a quittés	
- <i>Hommage – Anne Rosenberg</i>	p. 15
- <i>Note de lecture – Françoise Labes</i>	p. 16
- <i>Texte de Dinan – Olivier Grignon</i>	p. 17
Histoire de la psychiatrie – <i>Jérémie Sinzelle</i>	p. 22
Mémoire d'un neuro-psychiatre – <i>René Mirsrahi</i>	p. 24
Les lumières de Lyon – <i>Didier Gauchy</i> <i>Anne Rosenberg – Michel Jurus</i>	p. 26
Réforme de la Loi, de 1990 à 2013 <i>Élie Winter</i>	p. 27
Symposium – <i>Jacques Barbier</i>	p. 29
Les fondamentaux de l'AFPEP <i>Français et anglais traduit par William Markson</i>	p. 30
DÉSIR DE LIVRES	
CAHIER CENTRAL	
Bulletin d'adhésion 2013	p. I
Le mot du trésorier – <i>Béatrice Guinaudeau</i>	p. II
Fenêtre sur l'actualité internationale <i>Paul Lacaze</i>	p. III
Nos prochains rendez-vous	p. VII

Éditorial

Tenir bon

Au dire de ceux qui y ont assisté mais aussi de ceux rencontrés qui en avaient entendu parler, les récentes XLII^{èmes} Journées Nationales de la psychiatrie Privée, intitulées « Résistance », ont été un beau succès.

En collaboration avec la Mairie de Lyon que nous remercions une fois encore des conditions qu'elle nous a octroyées, nous avons pu explorer des aspects, si ce n'est inédits tout au moins passionnants, de ce que peut recouvrir le concept de « Résistance ».

De la formation du « moi » à l'invitation à se confronter à ce qui ne cède pas, en passant par le témoignage de confrères tunisiens au cœur d'une révolution, sans oublier les recherches concernant le « holding » ou le « packing » ni la dénonciation de normes stérilisantes ou la stigmatisation et j'en passe, ces rencontres ont été d'une richesse qui contraste avec la langue de l'ennui si souvent proposée.

Résister n'est pas cultiver le passé, mais consiste plutôt en un processus de subjectivation qui laisse, à celle ou celui qui en accomplit le parcours, un parfum indélébile de transformation intérieure. A jamais marqué, notre appréhension du monde s'en trouve changée.

A sa mesure, en tenant bon sur ses fondamentaux, c'est le chemin que tente d'emprunter l'AFPEP – SNPP en résistant au nom « des règles du métier ». De l'avis de ceux qui y participent, cette expérience aguerrit le regard et le tempérament.

La psychiatrie privée pourrait être profondément bouleversée par la réforme en cours et il ne conviendrait pas que nos pratiques soient dénaturées. C'est pourquoi l'AFPEP – SNPP sera tout particulièrement attentive à un certain nombre de dérives :

- l'idéologie scientiste et la bureaucratie aspirent à une emprise toujours plus grande sur les praticiens,
- le paiement à l'acte est progressivement réduit (jusqu'à la portion congrue ?) avec la mise en place du « paiement à la performance » et, d'un autre biais, du « tiers payant généralisable ». Cela augurerait-il d'un financement arbitraire des soins ?
- la formation continue et l'évaluation des pratiques peuvent sombrer dans un formatage alors qu'elles pourraient prétendre à un grand intérêt si elles relevaient d'une « médecine basée sur les faits »,
- les missions du psychiatre seraient d'expertise au détriment d'une clinique quotidienne,
- l'uniformisation des pratiques. Les référentiels métiers. Le poids des lobbies dans les choix thérapeutiques,
- et surtout les soins de qualité pour tous délaissés au profit d'une hiérarchisation financière.

C'est pour y défendre ses principes que l'AFPEP – SNPP s'engage au sein du Conseil National Professionnel de la Psychiatrie, au sein de la Commission Scientifique Indépendante, au sein de la Fédération des Spécialités Médicales. Ces instances auront un rôle éminent sur l'évolution de la psychiatrie française. Nous y serons un acteur vigilant.

Patrice Charbit
Président de l'AFPEP – SNPP

Nouvelles syndicales

Comme on pouvait s'y attendre, le CAS contrat d'accès aux soins a dépassé les 8 000 signatures, permettant sa mise en place au 01/10 le chiffre, national, ne peut pas être vérifié puisque les CPAM, certaines à coup sur, refusent de donner les chiffres de leur département.

La suite nous montrera, selon les informations données dans l'avenir par les confrères, ce qu'il en sera vraiment des avantages de ce dispositif. Notons d'emblée que les mutuelles ne semblent pas coopérer comme il était prévu lors des négociations précédant la signature de l'avenant 8. Ceci priverait l'ensemble du système d'un de ses intérêts et aussi de sa clarté.

Concernant la caisse de retraite, la CARMF fait l'objet de manipulations diverses, entre le gouvernement qui projette de mutualiser les diverses caisses des professions libérales, et le président, coopté et non élu qui veut transformer la structure pour un système reposant sur des fonctionnements ultra-libéraux, il semble cohérent d'opter pour une observation vigilante avant d'engager toute action.

L'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) a été fixé à la baisse pour la médecine libérale, à +2,4 % ce qui n'augure rien de bon pour l'année à venir.

Claude Gernez

Avenant 8 : Contrat d'accès aux soins : faut être parano, mais quand même

Il est clair que la CNAM investit beaucoup dans la vente auprès des médecins de secteur II de son contrat d'accès aux soins, dont on voit qu'il constitue un argument majeur de communication : sans doute est-il essentiel de démontrer que tout est fait pour faire progresser l'accès aux soins, et qui pourrait s'y opposer ?

Mais en quoi consiste t-il ?

- en une proposition faite à un certain nombre de praticiens du secteur II « éligibles », c'est-à-dire dont le taux de dépassement varie entre 70 et 110 % du tarif opposable ;
- dans laquelle il est demandé au praticien de bloquer son taux de dépassement au niveau actuel ;
- en échange d'une meilleure participation de l'Assurance Maladie aux charges sociales du praticien ;
- et d'un meilleur niveau de remboursement des patients, aligné alors sur le tarif des secteur I, soit 43,70 euros contre 37,30 euros ;
- selon un contrat de trois ans dénonçable chaque année.

A priori, un avantage intéressant, et habilement présenté lors de la visite du représentant de la CNAM dans un « état de pratique tarifaire » de l'année précédente, où il est démontré qu'il pourrait consister en une participation de l'Assurance Maladie et des gains potentiels sur honoraires, dans une fourchette bien vague (écart de 1 à 10 !).

Sans doute un certain nombre de praticiens ayant atteint le niveau maximum de dépassement en fonction de leur clientèle n'y trouveront que des avantages, à première lecture.

Mais chat échaudé craint l'eau froide, et l'on sait comment des avenants successifs peuvent être introduits sous des prétextes divers, permettant de soumettre les avantages promis à des conditions peu réalisables.

A chacun de bien peser le pour et le contre, en fonction de sa situation tarifaire, de sa durée probable d'exercice, et de son attachement à la liberté de fixer ses honoraires...

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Sur le front

Rencontre à l'Assemblée Nationale

La mission parlementaire d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie a reçu l'AFPEP – SNPP le 27 Juin 2013 à l'Assemblée Nationale.

Nous avons été le seul syndicat représentant des psychiatres privés à y est auditionné. Sous la responsabilité attentionnée de son rapporteur Mr Denys Robiliard, nous avons rappelé combien la file active des patients était la même que celle du secteur public, que nous étions au plus proche de l'urgence et de la continuité des soins, dans une grande disponibilité horaire et une offre de soin diversifiée.

Les fondamentaux de notre métier, l'indépendance professionnelle, le libre choix du praticien, de la thérapeutique, notre attachement à la solidarité nationale par le biais du remboursement de l'Assurance Maladie y ont été exposés, ainsi que notre exaspération de l'envahissement des protocoles inconsidérés et chronophages.

Aux différentes questions de la mission concernant l'articulation secteur public et privé, délégation des compétences, organisation spatiale des praticiens, nous avons précisé que du point de vue des psychiatres privés, il n'y avait pas d'opposition avec le secteur public, que nous travaillions tous dans l'intérêt de la collectivité nationale, mais avec nos spécificités. Le déséquilibre spatial de la répartition serait certainement amélioré par une revalorisation du CNPsy, quand au nombre de psychiatres il est le résultat d'années de planification du numerus clausus.

Très attentif aux positions que nous avons soutenues, bien différentes de ce qu'il avait entendu une semaine auparavant de la part des représentants des universitaires, le rapporteur a souhaité organiser ultérieurement une «confrontation» des différents point de vue au sein de la psychiatrie.

De toute évidence la réalité de notre pratique d'exercice privé nécessite d'être sans cesse expliquée et défendue pour asseoir notre spécificité dans le prochain texte de loi sur la santé publique et son volet psychiatrique.

Michel Marchand

Prise de contact au Ministère

Nous sollicitons depuis longtemps une rencontre avec des conseillers du Ministre en charge de la santé. La précédente équipe ministérielle n'en avait pas trouvé l'opportunité. Après un courrier accompagné du numéro de notre revue « Psychiatries » intitulé « Être psychiatre aujourd'hui » envoyé à tous les députés de la « Commission Santé Mentale », au conseiller pour la santé de la Présidence de la République ainsi qu'à notre Ministre de tutelle, nous avons enfin obtenu un rendez-vous avec deux conseillères de la Ministre.

Nous avons été écoutés attentivement par des personnes connaissant parfaitement le dossier. Nous avons pu procéder à un tour d'horizon relativement vaste des questions en souffrance et souligner notre incompréhension indignée du récent « Plan autisme ». Les désaccords n'ont pas empêché de « prendre langue ».

Le lien entre l'équipe ministérielle en place et notre syndicat existe donc désormais, ce que nous avons pu vérifier lors des échanges suscités par la mise en place du Conseil National Professionnel de la Psychiatrie.

L'AFPEP – SNPP sera consultée lors des discussions prévues pour une loi plus générale attendue pour 2015.

A suivre...

Patrice Charbit

Le DPC comme si vous y étiez

Représentation de la psychiatrie : Choisir son camp ?

La mise en place du DPC*, et son corollaire la constitution du CNPP* (Conseil National Professionnel de Psychiatrie), exacerbent les oppositions au sein de la psychiatrie française. La situation n'est certes pas nouvelle, elle remonte à deux siècles, tenants d'une psychopathologie et tenants d'une origine organique des troubles psychiques se sont toujours affrontés, mais il restait jusque-là de la place pour un processus intégratif et chacun pouvait s'enrichir d'un parcours singulier. Le piège d'aujourd'hui consiste certainement à radicalement choisir son camp en oubliant que les confrontations non destructrices peuvent être fructueuses. Souhaitons qu'il ne s'agisse là que d'une étape.

La formation continue et l'évaluation des pratiques sont obligatoires, de par la loi. De nombreux organismes se mettent sur les rangs et il s'agit d'assurer que ces formations soient de qualité, indépendantes, notamment de l'industrie, et compatibles avec des objectifs de politique de santé. Ce sera le rôle de la CSI*.

Bien entendu les enjeux, notamment financiers mais aussi la place des praticiens au sein du dispositif, sont de taille et peuvent expliquer le fracas des joutes. N'oublions pas pour autant l'objet du propos.

Le CNPP doit gouverner la formation continue et l'évaluation professionnelle des psychiatres, assurer la représentativité auprès des pouvoirs publics, dessiner les référentiels métiers. Ce n'est donc rien de moins que l'organisation du suivi de l'exercice de la psychiatrie pour les années voire les décennies à venir.

Son dispositif est d'une complexité inhabituelle et se structure comme suit :

Les huit syndicats de psychiatres, la Fédération Française de Psychiatrie, le CNQSP*, et le Collège National Universitaire en Psychiatrie, désignent vingt membres constitutifs de l'Assemblée Générale du Conseil National Professionnel de Psychiatrie, selon une parité entre salariés et libéraux.

Cette Assemblée Générale doit nommer ses représentants auprès de la FSM*, du CSI* et constituer le bureau du CNPP* qui sera l'interlocuteur des pouvoirs publics pour la psychiatrie et réfléchira à l'amélioration des pratiques.

Les organismes de DPC proposeront les formations. Pour les mener à bien, ils devront obtenir l'aval de la CSI*. Les thèmes, les référentiels et listes d'experts seront proposés par le CNPP, selon une méthodologie HAS*.

Pour la psychiatrie, les relations entre praticiens et universitaires sont ce qu'elles sont, à savoir souvent empreintes d'une certaine distance, tant dans la pratique clinique que dans le style, sans parler des différents théoriques. Les différentes positions quant au DSMV en sont le paradigme flagrant.

La CSI*, dans ce dispositif, a donc un rôle clef, puisque c'est elle qui est censée décréter la validité scientifique d'une formation.

C'est là qu'intervient le clivage :

SPF*, CNQSP*, IDEPP*, SUP* et CNUP* d'un côté, FFP*, SPH*, USP*, SPEP*, SMPOPSPP* et SNPP* de l'autre.

Le SPF et notre SNPP se trouvent donc dans des groupes opposés.

Le groupe comprenant le SPF a 8 voix, celui comprenant le SNPP 12.

Un conflit portant sur la composition de la CSI* fait rage. C'est elle qui aura la légitimité scientifique, et établira si une formation est acceptable. L'enjeu est donc de ne pas nous laisser imposer de pseudo-formations et de pouvoir garder confiance dans les propositions qui seront faites aux praticiens.

Un processus démocratique exige que la majorité l'emporte et que la CSI soit le reflet des réalités de la psychiatrie française. Force est de constater que la minorité tente de bloquer le système, que cinq pénibles années ont été nécessaires à mettre sur pied des statuts du CNPP bien que des concessions notables aient été faites.

Deux camps sont clairement opposés alors que la pluridisciplinarité devrait être de mise mais la confiance n'est plus au rendez-vous. Comment faire confiance après les évolutions récentes de la psychiatrie, qui sont, pour le moins contraires à la volonté de la grande majorité des praticiens ? Ne faudrait-il pas défendre bec et ongles les conditions de notre exercice ? Faudrait-il se prosterner devant le DSM V et sa promulgation par ordonnance ? Faudrait-il accepter de se cantonner à un rôle d'expert d'une psychiatrie stérilisée ?

Les statuts ont finalement été signés par toutes les instances du fait de l'insistance de la FSM et du Ministère qui souhaitent que ce dossier aboutisse et rien ne devrait désormais empêcher sa mise en place si ce n'est... l'exercice délibéré d'une obstruction.

L'implication des praticiens, y compris dans la formation initiale des psychiatres, est stratégique. Les universitaires refusent de céder ne serait-ce qu'une once de leur influence dans ce qu'ils considèrent être leur pré carré. Un petit pouvoir est en balance face à une nécessité de santé publique.

La psychiatrie s'est séparée de la neurologie voici plus de 40 ans, de façon respectueuse et pragmatique, pour le plus grand bien des deux spécialités. Sa

spécificité est un fait clinique et institutionnel. Ne plus le reconnaître serait un dommage aux conséquences incalculables et au bénéfice de qui ?

Les représentants de la majorité des psychiatres souhaitent une CSI* indépendante, ouverte, sensible à la réalité d'une clinique rencontrée tous les jours, respectueuse des diversités, humble devant la complexité.

Laissons-la travailler.

Patrice Charbit

Le SNPP dans le paysage psychiatrique : une vraie spécificité

A lire l'article de Patrice Charbit dans ce numéro du BIPP page 5, vous aurez compris que le SNPP est au cœur de la défense d'une certaine pratique de la psychiatrie. Laquelle ?

Notre alliance avec les syndicats de psychiatres publics (du SPH, SPEP, USP), et du médico-social (SMPOPSPP) marque un choix idéologique d'engagement pour le soutien de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), depuis sa création. La FFP fédère l'ensemble des associations scientifiques, et désormais des syndicats, pour représenter la profession auprès de la haute autorité de santé (HAS), du Ministère de la Santé, et autres DGS (Direction Générale de la Santé)... Hervé Bokobza, président d'honneur de l'AFPEP – SNPP, a été président de la FFP avec laquelle il a organisé les États Généraux de la Psychiatrie en 2003... avec l'active collaboration de Jean-Jacques Laboutière, président d'honneur également de l'AFPEP – SNPP, et actuel président de la FFP. Nos liens sont donc forts.

Participer au travail de la FFP est un enjeu majeur, notamment à l'heure où la formation professionnelle évolue vers le DPC. Quelle psychiatrie voulons-nous pour demain ? La formation professionnelle sera-t-elle en rapport avec nos pratiques, ou visera-t-elle à la standardisation ? Ou sera-t-elle aseptisée comme tant de formations professionnelles qui n'apportent rien aux participants mais sont des mannes financières pour les organisateurs peu scrupuleux ? Si la FFP se soucie en permanence de la place de la psychopathologie comme étant au cœur même du métier (cf. référentiel métier en cours d'élaboration), un autre groupe d'associations

et de syndicats de psychiatres semble considérer que notre vision est « passiste », qu'elle ne serait pas fondée sur des preuves suffisantes scientifiquement. Ils se sont réunis au CNQSP, et promeuvent une psychiatrie « fondée sur les éléments de preuve que les patients sont en droit d'attendre ». Nous n'aurions rien à objecter à ça, s'il ne s'agissait pas de réduire la psychiatrie à la seule part « prouvée scientifiquement ». Leur principale publication : une recommandation labellisée HAS sur « les courriers d'adressage et de réponse » entre psychiatre et médecin généraliste, qui aseptise les échanges entre confrères sous prétexte de les rendre plus efficaces.

Le rôle des universitaires réunis au CNUP (Collège National des Universitaires en Psychiatrie) et au SUP (Syndicat des Universitaires en Psychiatrie) est plus complexe, et mérite ici d'être sorti des caricatures. Le Pr Nicolas Georgieff nous l'a précisé à Lyon lors de nos Journées Nationales. Les universitaires, dans une importante proportion, ne s'intéressent pas à ces conflits de chapelle, et sont prêts à reconnaître la place de chacun. Le CNUP avait pourtant démissionné de la FFP pour rejoindre le CNQSP. La mise en place du CNPP devrait permettre de sortir de ces clivages stérilisants pour tous, et le CNUP y a obtenu une place de neutralité entre les deux groupes.

Notons bien sûr que les sciences, les preuves, l'evidence-based medicine (EBM), sont une part importante de la médecine, et de la psychiatrie aussi. Elles n'en sont pourtant qu'une part, et le SNPP soutient, avec ses alliés, que la psychiatrie a à revendiquer une plus grande complexité du rapport au psychisme.

C'est ce que nous rappelons dans nos « fondamentaux » (cf. page 30) : nous revendiquons « *le libre choix des techniques, tant psychothérapeutiques que biologiques ou sociales. Le psychiatre ne peut se contenter des seules « données acquises de la science » ou de l'Evidence Based Medicine, qui représentent des données beaucoup trop partielles dans son champ d'intervention. Il prend en charge l'intégrité de la personne souffrante, alors que les neurosciences actuelles et les études sur les médicaments et les comportements ne peuvent qu'apporter une vision partielle et réductrice. Les recommandations de la HAS, comme les travaux à vocation de publication dans les revues internationales à impact factor, ne sont qu'un outil et le praticien doit impérativement garder une totale indépendance dans sa pratique et décider en conscience des modalités de son intervention thérapeutique. Nous défendons une polyvalence des pratiques face à une demande de soins hétérogène.* ».

Rappelons qu'en réalité, l'EBM a évolué, et ne consiste plus à se baser sur les seules publications scientifiques internationales dans les revues à impact factor : elle inclue aussi tout ce qui concerne l'expérience du

médecin, les spécificités du patient, l'environnement, etc. ce qui permet d'utiliser les données de la science en les adaptant au cas par cas. Cette notion, est développée dans ce BIPP par Michel et Olivier Marchand, je vous invite à vous y référer (page 8).

Or, dans le groupe de nos alliés, nous sommes le seul syndicat de psychiatres privés. Ceux qui veulent se syndiquer pour défendre une vision de la psychiatrie devront en tenir compte.

Le seul autre syndicat de psychiatres privés (au sens où il participe lui aussi aux négociations conventionnelles avec la Sécurité sociale), c'est le SPF (Syndicat des Psychiatres Français), dont le président actuel a été un des présidents du CNQSP qu'il défend bec et ongle.

L'équipe de l'AFPEP – SNPP, bénévole et engagée, compte sur chacun pour prendre position en soutenant activement ceux en qui ils se reconnaissent, y compris via leur cotisation syndicale (bulletin page I).

Élie Winter

Secrétaire Général de l'AFPEP – SNPP

Dialogue entre père et fils, à propos de la formation et de la recherche

Extraits

Michel Marchand*

Au sein de l'AFPEP – SNPP notre conception du métier de psychiatre est fondée sur la clinique, sur les enseignements de celle-ci dans la pratique quotidienne, et nous nous rendons compte combien l'enseignement est devenu aujourd'hui très réducteur, prenant insuffisamment en compte la dimension relationnelle, négligeant trop souvent l'inscription de la psychopathologie dans l'histoire et l'environnement du patient. Aussi nous paraît-il important de transmettre cette conception de la psychiatrie de la personne dans son entier. D'autant que par ailleurs les étudiants nous sollicitent pour venir compléter leur formation universitaire.

Sachant l'antériorité conséquente des médecins généralistes dans le domaine de la formation initiale, et il n'a pas été facile pour eux de mettre un pied dans l'université, nous t'avons invité, en tant que généraliste enseignant, mais aussi maître de stage, à nous éclairer sur la façon dont nous psychiatres nous pourrions nous impliquer dans ce domaine, articulant formation et recherche.

Olivier Marchand**

Oui, effectivement, je pense que vous pouvez vous inspirer du cheminement des généralistes qui a été, de leur côté, un peu plus long que celui que vous aurez à suivre, puisque vous êtes une discipline déjà reconnue sur le plan universitaire, alors que la médecine générale ne l'était pas dans les ordonnances Debré de 1958 lors de la création des CHU, et pas davantage au moment de la création de l'internat en 1984. Les généralistes ont donc dû investir ce champ universitaire contre vents et marées.

Et ils l'ont fait sur deux plans : dans les années 80, ils ont très vite compris qu'il fallait investir le domaine de la formation. Et pour cela il fallait développer une recherche spécifique à la discipline qui permette de mieux la théoriser dans ses particularités, de façon à pouvoir la transmettre, et aussi améliorer les pratiques.

C'est ce qui a été fait via le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) qui va fêter ses 30 ans cette année et qui a permis en 2004 la reconnaissance universitaire de la discipline de

médecine générale, devenue une spécialité à part entière à partir dès ce moment-là avec la création du Diplôme d'Études Spécialisé de Médecine Générale.

Cela a été possible parce qu'il existait déjà un certain nombre de choses sur le plan de la recherche et sur celui de l'enseignement pratique, c'est-à-dire l'accueil des étudiants dans les cabinets de médecine générale qui a commencé bon an mal an vers 1988 et qui, surtout, est passé dans les textes en 1997 comme un stage obligatoire pour les internes de médecine générale. Cet accueil a pu vraiment se développer à partir de ce moment-là en s'appuyant sur cette obligation. Nous avons aujourd'hui la possibilité théorique d'avoir un DES où les futurs médecins passent plus de temps en médecine générale qu'à l'hôpital. C'est quelque chose de très récent. Ils passent du temps dans les conditions de leur exercice futur, et non pas à l'hôpital alors qu'ils travailleront en ville.

M.M.

C'est ce qui manque particulièrement à notre profession. La formation en psychiatrie, comme dans les autres domaines, est avant tout une formation hospitalière, et les étudiants ne savent pas ce qu'est la pratique dans un cabinet de ville. Ils ne sont pas ainsi invités à s'orienter vers cette pratique, mais plutôt à se tourner vers ce qu'ils connaissent déjà, c'est-à-dire vers la pratique hospitalière.

O.M.

Oui, c'est ce que nous constatons et nous avons un certain nombre d'études qui ont été faites sur le sujet, sur la démographie des généralistes, avec les zones désertes dont nous entendons beaucoup parler, zones désertées par les généralistes en raison d'une politique territoriale consistant à faire disparaître les services publics dans les campagnes.

Mais il y a surtout des étudiants qui ne connaissent pas l'exercice libéral, et encore moins l'exercice libéral rural. Alors nous, nous avons constaté que, quand nous leur permettons d'aller dans des stages en milieu rural, ils s'y installent préférentiellement. Quand ils ont découvert ce mode d'exercice, ils n'en ont plus peur. Nous allons tous plus facilement vers ce que l'on connaît !

Il est évident que si vous investissez ce domaine de la formation initiale en accueillant des étudiants dans vos cabinets libéraux, ils vont découvrir votre activité, ils ne se retrouveront pas face à l'inconnu. Il y aura tout un terrain qui aura été défriché, ils auront découvert une richesse clinique qu'ils n'apprennent plus en milieu hospitalier, et à partir de ce moment là, vous pouvez espérer créer des vocations et surtout, vous, en tant que psychiatres enseignants dans vos cabinets, vous allez enrichir votre pratique par ce contact avec les étudiants

qui vont vous poser plein de questions, et vous allez avoir envie de développer le champ de réflexion de votre pratique. Cela a été démontré : le fait d'accueillir un étudiant est un outil efficace d'amélioration des pratiques professionnelles.

M.M.

La mise en œuvre est évidemment difficile dans le cadre de la relation singulière qui s'instaure dans le travail psychothérapique. En même temps nous pensons qu'accueillir des stages de fin de formation, permettre à des étudiants de faire des remplacements et ainsi se préparer à prendre des responsabilités, en prise directe avec cette pratique semble être une bonne méthode. Mais peux-tu m'en dire davantage quant aux modalités de mise en œuvre ?

O.M.

A titre personnel j'accueille des étudiants dans mon cabinet depuis ma première année d'installation, il y a 7 ans. J'ai commencé par accueillir des externes puis des internes. En tout début de stage ou lors de consultations particulières, je fais participer mes étudiants de façon passive...mais qui se veut active ! C'est-à-dire que nous avons développé avec le CNGE un certain nombre d'outils d'observation qui permettent à l'étudiant d'être actif dans son observation et de ne pas s'endormir sur un tabouret à côté du praticien. Ensuite, l'étudiant passe rapidement et de façon progressive à des phases plus actives (interrogatoire, examen clinique, démarche clinique et prise de décision).

Et nous avons réalisé qu'à partir du moment où l'étudiant était actif et mettait les mains dans la pâte, il s'intéressait beaucoup plus à ce qu'il se passait devant lui, il interagissait beaucoup plus avec son maître de stage, pas forcément dans le temps de la consultation, mais dans les périodes de debriefing ou de rétroaction comme on le dit en français. Ce qui permet de décortiquer le déroulement de la consultation devant lui, de mettre en conscience tout ce qu'il a observé sans forcément s'en rendre compte. Ces outils lui permettent d'apprendre à analyser ce qui s'est passé tant sur le plan technique (élaboration des hypothèses, confirmation/infirmation avec l'examen clinique, décision dans l'incertitude) que sur le plan relationnel (l'impact sur la consultation de la façon de dire bonjour, de notre langage non verbal...). Cela permet d'échanger avec l'étudiant sur ces différents points, et, pour ce dernier, d'avancer sa propre réflexion, sa propre connaissance, et explorer essentiellement – enfin c'est ce que je pratique beaucoup dans mon cabinet – la dimension relationnelle.

Vous qui êtes des professionnels de la relation, tout comme les généralistes, vous avez sans doute beaucoup à transmettre dans ce domaine, mais vous avez aussi un champ biomédical à investir.

Vous pouvez participer à des formations de formateurs qui existent déjà, utiliser les outils que les généralistes ont créés et vous les approprier, voir comment vous pouvez accueillir un tiers dans cette relation singulière avec le patient, comment cette relation triangulaire peut exister et quand il faut y renoncer – les étudiants sachant que par contrat, ils peuvent ne pas participer à toutes les consultations à la simple demande du patient – et puis comment petit à petit les mettre en phase active.

Le terme de remplacement nous fait un peu bondir, nous, en tant que pédagogues.

Comme ancien responsable étudiant, je me suis beaucoup battu contre les remplacements déguisés au sein des stages d'interne et je pense que c'est un écueil à éviter absolument, il importe que ce ne soient pas des remplacements mais plutôt des stages en autonomie supervisée.

Un étudiant reste un étudiant. Qui dit étudiant dit devoir pédagogique de la part de celui qui l'accueille. L'étudiant peut exercer seul, mais sous la supervision d'un maître de stage, qui a dans sa sacoche un certain nombre d'outils lui permettant de reprendre ce qui s'est passé pendant son absence dans la consultation, et qui permet, du coup, à l'étudiant d'avoir un regard critique sur sa pratique et l'améliorer. Cela permet aussi de repérer les erreurs biomédicales éventuelles pour la sécurité du patient que l'on peut alors rappeler pour corriger le tir.

M.M.

Oui, j'évoque le remplacement comme un stade ultérieur, qui existe juridiquement. Un véritable remplacement, pouvant venir après un stage, est susceptible de permettre, me semble-t-il, d'asseoir le futur psychiatre, ou le psychiatre commençant son exercice, dans sa détermination à exercer en pratique de ville.

O.M.

Je suggère de mettre de côté cette idée de remplacement pour l'instant, et d'encadrer plutôt les étudiants. Donnez-leur envie en faisant un retour pédagogique sur leur pratique parce que, du coup, ils seront sécurisés dans leur début, par votre présence. Par le retour qu'ils auront, ils vont pouvoir corriger un certain nombre d'erreurs qu'ils auront commises, alors que vous, quand vous avez démarré votre pratique libérale, vous vous êtes fait la main sur vos premiers patients, comme les généralistes d'il y a 30 ans !

M.M.

C'est le principe de la supervision.

O.M.

Nous appelons cela la supervision indirecte, c'est à dire que le maître de stage n'est pas présent dans la salle de consultation. Mais, pour autant, il y a un temps pédagogique dédié en fin de journée ou en fin de demi-journée, ce qui fait que le maître de stage, non seulement est rémunéré en tant que maître de stage par l'université, et en plus il perçoit les honoraires générés par l'étudiant, car juridiquement ils ne sont pas perçus par l'étudiant, celui-ci étant lui-même rémunéré de son côté par l'université via le CHU. Cet aspect financier peut motiver des maîtres de stage qui auront aussi un retour sur leur activité pédagogique, ce qui les engagera à avoir une activité pédagogique réelle.

Si vous avez cette activité pédagogique, les étudiants vont se rendre compte de la richesse de ces échanges avec vous, et de la richesse de la réflexion sur leur propre pratique. Vous allez en faire des étudiants « réflexifs ». Cela, c'est le point de départ d'un professionnel épanoui, et qui répondra à la demande de qualité de la société et des patients dans sa future activité.

M.M.

Ce terme de qualité recoupe notre intention première qui est de développer un travail de recherche clinique fondée sur la qualité, sur la relation soignante, alors que ce que nous observons dans notre discipline, c'est une recherche quantitative, pour l'instant seule reconnue et prônée par les promoteurs d'une psychiatrie réductrice aujourd'hui, réduite à l'aune du DSM, qui, d'un outil purement statistique au départ est devenu un outil prétendument diagnostique, qui ne traite que de l'intention de réduire les symptômes plutôt que de prendre en compte la souffrance du patient exprimant ces symptômes.

Notre difficulté est de repérer comment nous pouvons développer une recherche qualitative.

Au sein de l'AFPEP – SNPP certains d'entre nous s'y sont déjà attelés : par exemple l'étude clinique « Persiste et Signe » menée par Patrice Charbit, Anne Rosenberg et Claude Gernez ou bien l'enquête coordonnée par Thierry Delcourt sur les urgences et la permanence des soins.

Peux-tu nous en dire un peu plus sur la méthode pour que de tels travaux soient reconnus ?

O.M.

Il est certain que nous sommes dans une société où la santé est gérée par le « combien ».

Il n'est que de voir les restrictions budgétaires sur les objectifs de santé.

Dans la logique actuelle, tous ceux qui répondent à la question « combien » en faisant de la recherche quantitative sont préférentiellement écoutés. Surtout quand, en face, il y a effectivement une recherche qualitative peu développée.

La recherche qualitative répond, elle, essentiellement à deux grands registres de questions qui sont « pourquoi » et « comment », et qui rentrent bien dans vos questionnements sur la recherche clinique : « pourquoi ça fonctionne ? », « comment ça fonctionne ? ».

A partir du moment où vous avez un certain nombre de données scientifiques, c'est à dire reproductibles – et pour que ce soit reproductible il faut utiliser des méthodes reconnues dans les études qualitatives – vous pouvez investir vous aussi ce champ qui est vraiment en train de se développer (les Canadiens l'ont déjà considérablement développé, les généralistes l'ont investi depuis quelques années avec beaucoup de retard par rapport aux nord-américains). Vous êtes les experts de votre discipline. Faites-vous experts en recherche qualitative !

En reprenant l'exemple de l'étude qualitative « Persiste et Signe », dont la méthode a été inventée par vous-mêmes, il ne faut pas grand chose pour être entendu d'un point de vue scientifique, en explicitant d'emblée la méthode, qui existe par ailleurs.

M.M.

Rentrer dans le cadre méthodologique.

O.M.

Tout à fait.

En fait, la démarche scientifique, vous l'avez quasiment, et le quasiment il faut arriver à le faire sauter pour arriver à rentrer dans ce cadre méthodologique qui permettra de dire que le travail que vous avez fait, vous pouvez le tester vous-mêmes, et le refaire vous-mêmes si la méthode est explicite et reconnue. Alors les réponses que vous y avez trouvées acquièrent une valeur.

Si vous investissez ce champ là, vous allez pouvoir opposer vos travaux aux décideurs qui vont vous demander « combien » en leur répondant « pourquoi » et « comment ».

Vous pourrez leur dire, parce que vous aurez des outils et des réponses via des travaux de thèses ou des travaux de recherche : « le DSM me demande combien de symptômes j'ai réduits, moi je vais vous expliquer pourquoi le patient se sent mieux. Avec ma façon de travailler je vais vous expliquer comment je suis arrivé à cela ».

Et donc à partir de ce moment-là, ils seront obligés de prendre en compte cette vision des choses, parce que c'est une vision EBM « *Evidence Base Medicine* » basée sur des preuves. Vous aurez des preuves apportées via votre recherche.

M.M.

Ce terme d'EBM nous hérisse le poil depuis longtemps. Nous avons bien compris pour en avoir discuté avec toi, que ce qui nous heurte avant tout dans cet EBM c'est la vision réductrice et déformée par ceux-là mêmes qui le prônent dans notre discipline, oubliant au passage de se référer au parcours du patient ou plus encore à la spécificité de la relation thérapeutique, pour limiter ce concept aux données dites de la science.

O.M.

Oui, c'est bien cela le gros problème de l'EBM.

Beaucoup de médecins, beaucoup de décideurs réduisent l'EBM à la pure application des données scientifiques. Or l'EBM est constitué de 3 champs :

- celui des données actualisées de la science, la partie scientifique,
- le champ du patient, avec tout son panel de représentations personnelles,
- la troisième partie est celle du praticien qui lui aussi, évolue dans son propre champ de représentations.

L'EBM va un petit peu plus loin que la pure application de la science !

Nous avons beaucoup limité notre propos en disant que c'est la seule rencontre de ces 3 champs qui constitue l'EBM. Sauf que ce n'est qu'une partie de l'EBM.

Oui, parfois quand nous faisons l'EBM, nous sommes à la rencontre de ces 3 entités. Mais pour faire de la qualité, il faut parfois savoir s'en éloigner.

Je prends souvent le cas de l'angine comme exemple.

Quand nous faisons un test de dépistage rapide dans une angine où nous suspectons un streptocoque bêta-hémolytique, nous appliquons la science. La science nous dit que, quand ce test est négatif, il n'y a pas lieu de mettre en place une antibiothérapie.

C'est ce que nous dit la science. Par contre, le patient, a pu vivre quelque chose de tout à fait personnel et a, par exemple, fait auparavant un abcès rétropharyngé suite à une angine sans antibiotique, ce qui fait qu'il a extrêmement peur de l'angine, et de l'angine sans antibiotiques particulièrement.

Eh bien, à ce patient-là, il va falloir peut-être lui donner quand même des antibiotiques. Pour arriver à le faire à adhérer au traitement et pour qu'il continue à traiter son diabète ou à traiter son hypertension par ailleurs, et donc à ne pas sortir de l'alliance thérapeutique.

Cela c'est faire de la qualité, cela c'est faire de l'EBM.

La différence entre celui qui fait l'EBM dans ce cadre-là, c'est-à-dire quand on donne des antibiotiques alors que cette prescription n'a à priori pas lieu d'être, et celui

qui n'en fait pas, c'est que celui qui n'en fait pas ne sait pas pourquoi il a donné des antibiotiques, parce qu'il n'a pas forcément connaissance du champ scientifique, et qu'il n'a pas forcément décidé de l'endroit où il allait se situer dans l'interaction des 3 champs, alors que celui qui fait l'EBM, il va décider, en conscience, de s'éloigner des données de la science pour se rapprocher des données du patient ou des données du médecin, et tout ça, dans le grand cercle dans lequel baigne l'EBM, qui est le cercle de l'environnement de la consultation.

Nous ne prenons en effet pas les mêmes décisions selon le retard pris dans notre consultation, l'heure de la journée, notre fatigue, ou l'accident que le patient vient d'avoir avant son arrivée...

En bref, faire un EBM non galvaudé, c'est connaître les données de la science, et savoir comment les appliquer au patient face à nous, à l'instant où nous le rencontrons, et pas à un autre instant.

C'est vraiment la personnalisation de la relation thérapeutique et l'interaction entre le patient et le médecin, en connaissant les données de la science.

M.M.

C'est prendre en compte la singularité du sujet et la relation de soin.

O.M.

Pour reprendre les termes analytiques, c'est ça !

M.M.

Pour justement s'éloigner de cette dictature de la norme qui nous est chaque fois opposée. C'est en s'écartant de la norme, pour tenir compte de cette singularité, que nous pouvons mieux répondre à une situation donnée, qui est chaque fois particulière.

O.M.

A condition de bien maîtriser les bornes de la norme, c'est à dire qu'il faut, pour faire l'EBM, avoir une bonne connaissance de « où est la norme », de « quelles sont les conséquences d'être dedans, quelles sont les conséquences de s'en éloigner », pour pouvoir décider pleinement de l'endroit où nous voulons nous situer, dans ou parfois en dehors de cette norme, pour appliquer une réponse nécessaire à un patient donné et à un instant donné.

M.M.

Pour en revenir à la mise en œuvre de la recherche clinique. Les psychiatres sont des praticiens, comme vous généralistes, occupés à plein temps par leur activité. Or la mise en œuvre d'un travail de recherche implique de mobiliser beaucoup de temps et d'énergie.

Nous l'avons vu à travers les premiers éléments de recherche que nous avons explorés.

N'y a-t-il pas une possibilité d'articuler la formation des internes et la recherche qui est celle des praticiens que nous sommes ?

O.M.

Oui, je vais prendre ici ma casquette de directeur de thèse puisque effectivement c'est une façon de répondre à ce problème.

Le directeur de thèse, s'il veut être efficace, doit être garant de la rigueur méthodologique, donc devenir un expert méthodologique, un expert de la démarche scientifique. Il s'agit de savoir comment nous posons une question de recherche, savoir quels outils nous utilisons pour y répondre et comment formaliser tout cela par écrit, comment communiquer le résultat de la recherche.

Il y a un certain nombre de critères à respecter et un cadre assez rigide, qui permet de garantir la reproductibilité, qui est la base de la « science ».

Quand nous prétendons faire de la recherche, nous disons simplement que nos travaux sont reproductibles par d'autres, et donc peuvent être testés, comparés, pour vérifier que les données que nous avons extraites sont des données fiables.

Effectivement, je proposais toute à l'heure d'accueillir des étudiants en stage dans vos cabinets.

Ces mêmes étudiants avec lesquels vous êtes en contact ont un travail de thèse à réaliser pour valider leur cursus universitaire.

Voilà deux éléments faciles à réunir : vous avez plein d'idées et de questionnements ; les étudiants ont, eux, besoin de faire cette thèse qui ne les enchante pas forcément. Sauf si vous arrivez à les amener sur des questions qu'ils se posent eux aussi, à les encadrer dans un travail qui va les enrichir sur le plan clinique. A partir de ce moment là, ils vont être motivés.

Vous avez 300 étudiants en psychiatrie nouvellement formés chaque année en France, et bien si vous n'avez que 10 % d'entre eux qui font des travaux de recherche dans votre domaine de la psychiatrie d'exercice privé, chaque année vous allez fournir 30 travaux de recherche de bonne qualité, qui vont permettre de faire avancer le travail sur la clinique...

Et ceci tout en répondant au cursus universitaire des étudiants. C'est du gagnant-gagnant.

Ces étudiants, déjà très qualifiés, vont permettre de passer beaucoup de temps sur ces travaux de recherche. C'est ce qui leur est demandé. Vous n'allez

pas abuser d'eux puisque c'est une commande de la part de la faculté qui leur est faite, et vous, de votre côté, vous allez avoir ce travail d'encadrement qui, certes, va vous prendre un peu de temps en plus de votre activité, mais nettement moins que si vous aviez à mener vous-même le projet de A à Z.

Un tel dispositif vous permettra ainsi d'harmoniser les différentes recherches, y compris à l'échelle nationale, pour éviter des travaux redondants, et faire aussi ce que nous appelons des trains de thèses, c'est-à-dire qu'un travail aboutit à d'autres questionnements qui sont à la naissance d'un nouveau travail. Sur un train de thèses comme cela vous parviendrez à traiter un sujet de façon relativement complète, à répondre à des questionnements complexes que vous pouvez avoir dans votre pratique.

M.M.

Il apparaît donc que la recherche est accessible à tous les praticiens.

O.M.

Oui, tout à fait. Tout docteur peut être directeur de thèse, et un directeur de thèses, c'est un chercheur.

Nous, en médecine générale, nous proposons des formations de deux jours à la direction de thèse qui permettent à tout praticien d'acquérir les compétences à encadrer un travail de recherche dans le cadre d'une thèse liée à la pratique.

Il existe d'autres formations, toujours sous forme de séminaires de deux jours, à la recherche qualitative ou sur d'autres thèmes.

Après il y a la possibilité d'aller plus loin.

Mais le premier pas est franchi en deux jours.

Particulièrement à Grenoble où nous faisons une formation à la direction de thèses ouverte à toutes les disciplines, même si ce sont les généralistes qui la font.

Et puis le CNGE qui est dans une logique de partenariat, organise aussi un certain nombre de formations pour approfondir la recherche. Je vous invite à vous en rapprocher. Il leur suffit d'un coup de crayon pour ouvrir à d'autres disciplines, et particulièrement à la psychiatrie.

M.M.

Le CNGE dont le président a déjà été invité à nos Journées Nationales.

O.M.

Pierre-Louis Druet a participé en effet à vos Journées du Havre. Et le président actuel, Vincent Renard, que je connais bien, serait ravi de vous faire profiter de l'expérience des généralistes en matière de formation initiale, de recherche et de direction de thèse.

* Michel Marchand est psychiatre retraité, président d'honneur de l'AFPEP – SNPP, a exercé à Belfort en tant que psychiatre privé.

** Olivier Marchand est médecin généraliste à Domène où il a créé une maison de santé pluridisciplinaire, maître de stage des universités, maître de conférence associé à la faculté de médecine de Grenoble, président du CIME - Collège Inter-alpin des Médecins Enseignants (et en tant que tel membre du C.A. du CNGE), vice-président de VARAPP – VAlorisation et Recherche pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles (qui promeut l'EBM via les groupes de pairs®).

Le mot du rédacteur

Perspectives et pratiques : à peine éteintes les lumières de Lyon où se tenaient avec une affluence et un succès exceptionnels, nos Journées Nationales sur la Résistance, l'AFPEP – SNPP poursuit sans relâche sa réflexion et ses actions à tous les niveaux pour défendre les fondamentaux de notre pratique de psychiatre et sa singularité.

Comme vous le constaterez dans ce BIPP étoffé, les tâches et leur rudesse ne manquent pas. Elles risquent même parfois d'épuiser les protagonistes bénévoles que nous sommes, menant de front nos pratiques en cabinet et l'engagement syndical et scientifique conjoints à l'AFPEP – SNPP depuis sa fondation :

- Échanges et prises de position à l'Assemblée Nationale, au Ministère de la Santé, auprès du Conseiller spécial du président de la république ;
- Défense d'un DPC, développement professionnel continu de qualité au sein des instances que nous mettons péniblement en place ;
- Réflexion et action au sein de la FFP, Fédération Française de Psychiatrie et du CASP, Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie ;
- Action dans le cadre de la réforme de la loi de 2011 sur les soins sans consentement, en coordination avec le collectif des 39 ;
- Dialogue permanent avec l'ensemble de la profession... et ce n'est pas une sinécure ;
- Défense de la psychanalyse et d'une psychiatrie la personne ;
- Recherche clinique, enquêtes qualitatives au plus près des préoccupations de chacun de vous, psychiatre sur le terrain ;
- Mise en place de formations tenant compte des attentes recueillies lors de nos Journées Nationales, de notre Séminaire de Printemps et de Formations In Situ ;
- Diffusion d'une revue, Psychiatries, devenue référence en psychiatrie ;
- Soutien aux associations régionales de formation ;
- Soutien individualisé de nos collègues et confrères en difficulté...

Toutes ces actions, et d'autres à venir, nous apparaissent indispensables afin de défendre une psychiatrie à visage humain, rencontre au un par un qui n'obère pas l'altérité de l'être dans une pratique de l'hospitalité avec nos patients, même si ceux-ci se laissent parfois emporter par les sirènes de lobbies obscurantistes et ceux d'une psychiatrie technico-scientifique qui prétendrait, ô imposture, incarner le progrès.

Une équipe s'enrichit, doit s'ouvrir et accueillir la diversité. C'est notre souhait, au-delà d'une cotisation toujours bienvenue et indispensable pour notre fonctionnement.

Et donc, nous attendons votre participation à l'échelon local et national à toutes ces actions, dans le respect de vos choix théoriques et de pratique en cabinet, dans le médico-social, en clinique et dans les associations qui font l'humanité de la psychiatrie française.

Rejoignez-nous en adhérant et en participant au sein de l'AFPEP – SNPP.

Thierry Delcourt

Olivier Grignon nous a quittés



Hommage

Olivier Grignon s'en est allé le 4 septembre dernier après avoir tenté de regarder en face le plus longtemps possible la mort qui s'était annoncée depuis plusieurs mois déjà pour le conduire vers une ultime traversée du « corps des larmes ».

Olivier aimait la vie, la fête, les bons repas, la montagne, l'amitié, la glisse, le whisky, l'art, le rire, les larmes, la folie, et l'enfance.

Il avait une écoute chaleureuse, attentive, bienveillante pour l'autre et sa souffrance, une grande douceur, une grande rigueur, mais aucune concession envers la bêtise, la méchanceté, la crapulerie ou le mensonge.

Engagé avec une passion militante dans les combats de notre temps, il a défendu ardemment la psychanalyse, une certaine idée de sa dignité.

Il la voulait humaine, – loin de certaines dérives idolâtres et parfois maltraitantes – , pratiquée par un psychanalyste, fonction qui ne peut selon lui être « séparée de la personne qui le loge ». « Je ne vois pas comment être analyste d'un enfant, si on n'a pas le moindre petit début d'idée de ce qu'est la douleur que cet enfant est en train de vivre », disait-il.

Cofondateur du cercle freudien, il en a été le président ces dernières années, pendant deux mandats qu'il a menés jusqu'au bout. Aux journées du cercle d'octobre 2012 intitulées « Par surcroît », symptôme, vérité, guérison, il y était tout à fait présent, si naturel et digne, malgré son combat contre la présence insistante d'une « araignée » tissant sa toile sous son crâne.

Il défendait une psychanalyse thérapeutique et tenait beaucoup à la notion de guérison.

Durant de très longues années, dans son séminaire, nous partions toujours de clinique pour aboutir éventuellement à des élaborations plus théoriques. Il s'agit de faire du symbolique à partir du réel et non l'inverse, répétait-il.

Infatigable lecteur, il suivait au fil des séminaires de Lacan la théorie et l'interprétation des rêves, cherchant à dévoiler dans cette oeuvre la « passe » de Jacques Lacan.

« Avec le psychanalyste, l'homme se réveille », est le titre d'une de ses interventions à Reims.

Infatigable chercheur à la pensée constamment en éveil, il participait à plein de ce que Claude Gernez nommait à Lyon « résistance vive », c'est-à-dire résistance vivante et active dans l'espace politique collectif.

Olivier Grignon nous laisse poursuivre la défense de l'humain dans un monde qui l'est de moins en moins.

« Dans quelle sorte de corps naissent les larmes ? Elles ne naissent pas au cœur du désert, mais dans ce no man's land entre l'humain et l'inhumain, dans cet espace innommé où s'originent à la fois la création et la folie ».

Olivier était ce qu'on appelle un Mensch et on n'en croise pas si souvent !

Anne Rosenberg
Psychiatre, Paris

Note de lecture

Olivier Grignon, *Le Corps des larmes*, Calmann-Levy 2002

« *Déplier la généalogie du symbolique, ou du moins une généalogie de la prise de l'être parlant dans le symbolique, c'est ouvrir la question des larmes* ».

Ainsi s'ouvre le chapitre intitulé « la psychanalyse au risque de la psychose » du livre d'Olivier Grignon.

Tout au long de ces textes, l'auteur nous rappelle que le sujet parlant se construit sous la menace d'une catastrophe. « *Il se construit une aliénation, un fantasme une angoisse... bref il s'humanise* ». Et on oublie toujours à quel point « *la voie normale est un séisme épouvantable* ».

« *Ce qui fait pleurer c'est tout aussi bien les ténèbres que ce qui signale la fin d'un exil dans le monde des morts. Les larmes « reconnaissent en même temps la solitude et la fin de la solitude, la plus absolue des désespérances et sa (re)traversée* ».

C'est à cette traversée vers la désespérance du patient, afin, comme il le disait dans son séminaire, de le ramener avec nous lors de la retraversée qu'Olivier Grignon invite le psychanalyste (ou le psychiatre comme il le précisait lors de nos journées de Dinan).

S'il est, dans l'œuvre d'Olivier Grignon un projet politique pour la psychanalyse, c'est bien celui de « *restaurer l'humaine condition dans une société qui n'en veut pas* ». Sous-titré « la psychanalyse ou la douleur d'exister », le Corps des larmes est un texte essentiel pour qui pense que la psychanalyse est une praxis de la vérité. Olivier Grignon nous y rappelle que la psychanalyse pure n'existe pas, que rien ne nous dispense de « psychanalyser » c'est-à-dire d'entendre ce que dit chaque patient et de réinventer pour lui la psychanalyse.

Que l'humaine condition suppose la douleur d'exister, l'effroi et l'expérience psychotique doit « *alerter quiconque entend assumer la psychanalyse aujourd'hui et non la réduire au fanatisme destructeur des zéloteurs sectaires* ».

Le signifiant, y déploie-t-il, ne nous veut aucun bien et le psychanalyste ne pourra faire l'économie de la terreur, du savoir de la psychose. Il s'agit d'affronter la folie et sa vérité ; il ne saurait être question de s'affranchir de l'angoisse de la jouissance et de la mort. Le psychanalyste disait-il dans une des dernières séances de son séminaire, doit subjectiver la mort.

« *Il faut constituer un fil pour passer entre la jouissance qui rend fou et la jouissance qui éveille, qui donne la consistance, le soutien de l'appareil psychique* ».

C'est ce à quoi il s'employait lors de son séminaire au cercle freudien. Ce séminaire était un formidable lieu de transmission de la psychanalyse, de formation pour un analyste. Cette question fait l'objet d'un des derniers chapitres du livre : « *La formation entre transmissible et intransmissible* ». Pour lui la question « *n'est pas plutôt de savoir si ce qu'on fait est de la psychanalyse mais l'on fait* » et « *la théorie psychanalytique c'est ce qui permet que communiquent entre eux les analystes qui sont radicalement et définitivement seuls dans le temps de leur acte* ». Il ajoute : « *c'est quand on résiste le plus à la psychanalyse que l'on s'arrime le plus au groupe* ».

Il nous dit en conclusion : « *Si il existe aujourd'hui de la peinture, c'est parce qu'il y a des peintres qui réussissent ce que Picasso a su faire en son temps aux Ménines de Velasquez. Il en va de même pour la psychanalyse sinon elle restera dans l'histoire comme une technique psychologique de soin des névroses qui aura eu sa mode au XX^{ème} siècle* ».

Olivier Grignon aura été un de ces Picasso, revisitant l'œuvre de Freud et de Lacan.

Françoise Labes
Psychiatre, Paris

Y a-t-il encore une place pour la psychanalyse ?

Olivier Grignon, Président du Cercle Freudien, Psychanalyste, Paris

J'ai commencé mes études de médecine sous l'ancien système où existait encore le concours d'externat des hôpitaux. Nommé en 1967, mon premier Service était un service de chirurgie parisien dont le chef était également président du Conseil de l'Ordre. Notre accueil fut bref. Réunis par un des « brillants » assistants du maître, il se résuma à la consigne suivante : « N'écoutez jamais ce que disent les malades » – et à la suite de ça nous fûmes répartis dans les diverses salles... Certes, il s'agissait de chirurgie. Mais nous savons que, malgré les diverses dénégations, une frange non négligeable de la psychiatrie applique soigneusement aujourd'hui encore – ou à nouveau – cette posture médicale. Ceux-là, ce que j'ai à dire ne les concerne pas, ça leur serait tout à fait étranger. À lire les arguments de ces journées, je n'ai ici aucune crainte de ce genre ; ça va me permettre de risquer quelques thèses inconvenantes, même si j'avance à patte de velours.

La psychanalyse est attaquée de toutes parts

La psychanalyse est attaquée de toutes parts, dans les médias, à l'Université, dans les lieux de soin. C'est quand même un paradoxe, car la psychanalyse n'est plus à la mode bien que son vocabulaire soit partout – certes désubstantialisé, vidé de ses vérités conceptuelles, y compris en milieu psychiatrique.

À cela, je vois deux ordres de raison.

D'abord, le monde a changé. Ce monde ne veut plus ce dont la psychanalyse s'est trouvée porteuse historiquement. Disons brièvement : le parti pris radical de la subjectivation. C'est ainsi, par exemple, que nous assistons à l'éradication progressive de toute dimension de décision, remplacée par des protocoles. Ce qui est incontestablement un signe de décadence. Nous avons affaire à un nouvel ordre : le management. Un ordre nouveau qui, derrière ses masques de modernisme, de libéralisme et d'efficacité, est un ordre de fer anonyme qui contraint tout le monde – y compris les dirigeants eux-mêmes. Raffinement suprême de la servitude volontaire, c'est maintenant le management « partenarial » : tous unis dans, et par, cette aliénation subjective. Ces considérations concernent directement le soin psychique, et les vrais praticiens y viendront tôt ou tard. Le soin psychique dans son acte même n'est pas au service du maître, même, et surtout, quand le

maître n'est plus identifiable. De la même façon que je ne nie pas qu'il y ait structurellement une limite à la jouissance, je ne nie pas qu'il y ait des maîtres – ou plutôt des petits maîtres. Mais je leur dis qu'ils ne géreront pas l'anormal sur les critères de la normalité technologique ; et je leur dis que nous, nous devons accueillir et entendre cet anormal jusqu'à un point que ceux qui nous gèrent ne peuvent même pas soupçonner, et qu'on ne le traite pas avec les critères du bon sens ou de la raison raisonneuse. Aller chercher quelqu'un dans son monde pour le ramener parmi nous suppose de savoir se faire un interlocuteur fiable, crédible, et intéressant subjectivement. Ce n'est pas un art facile. Mais ce qui va le rendre plus difficile encore, c'est de pouvoir rester tout simplement humain dans un monde qui l'est de moins en moins. C'est l'influence sourde et impérialiste de l'idéologie du management, qu'il faut combattre par tous les moyens. Elle est par définition l'ennemi des praticiens que nous sommes, puisqu'elle transforme les personnes en objets. Cette régression anthropologique est une négation du psychisme ; c'est pourquoi elle vise à remplacer le soin par l'éducation : évidemment, s'il n'y a plus de personnalité, il n'y a plus de troubles de la personnalité ! Il n'y a plus que des comportements à rectifier ou à éduquer. Alors, par exemple, le délire est ramené à une *erreur* qu'on va rectifier par un apprentissage approprié. Le patient ne délire pas, il se trompe, on va corriger cette erreur. Comme le disait Dolto, la rééducation est caténaire sur jambe de bois tant qu'on n'a pas libéré psychiquement les pulsions qui pourraient l'utiliser. Il ne s'agit pas de nier l'importance des avancées grandissantes de la neurobiologie, il s'agit de parer à leur alliance naturelle avec le comportementalisme.

En pratique, nous avons toujours à subvertir ces discours, quelles que soient les lumières qu'ils peuvent nous apporter. Ainsi, par exemple, ce qui nous a été dit hier soir par Yehezkel Ben Ari à propos de cette incompatibilité du café et du valium. Car ce que nous avons à traiter, c'est qu'il y a pour une part, dans l'exemple qu'il a pris, un rapport d'hostilité entre la mère et l'enfant, puisque ce qui est bon pour l'une est mauvais pour l'autre. Il n'y a rien d'étrange à constater que ces phénomènes psychiques aient une traduction neurobiologique ou l'inverse. Que les effets psychiques d'une cure agissent sur le chlore, pourquoi pas ? Mais est-ce que ça change grand-chose à notre pratique ? En

fait, si on prend les choses avec recul, ces découvertes me suggèrent surtout qu'il n'y a aucun moyen que ça tourne rond, que ça jouisse uniment, tranquillement. Ces contradictions sont structurelles. Mais ça, nous le savions déjà.

Confondre le délire et l'erreur est d'autant plus grave que nier la folie c'est nier l'humanité. Le comportementalisme, c'est *Metropolis* généralisé et triomphant. Voilà pourquoi j'ai affirmé à Montreuil lors de l'Appel des 39 que nous nous opposons à des pratiques où la soi-disant « guérison » qu'on y promet est obtenue par des procédés dégradants qui sont une déchéance de l'humain dans l'humain ; un forçage, un dressage du Moi où la souffrance psychique enclose n'y est le plus souvent jamais traitée. La disparition d'un symptôme isolé n'a pour nous aucune valeur anthropologique. J'introduirai au deuxième ordre de raison par la question de la « guérison ». Car la deuxième raison de cette désaffection vis-à-vis de la psychanalyse vient des psychanalystes eux-mêmes, qui progressivement en sont venus à dénier toujours davantage la dimension thérapeutique de la psychanalyse. Or, la psychanalyse est née sur le terrain médical et garde un pied dans le soin psychique, même si en se développant son discours a largement débordé la seule dimension du soin psychique. Le résultat, qui n'est que trop évident aujourd'hui, est que cette position dogmatique est devenue le masque d'un théoricisme inopérant, et même la caution donnée à l'impuissance... au nom de la psychanalyse ! C'est un comble.

La psychanalyse est une pratique de soins

Affirmer le contraire est une stratégie désastreuse pour tout le monde, y compris pour la psychanalyse elle-même. Comme pratique de soins, elle met radicalement en cause les définitions médicales du corps et de la guérison. Je ne vois pas pourquoi nombre de psychanalystes reculent horrifiés devant ces mots, et surtout celui de « guérison », sinon par paresse ou par conformisme théorique. Tout au contraire, on peut affirmer que la psychanalyse est devenue un des garants incontournables dans la question des guérisons du fait de ce qu'elle est capable de dire, et qu'elle doit dire afin de défendre sans concessions la subversion du sujet, et subvertir le discours du maître. J'ai évoqué la théorie, et même l'hyper théorie, abordons maintenant la transmission, qui est le thème de ces Journées. Pour cela, il faut partir de quelques remarques. Je ne vois pas comment toute pratique de soin psychique puisse faire l'économie de ce que Freud a appelé – un peu inconsidérément peut-être – *Inconscient*. Peut-être avez-vous remarqué que « le droit à l'inconscient » est la dernière phrase des arguments. Alors « inconscient » sera-t-il notre dernier

mot ? Ou notre premier mot ? ou le maître mot ? En tout cas quelque chose de fondamental si sous ce terme nous désignons ce qui en nous pense et agit avant que nous le sachions. Il est impossible de soigner quelqu'un sans prendre en compte cette dimension de l'être, sans bâtir un espace où se déploie ce qui me ressemble là où je ne me connais pas. Ceci, qu'on l'appelle inconscient au autrement. Une deuxième remarque, c'est que nous devons penser ce qui nous a été transmis dans les services où nous sommes passés à la lumière de ce qui a été réellement opérant. Or nous devons faire le constat somme tout banal que ce qui fait mouche n'est pas forcément ce que l'on croyait naïvement. Rappelons-nous nos étonnements des débuts à constater que le plus souvent ce ne sont pas les explications qui font mouche. En effet, elles ajoutent une couche au Moi du patient sans toucher à l'essentiel. Essentiel qui est quoi ? – appelons-le, justement, l'inconscient. Nous avons aussi pu constater qu'à certains – qu'ils soient patrons, infirmiers ou aides soignants – les patients parlaient, à d'autres, non, et ça avait des effets.

De quoi s'agit-il ? – du fait que ça parle à quelque chose qui est transmis de toutes sortes de façons, non réductibles à l'enseignement théorique et ses diplômes, même si cet enseignement est indispensable. Ce « quelque chose » peut être lié à la rencontre d'un ou plusieurs maîtres, mais c'est tout autant tributaire de notre éducation, de notre culture ou de notre vie amoureuse. Plus encore, et j'y insiste, ce sera lié à ce que nos patients nous apprennent. C'est une des nombreuses formulations heureuses des arguments des Journées : la transmission réciproque. Mais ceci est très difficile à obtenir, car il y faut des conditions subjectives particulières qui se gagnent par une longue ascèse. Ne pas être trop terrorisé par sa jouissance, par exemple, ce qui ne va pas sans s'être mis au clair avec ses désirs. Dolto aura beaucoup insisté sur la nécessité d'apprendre des enfants eux-mêmes ; quant à Oury, il affirme carrément que si on ne peut pas apprendre des psychotiques, ce n'est pas la peine de faire ce métier... Bien évidemment, en corollaire, « réciproque » pose alors des questions de rigueur nouvelles, puisqu'il s'agira quand même d'éviter de transmettre son symptôme à son patient. Si le savoir n'est pas que d'un côté, le symptôme non plus !

J'en tire deux conclusions :

Si l'enjeu crucial est de pouvoir effectuer ce que savent faire certains avant même tout enseignement théorique, la théorie n'est pas le référentiel direct de l'acte thérapeutique, même si elle lui est nécessaire secondairement. Autrement dit – ce que les arguments soulignent également – c'est la dimension du *savoir-faire* qui est à prendre en compte au premier chef. Ce

Pourquoi adhérer à l'AFPEP-SNPP ?

L'avenir de notre profession est clairement menacé : courbe démographique décroissante, dégradation des conditions matérielles, assujettissement croissant aux commandes sociales sécuritaires et de formatage des soins, atteintes répétées à l'indépendance professionnelle et à l'indispensable confidentialité.

Une vigilance constante et un rappel permanent des fondements de notre exercice s'imposent plus que jamais. Nous nous y employons avec ténacité.

Les membres actifs de l'AFPEP-SNPP, bénévoles, et praticiens comme vous, s'engagent très fortement dans une élaboration sans cesse revivifiée au sein de l'Association, ainsi que dans la défense permanente de nos conditions d'exercice par le Syndicat. En toute indépendance financière.

L'ampleur de votre soutien fait notre force pour vous défendre.

Par votre adhésion vous contribuez à préserver votre avenir, et l'avenir de toute la profession.

SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHIATRES PRIVÉS ASSOCIATION FRANÇAISE DES PSYCHIATRES D'EXERCICE PRIVÉ COTISATION 2013

Le docteur, Madame, Monsieur :

adresse :

tél. : portable : fax :

e-mail (impératif pour recevoir la newsletter) :

année de naissance : année d'installation :

- exercice libéral hospitalisation privée
 exercice médico-social hospitalisation publique

merci de cocher tous vos modes d'exercice

le cas échéant, association à laquelle vous participez localement :

règle sa cotisation A.F.P.E.P. - S.N.P.P. pour 2013 par chèque bancaire ou postal à l'ordre du **S.N.P.P.**

1^{re}, 2^e et 3^e année d'exercice **175 €**

4^{ème} année d'exercice et au-delà : **350 €**

Membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : **120 €**

Membres honoraires et retraités : **215 €**

règle l'abonnement exclusif – non-adhérent(e) à « PSYCHIATRIES » : **55 €**. Chèque à libeller à l'ordre de l'**A.F.P.E.P.**

*Bulletin à compléter et à retourner, accompagné de votre règlement, par chèque bancaire ou postal,
au siège de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P., 141, rue de Charenton - 75012 Paris*

Le mot du trésorier

Chers collègues,

Nous avons assisté à Lyon, aux Journées Nationales de l'AFPEP à une conférence magistrale de Pierre Dardot sur le thème Résistance, norme et subjectivation. Il a démontré avec rigueur que la Résistance n'est pas qu'une réaction défensive, mais qu'il y avait pour nous tous, dans un travail commun d'élaboration des règles de notre métier, un formidable élan vital.

La tentation est grande, devant la multiplication des injonctions normatives de nos différents interlocuteurs, je vous ferai grâce de tous les sigles, de baisser les bras, ou de se replier sur ce que Jean Furtos a nommé à Lyon un hédonisme mélancolique, en somme « mon pré carré », mais nous y perdons tous de cette vitalité.

C'est pour ces raisons essentielles que je vous engage à la poursuite d'un travail commun au sein de l'AFPEP – SNPP, soit en renouvelant votre adhésion, soit en nous y rejoignant.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

Fenêtre sur l'actualité internationale

Il convient avant tout de souligner le remarquable travail de William Markson dans sa traduction en langue anglaise des « Fondamentaux de l'AFPEP ». L'article sera prochainement publié dans la Revue « Psychiatries ».

Il importe également de rappeler qu'ils assurent, Jérémie Sinzelle et lui en tant que délégués, la représentation de l'AFPEP au sein du Comité International d'ALFAPSY. Plus précisément, William Markson y est désigné, dans ce cadre-là, comme co-rédacteur de la version française du « World Psychiatry », Journal officiel de la WPA (Association Mondiale de Psychiatrie).

À cet égard, les liens entre l'AFPEP et la WPA ont perdu en intensité depuis la disparition, il y a tout juste un an, de notre regretté collègue et ami feu Antoine Besse. Comme si l'on prenait la mesure de ses qualités exceptionnelles à tisser des liens dynamiques et stratégiques, en espérant y parvenir rapidement à notre tour. Ce sera l'objectif de l'AFPEP et de ses délégués à l'occasion du 16^{ème} Congrès Mondial de Psychiatrie de la WPA à Madrid du 14 au 18 septembre 2014. Je vous en rappelle le thème : « Focusing on Quality, Access and Human Care ». L'actuel Président Élu dont l'AFPEP avait soutenu la candidature au 15^{ème} Congrès Mondial à Buenos Aires en 2011, le britannique Dinesh Bhugra, prendra donc ses fonctions de Président en Exercice à Madrid. Avec lui pourrait alors s'ouvrir une ère de relations plus conformes à nos « fondamentaux ».

Avec ALFAPSY comme relais de proximité il a été apprécié de voir notre confrère et ami, le Dr Rachid Bennegadi, Directeur médical du Centre F. Minkowska à Paris (association adhérente de notre fédération), être élu comme Président de la Section de psychiatrie transculturelle de la WPA. Sur le même registre, nous nous réjouissons de savoir notre Président d'Honneur ALFAPSY, le Dr Jalil Bennani, psychanalyste à Rabat, en qualité de membre de la Section Psychanalyse de la WPA.

Ils sont pour nous autant de relais d'information et de formation active, donc précieux en nous représentant dans ce domaine d'une psychiatrie mondialisée car, sans eux, nous pourrions bientôt ne plus nous y reconnaître.

Du reste, on se souvient que l'ancien (ou Past) Président de la WPA, notre ami le Pr Juan Mezzich, est à l'origine du mouvement mondial de médecine centrée sur la personne avec la création, en 2006 à Genève, de l'ICPCM, ou International College of Person-Centered Medicine. Le défi consistait à se départir d'une seule médecine fondée sur la preuve (l'EBM ou Evidence Based Medicine) afin de promouvoir une approche globale, pluri-focale, comprenant les interactions entre la maladie, le sujet (son vécu et son environnement) et le praticien. Ce mouvement est aujourd'hui d'une riche vitalité, comprenant toutes les grandes représentations mondiales, des professions de santé jusqu'aux patients et leur environnement. Son déploiement se fait avec le soutien majeur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ou WHO en anglais). Parmi les partenariats plus modestes on est fier de compter ALFAPSY en tant que fédération francophone de psychiatrie qui vient, en quelque sorte implicitement, représenter l'AFPEP (puisque les associations non fédératives ne sont pas autorisées à adhérer à l'ICPCM). On doit à Antoine Besse d'avoir œuvré à l'édification de ce partenariat privilégié ; c'est aujourd'hui Hervé Granier qui le remplace à ce poste de délégué officiel au nom d'ALFAPSY.

Les travaux de l'ICPCM, désormais présidée par le britannique Jim Appleyard (Juan Mezzich étant le Secrétaire Général) s'orientent actuellement, en accord avec l'OMS, vers la définition de nouveaux critères de formation-transmission et vers des critères de prévention-action dérivés de la médecine centrée sur la personne (ou médecine du sujet). Cette avancée clinique peut être considérée comme un atout majeur dans la « bataille des classifications » dont on sait l'importance et les enjeux. Il faut, pour s'en convaincre, prendre connaissance de l'International Journal of Person-centered Medicine qui met en lumière ces concepts et les projets en cours portant sur la formation, l'évaluation, le diagnostic, la clinique du soin et la santé publique. Toujours dans cette perspective, le 1^{er} Congrès international de Médecine centrée sur la personne qui se déroulera cette année à Zagreb (Croatie), du 7 au 10 novembre 2013, sur le thème « Hole Person in Health and Education Training » (titre on ne peut plus clair !), prend toute son importance. De même en ce qui concerne la 7^{ème} Conférence de Genève (grand messe annuelle de l'ICPCM), du 26 au 30 avril 2014, intitulée « Person- and People-centered Integrated Care for All ».

N'oublions pas que le DSM5 vient de sortir avec toutes les contestations qu'on sait et que la CIM11, actuellement en préparation pour 2014 ou 2015 sous les auspices de l'OMS, devrait en principe tenir compte des courants de pensées qui traversent actuellement le monde de la médecine et, pour ce qui nous concerne plus particulièrement, de la psychiatrie...

Paul Lacaze

feuillet détachable

Nos prochains rendez-vous

Formations in situ au siège de l'AFPEP – Paris

(un thème, une journée, 25 participants maxi, des orateurs et une large place au débat).

❑ Samedi 23 novembre 2013 : Gériopsychiatrie, psychogériatrie

Face à une demande croissante de soin psychique aux personnes âgées se pose la place du psychiatre dans les structures, la nature de ses actions de soin et d'accompagnement, voire même sa position de sentinelle éthique. La formation dans ce domaine ne répond pas à l'ampleur de la question et de la pratique complexe qui s'y engage.

❑ Prescription, proscription

Dans la suite du débat engagé à Bordeaux sur le soin et à Reims, sur le diagnostic, il s'agit de poursuivre très concrètement l'échange autour des pratiques de prescription, leur singularité et l'engagement des psychiatres dans l'acte de prescrire.

Séminaire de Printemps – Samedi 17 mai 2014 « Transcription »

Comment rendre compte des pratiques entre pairs, entre mise au travail et théorisation, mais aussi dans la communication vers un public ou avec les familles, les associations de patients et les tutelles. Entre parole et écrit, avec le souci de transmettre.

Les prochaines Journées Nationales se dérouleront à Strasbourg du 2 au 4 octobre 2014

Séminaire clinique à Paris

Depuis quelques années s'est constitué à Paris un groupe de réflexion intitulé : « Séminaire Clinique ». Il est l'occasion de libres échanges à propos de notre clinique de psychiatre selon nos diverses pratiques de débutant ou de senior.

Ce séminaire se tient à nouveau cette année tous les troisièmes mardi du mois de 21h à 22h30 au local de l'AFPEP – SNPP, 141 rue de Charenton 75012.

Pour tout renseignements ou inscription, adresser un mail à :

Jean- Jacques BONAMOUR jjbdt@aliceadsl.fr

Françoise LABES flabestouya@wanadoo.fr

qui nous réunit – y compris ici – et se transmet par-delà les discours, c'est un savoir-faire. C'est pourquoi le problème de la transmission est particulièrement épineux. Comme Lacan l'a très tôt souligné, le savoir-faire est l'élément déterminant mais c'est un problème, car si certainement il fabrique de la vérité, par définition cette vérité ne peut être que mi-dite ; elle n'est pas toute accessible en mots. C'est ce que l'on retrouve dans les arguments sous la formule : « transmettre, c'est aussi l'impossible à transmettre ». Ceci veut dire aussi que le savoir-faire, déterminant, est un savoir *signé*. Il comporte une part singulière hautement subjectivée, et cette subjectivation du savoir ne se décrète pas, ne s'enseigne pas universitairement, ne se note pas. La difficulté dans la transmission de notre art, c'est donc de hisser le savoir-faire au rang d'un savoir-vrai. • Cette dimension est essentielle, et elle va fort loin. Tant qu'il s'agit d'avoir des « idées », de donner des conseils, d'émettre des opinions – tout ce commerce superficiel – ça va à peu près ; là une opinion en vaut une autre, c'est une affaire de mode. C'est une autre paire de manches si on prétend prendre en charge les vraies souffrances, et notamment la psychose. Dans une conférence du 2 décembre 1975, Octave Mannoni avance ces considérations sulfureuses mais incontournables : « Il y a une pathogenèse du savoir vrai, c'est-à-dire que le savoir sur la maladie ne naît pas chez un observateur bien portant qui observe la maladie, mais naît de la maladie elle-même. Freud sait qu'il faut, d'une façon ou d'une autre, transférentielle, y participer. »

La question est donc : avec quoi entendons-nous ?

Le préciser toujours plus aura été une des avancées les plus déterminantes de la psychanalyse depuis Freud. Disons que quand nous entendons au mieux, ce n'est pas avec notre dimension de « névrosé normal ». Qu'on appelle ça psychanalyse ou autrement, cette dimension est décisive pour le soin psychique... et plus généralement pour le « fait humain » lui-même. Cependant, puisque la psychanalyse existe encore, autant s'appuyer sur elle et sur ses discours. Comme je l'ai signalé, ça ne va pas de soi, puisqu'il faut à la fois batailler contre une modernité négligente – voire décadente, avec ses idéaux de transparence, d'exemplarité, d'hyper précaution et de victimologie – et à la fois batailler contre les déviations de la psychanalyse elle-même. Ce n'est certes pas nouveau, puisque dans son Séminaire du 8 décembre 1971 Lacan s'opposait déjà à certains lacaniens qui « prennent le discours pour une machine, en quoi ils n'embrayent pas sur le réel qui y passe ». On voit que c'est quelque chose qui a la peau dure, l'avertissement de Lacan est resté lettre morte. Il y avait pourtant chez lui autre chose que les discours cryptés, dont on aurait dû s'inspirer : outre le

fait qu'il avait largement ouvert les portes de sa pensée et de sa sympathie à celles qu'il appelait les « tripières de génie », il aura sérieusement honoré l'efficace de la pensée magique et rendu raison de sa transmission ; ou élevé l'hystérie à une dignité structurale sans précédent. Alors, comment transmettre, y compris théoriquement, pas seulement par une initiation, ce qui ne peut pas se dire ? Ce qui est sinon d'avant le langage, du moins aux limites du langage ? Réponse : *a minima* par un enseignement qui aille plus loin que les explications ou le commentaire. Ce sera donc un enseignement troué, où l'enseigné fait lui-même la moitié du chemin, pour que ce qui ne peut pas se dire soit entendu et subjectivé. La bizarrerie, le paradoxe, c'est qu'en dehors du recours aux arts et à la poésie il faille recourir à des modèles logiques hyper complexes pour échapper au discours courant de la raison raisonneuse et de ses aliénations ; ceci afin non seulement de rendre compte d'états de sujet bien différents de ceux du névrosé normal, mais en plus de placer subjectivement celui qui s'y forme au plus près des états de sujet qu'il prétend entendre et guérir. Alors, j'y reviens : avec quoi entendons-nous ? Je suis convaincu qu'on entend à partir de son histoire personnelle. On entend avec sa sensibilité, avec quelque chose qui est tissé à son être, qui est tissé à la façon dont le plus directement on est lié au symbolique lui-même. D'où nous vient cette sensibilité, et à quelle strate du psychisme devons-nous la situer ? Car je ne vois pas, par exemple, comment traiter un enfant si on n'a pas la moindre idée de la douleur que cet enfant est en train de vivre. Si on ne peut pas se glisser transférentiellement là, il est impossible d'éviter des paroles ou des actes épouvantables, comme il s'en commet chaque jour dans les services divers, y compris par des psychanalystes dûment qualifiés. En effet, il ne suffit pas d'avoir été à l'université et d'avoir appris les théories pour avoir la moindre idée de ce qu'est l'espace psychique dans lequel est cet enfant. Si on ne peut pas sentir ça, je pense qu'il n'y a aucune garantie possible contre les assassinats d'âme, étant entendu qu'il n'y a pour autant aucune garantie absolue. Quotidiennement des paroles monstrueuses sont dites à des patients ; les patients sont maltraités, et parfois sous couvert de théorie psychanalytique.

Ceci, n'importe qui devrait le découvrir assez rapidement. Je suppose que pour la plupart d'entre vous ça a été immédiat de le percevoir. Seulement si c'en est une part, ce n'est pas le tout de l'efficace. Reste la question de la théorie, car il faut aussi une autre sorte de garantie. La théorie n'est pas une garantie directe, dans la mesure où elle n'est pas le référentiel direct de l'acte thérapeutique – il ne convient pas d'« appliquer » une théorie. Par contre, la théorie fait tiers avec le patient ; et plus encore, elle fait tiers vis-à-vis de soi-même. Notre action doit être arrachée

à la doctrine, produite en raison par nous-mêmes, et il n'y a pas d'autre raison que celle de notre propre trajet personnel de formation qui ne cesse jamais. La façon dont nous nous battons contre le corps doctrinal est une sorte de contrôle ou d'autocontrôle permanent. Si on travaille avec sa sensibilité il faut une garantie d'un genre nouveau, moins factice que les garanties universitaires. Forcément nous devons alors la trouver dans un cheminement personnel, et je ne vois pas de meilleur qualificatif lui donner que celui d'ascèse. Ce trajet personnel est une ascèse qui permet en raison le travail d'arracher l'acte que l'on pose, la justification qu'on peut en donner et l'invention qu'on peut parfois produire. La théorie est donc exigible, mais pas au sens où elle précéderait l'acte. Ce n'est pas tout à fait vrai, bien sûr, il faut nuancer ce propos. Disons qu'à une première approche elle est surtout exigible après-coup, comme une production de la cure ; une production du clinicien répondant à son devoir de conceptualiser ce qu'il a effectué. Sinon, rien ne nous garantit que nous ne sommes pas en train de jouir. Certes, nous jouissons, mais il faut distinguer les jouissances. Il y a une jouissance de l'acte thérapeutique, mais d'une certaine façon c'est une jouissance sans jouissance ; de même qu'il y a une jouissance à théoriser, un jouir du sens, qui n'est pas jouir de son patient. Ce devoir de théoriser nous dégage du lien nécessaire de l'espace commun partagé avec le patient, c'est ainsi qu'il fait tiers. Prendre les choses par l'angle que propose la psychanalyse va (ou devrait) aller contre la pente naturelle de tout un chacun qui est *l'ego psychology*. C'est une pente dangereuse parce qu'elle mène à écouter et à intervenir à partir de notre Moi auquel nous tenons tant. Tout autre est une pratique où nous intervenons et entendons en tant que sujet. Le problème est que le plus souvent nos théories du sujet sont tellement faibles qu'immédiatement nous pensons théorie du Moi quand nous voulons penser théorie du sujet. Ceci nous rend très maladroits vis-à-vis des pouvoirs publics quand nous leur objectons qu'ils éradiquent la dimension du sujet ; c'est souvent contre-productif, car dans ce cas-là nous défendons la personne. Or ce n'est pas une question de personne. Alors quand parfois on nous écoute, ça donne cette catastrophe qu'on a appelé l'humanisation des hôpitaux, ou bien encore les cellules de crise. C'est un point crucial. Il y faut un univers doctrinal qui théorise et qui combat sans relâche nos positions moïques ; il s'agit de construire quelque chose qui tienne le coup rationnellement, alors qu'en son fond il s'agit de quelque chose de tout à fait extravagant pour l'idéologie dominante et le discours courant. Ce qui se dépose alors sous forme théorique, c'est l'effort pour mener à son terme le trajet formateur d'un praticien. Ce trajet, c'est tenter, autant que faire se peut, d'aller au plus archaïque du sujet ; le corps doctrinal qui s'en élabore sera donc non seulement ce

qui décrypte, mais ce qui propose le point le plus ultime où il y ait encore du sujet – ce que nous pouvons du reste inverser : où il y ait déjà du sujet.

Il faut des praticiens qui puissent se servir de leur savoir-faire avec l'inconscient sans pour autant trop caresser de chimères, c'est-à-dire produire les titres théoriques de ce qu'ils savent faire d'une façon très personnelle – de la même façon que Dolto, par exemple, savait faire ce qu'elle faisait parce qu'elle-même, enfant, avait été très souffrante, et qu'elle avait été à elle-même son propre « docteur ». Elle savait intimement de quoi les enfants lui parlaient, et ça lui conférait un certain savoir-faire.

La psychanalyse a pour mission de défendre que c'est avec de tels états de sujet qu'on entend. Si on n'entend pas avec ça, on n'entend pas grand-chose, sinon le ronron de la répétition – soit ce qu'on apprend dans les cours de psychanalyse, qui est en fait de la psychologie : « Vous avez fait ça parce que votre père ceci, ou votre mère cela », etc. Comme je le disais, ça s'adresse au Moi du patient qui ne peut rien en faire ; ça rajoute une écaille de plus au Moi qui, comme le disait Freud, est fait comme un oignon. C'est ailleurs qu'il faut jouer. Répondre de ces exigences invalide radicalement toute modélisation d'une technique. Il n'y a pas de modèle clinique à copier, et encore moins à établir en protocole, puisque rien n'est efficace sans le savoir-faire du praticien. Il n'y a donc pas à proposer des modèles qui iraient contre ce savoir-faire singulier ; il y a à inciter quelqu'un à se servir de son savoir-faire, de ce qu'il a en lui, mais avec un cadre formateur qui lui offre un peu de garantie. Il n'y a donc aucune place pour les reconnaissances imaginaires, cet appel à ce que quelqu'un nous apprenne ce qu'en fait nous sommes capable d'inventer. C'est une réassurance fautive et dangereuse. Elle est dangereuse car si on se laisse aller à ce processus – c'est la pente, et nous l'aimons bien sûr puisque c'est la pente moïque – ce que nous avons dit ou fait est une faute si nous n'en trouvons pas la confirmation dans un manuel officiel. Il ne s'agit évidemment pas de dire ou faire n'importe quoi. Mais précisément, tout autre est la démarche de se laisser porter par son entendement – parce qu'il faut *entendre*. Et pour entendre, il faut avoir le sens du réel. Ceci n'est pas donné à tout le monde, car il faut avoir été suffisamment désidentifié pour avoir le sens du réel, c'est-à-dire qu'il faut être ailleurs que dans le seul symbolique : il faut se caler sur l'orientation dans le réel – qui n'est autre que le savoir de la structure, car la structure est orientée. Quand on se cogne de nombreuses fois au même endroit, on comprend que même s'il n'y avait pas de panneau indicateur, même s'il n'y avait pas de symbolique en prêt à porter, il y a là un fil, il y a quelque chose qu'on n'a pas pris dans le bon sens. C'est ce que Freud montre avec l'Œdipe, puisque

Œdipe n'a pas le symbolique. On ne lui a pas dit : « Fais attention, c'est ton père, ne le tue pas, c'est défendu. Ça, c'est ta mère, tu ne couches pas avec ». Œdipe apprend qu'il y avait un interdit une fois qu'il a commis la faute, parce qu'il n'a pas pris le réel dans sa bonne orientation. Le symbolique vient après. C'est comme ça qu'on invente en vérité, c'est comme ça qu'on est un créateur, c'est comme ça qu'on est un artiste, et c'est aussi comme ça qu'on est un vrai clinicien : en allant chercher son orientation dans le réel.

Il me semble que nous soignons avec notre sensibilité et notre théorie en tant qu'elles sont intriquées, mais pas à n'importe quel niveau. C'est en tant que sensibilité et théorie répondraient toutes deux d'un état du sujet le plus archaïque possible, c'est-à-dire d'un état du sujet d'avant le Moi. Voilà pourquoi la bonne théorie, c'est celle qui éclaire et rend raison de ce que nous faisons subjectivement quand nous inventons... avant d'en chercher la confirmation ailleurs. Car nous l'avons inventé à partir de la sagesse d'un état de sujet archaïque dans notre intime, celui qui a su entendre. Là, nous ne faisons plus de la psychologie. C'est avec la rémanence en nous de ces états de sujet que nous travaillons le mieux, car nous pouvons vraiment entendre ce qui se passe pour tel ou tel de fou ou d'extrêmement régressé. Je voudrais enfin évoquer la question du corps, ne serait-ce que pour rendre hommage à cette pensée fulgurante qui se trouve dans les arguments des Journées concernant ce que nos corps sont en train de devenir : « Seules les extrémités du corps sont aptes à la trace, lui-même s'évidant peu à peu... ». Sans déplier le foisonnement conceptuel que suppose une pensée si incarnée d'un état de corps (castration

symbolique, inscription signifiante, jouissance phallique et Autre jouissance, identification primaire...), je veux simplement souligner que nous savons à peine ce que c'est que le corps. Nous n'en sommes qu'aux premiers balbutiements. Je parle du corps humain vivant, parlant et jouissant – c'est-à-dire pas seulement ce qui jusqu'à maintenant a été réduit au corps médical, au corps biologique et anatomique du cadavre. Certains ont posé les premières pierres de ce travail, à commencer par Freud. Mais beaucoup reste à faire, d'autant que ce corps est en perpétuel changement, et que ce changement s'accélère vertigineusement – avec, notamment, les nouvelles techniques de procréation qui vont créer des modifications sans précédent du vécu de nos organes. À mon avis, il sera impossible de penser cela sans l'aide de la psychanalyse.

Pour conclure

Il me semble légitime d'affirmer que la psychanalyse a besoin de la psychiatrie parce qu'elle ne restera la vraie psychanalyse que si elle se confronte au fait psychotique. L'approche de la psychose interdit les déviations de la psychanalyse, car là on ne peut plus s'en sortir par des pirouettes ou des faux-semblants. Mais en retour la psychiatrie a besoin de la psychanalyse, car quels que soient les progrès de la neurobiologie il restera ce que j'ai appelé vaguement le « fait humain ». Or, si la psychiatrie ne s'en charge plus, d'autres s'en chargeront à votre place car c'est une dimension irréductible. Pour le moment, c'est la psychanalyse qui nous donnera (encore ?) les meilleurs outils pour le penser et le traiter.

Les impasses de l'impensé ou promesses du non publié

Nous avons en psychiatrie quelques auteurs dont la contribution a durablement modifié la pensée psychiatrique, qui ont dit-on, initié un changement de paradigme. Il m'a semblé intéressant de revenir sur cet espoir que nous pouvons avoir d'attendre des changements de paradigme en psychiatrie.

Plus que de discontinuité franche, ces changements de paradigme sont constitués par l'évolution d'une pensée d'un auteur, qui s'inscrit lui aussi dans le contexte culturel de son temps. Ces contributions gardent un intérêt certain à notre époque, même un voire deux siècles plus tard. Les descriptions cliniques, même s'il est difficile de les reconstituer fidèlement avec notre regard contemporain, gardent toujours un écho vivace et enrichissant. Certaines élaborations théoriques gardent toute leur actualité et d'autres mettent l'accent sur des éléments toujours débattus par les psychiatres d'aujourd'hui.

Pour certains auteurs qui ont énormément compté pour la psychiatrie, le public de leurs lecteurs (dont nous faisons encore partie) a pu être en demande d'une production encore plus pointue et novatrice.

C'est ainsi que l'on a pu attendre la sortie de tel ou tel ouvrage ou bien annoncer la prochaine éclosion d'un travail potentiellement (voire sûrement) révolutionnaire. Les attentes sont fortes, et l'on attend que la psychiatrie règle un certains nombre de problèmes sociétaux, ou bien propose (ou prescrive), collectivement et au nom de la science du bien-être, une nouvelle manière de vivre les peurs et les angoisses inhérentes à l'être humain.

Bien éloignés de nos très folkloriques annonceurs de progrès (ainsi ceux qui annoncent la découverte du gène de l'angoisse; ou de la pilule du bonheur, pour les enfants à base de stupéfiants, ou pour les hommes sous forme de pilule érectile, ou pour les femmes à base d'hormones de jeunesse), nous avons pu attendre de tel ou tel auteur qu'il publie «enfin» l'ouvrage qui expliquera toutes ses précédentes productions.

Par exemple Nancy Andreasen, à la fin de sa carrière, a publié un grand ouvrage de synthèse «résumant» sa carrière et sa pensée (*Brave New Brain, 2001*). Cependant, elle s'exprime volontiers sur ses erreurs passées (*notamment à son allocution à Paris, à la journée du 12 octobre de l'Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de Santé Mentale*) et détaille la manière dont le DSM-III, auquel elle a contribué en

1980 (au sein de la première « task-force », composée de 8 personnes), a pu malheureusement appauvrir l'enseignement de la psychiatrie et de son histoire auprès des jeunes générations, quasi condamnées à ne plus avoir aucun recul et à se réclamer d'une vérité centrée sur le DSM. Elle propose un « Plan Marshall reverse » pour que les psychiatres américains réapprennent la psychopathologie encore en vigueur en Europe.

Mais la principale conséquence des progrès de la médecine est que les humains ont la chance de vivre plus longtemps, ils peuvent donc poursuivre un travail théorique même longtemps après la fin de leur carrière. Bien entendu, par le passé, beaucoup d'auteurs auraient eu le talent de publier encore d'autres ouvrages essentiels s'ils en avaient eu le temps.

Dans cette perspective pensons à Alois Alzheimer qui devait publier, dans le cadre de la collection de Gustav Aschaffenburg, un ouvrage sur la corrélation anatomo-clinique cérébrale en psychiatrie à partir de ses recherches de pointe en anatomopathologie. Annoncé en 1911 par Eugen Bleuler dans « Dementia præcox ou le Groupe des Schizophrenies », cet ouvrage d'Alzheimer était attendu comme le chaînon manquant, la dernière pièce du puzzle bien organisé et bien cohérent que les psychiatres d'il y a un siècle avaient élaboré. Cet ouvrage aurait pu permettre à la psychiatrie de rattraper tout à fait les autres spécialités médicales. Seulement, Alzheimer est décédé alors qu'il rédigeait les premières pages de cet ouvrage. Finalement écrit par trois autres auteurs qui évoquent avec nostalgie les « secrets que Alzheimer a emportés avec lui dans sa tombe », cet ouvrage s'éloigne tellement de la psychiatrie qu'il ressemble bien plus à un traité d'histologie descriptive ; ce qui laisse toute la profession orpheline des lettres de noblesse qu'aurait pu fournir le grand Alois Alzheimer. Cette grande attente, soudain déçue par l'interruption brutale de sa vie, s'est transformée en une légende universelle d'autant plus éclatante après sa mort. Chance que n'ont pas eu ni Bleuler ni Kraepelin, dont les noms sont finalement moins connus, mais qui ont paradoxalement laissé derrière eux une œuvre solide et exemplaire.

Mais pensons également à Henri Ey. Devenu une légende de son vivant, ayant répondu présent au besoin d'élaboration théorique de son époque (comme en son temps Freud, mais à une toute autre échelle, bien au delà de la «psy»), il a conservé une aura toute

particulière après sa mort. Le pape de la psychiatrie française n'est plus, mais ses écrits (récemment réédités) contribuent toujours à former les esprits psychiatriques. Cependant, à l'écart de ses manuels, quasiment universellement diffusés dans le monde psychiatrique (en sa qualité de secrétaire général de la WPA), traduits dans des dizaines de langues, et hormis ses nombreux ouvrages théoriques, nous avons également la trace d'une pensée plus complexe, plus subtile, moins connue, mais aussi moins médiatique chez Henri Ey. Pour lui sa grande théorie de l'organodynamisme, qu'il a pu développer par ailleurs, prenait sa source dans le travail de Bleuler. Mais il n'a finalement jamais pu développer à l'écrit comment ce lien de filiation s'était tissé entre sa pensée, rationnelle et organisée, et celle de Bleuler, bien plus contradictoire et disparate. Étant trop jeune lors du décès d'Henri Ey, je n'ai pas pu lui poser cette question, mais il avait certainement un avis là-dessus.

Son image posthume est bien sûr dessinée par ses écrits, mais tout comme ce qui est dit ne recouvre pas tout ce qui est pensé (mais peut toutefois dessiner les contours de l'inconscient); ce qui est écrit ne représente pas toute la pensée d'un auteur, même si c'est tout ce qui nous reste... Les non publiés, annoncés mais inconnus seraient-ils des scotomes dans l'écrit,

représentants d'un inconscient, inaccessible à l'écrit mais aussi dans la pensée consciente et rationnelle dont Ey se revendiquait. Quelqu'un se souviendrait-il de ce que Ey disait sur Bleuler ?

Cela dit, ces chaînons manquants peuvent devenir des sources d'inspiration et de recherche stimulantes pour les jeunes générations ; cette insatisfaction peut se transformer en désir d'en savoir plus et contribuer à la construction de la psychiatrie de demain, sur des bases encore plus solides qu'auparavant, en réactualisant d'anciens débats, et en les replaçant dans les « données actuelles de la science ».

Les scotomes du passé deviendront peut-être les piliers de la psychiatrie de demain.

Jérémie Sinzelle
Psychiatre, Paris

La « newsletter » de l'AFPEP-SNPP



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

info@afpep-snpp.org

MÉMOIRE d'un NEURO-PSYCHIATRE

Diplômé en Médecine en 1949 à la faculté de Paris
et en 1957 en Neuropsychiatrie à la faculté de Toulouse

C'est un témoignage émouvant dont nous fait part René Misrahi. Il nous invite à un voyage qui traverse l'histoire de la fin du siècle dernier. Des rives d'Alexandrie aux portes du Rouergue, nous parcourons le parcours peu commun d'un homme qui a vu naître, disparaître des traitements, des pratiques et des grands noms de la psychiatrie. Je suis heureux que René Misrahi se soit décidé à nous faire partager son parcours en toute simplicité. Faites comme lui ! Faites un devoir de mémoire et écrivez ! Vous pouvez adresser vos textes à : info@afpep-snpp.org ou bien à : michel.jurus@gmail.com

Michel Jurus

(motivations du choix de la spécialité)

A la suite de l'appel à témoignage de Michel Jurus sur « le choix de la spécialité psychiatrie » dans le Bulletin d'Informations des Psychiatres je me permets de vous envoyer ce témoignage.

Actuellement retraité depuis de nombreuses années, je prends la liberté de rédiger ce modeste aperçu de mon parcours médical en Neuropsychiatrie. Ceci illustre bien les facteurs qui ont déterminé le choix de ma spécialité, spécialité qui à mon âge, continue, de m'intéresser par son évolution et la place de plus en plus importante qu'elle occupe dans la société de nos jours.

PARCOURS individuel qui a déterminé mon choix et celui de mes parents pour des études médicales

Je suis né en 1924 à Alexandrie (Égypte) de parents juifs (très peu pratiquants), ma mère d'origine Italienne, mon père venant de l'empire Ottoman à la fin de la guerre 14-18. Ma modeste famille se composait de ma mère (femme au foyer), de mon père (huissier auprès des tribunaux consulaires à Alexandrie), d'une sœur aînée mariée très jeune à 17 ans, d'un frère beaucoup plus jeune légèrement handicapé suite à la fièvre typhoïde en bas âge.

J'ai fait mes études primaires et secondaires au lycée français d'Alexandrie (dans le cadre de la MISSION LAÏQUE FRANÇAISE). J'ai eu mon Bac avec mention en 1939 à la déclaration de la guerre. J'avais envie de faire des études secondaires d'Architecture, tandis que mes parents préféraient que je fasse Médecine.

Depuis 1919 l'Égypte, la Palestine, l'Arabie étaient sous protectorat Britannique tandis que la Syrie et

le Liban sous protectorat Français. Il était difficile de continuer des études supérieures en français pendant cette période de guerre en Europe.

Les nouvelles d'Europe étaient de plus en plus alarmantes, (surtout pour les juifs). Renseignements pris, je quitte ma famille pour l'université de Beyrouth tenue par les jésuites qui acceptent mon inscription à la Faculté de Médecine. Au cours de ces 4 années d'occupation de l'Europe et les Allemands aux portes d'Alexandrie, je continue mes études au Liban.

En 1945 à la libération de la France, avec un groupe d'étudiants d'Égypte nous nous embarquons pour l'Europe afin de continuer nos études selon le choix de chacun. J'ai 21 ans, je suis très inquiet et bouleversé à l'écoute des histoires vécues pendant l'occupation (les déportations, les règlements de comptes) je quitte la famille pour de longues périodes, à de grandes distances avec des moyens de déplacements difficiles.

Avec mes camarades nous nous intéressons à tous les mouvements psychologiques, philosophiques, politiques d'après guerre; tous ces mouvements qui promulguent LA TOLÉRANCE, LES LIBERTÉS INDIVIDUELLES COLLECTIVES, L'EXISTANTIALISME, LE COMMUNISME, LE SOCIALISME etc. Avec toutes ces idées, et étant donné ma situation un peu précaire je continue mes études de Médecine, à la faculté de Paris.

MES ÉTUDES en FRANCE à PARIS et en PROVINCE

Je passe les concours d'internat des hôpitaux de l'Île de France Villejuif et hôpitaux Psychiatriques. Admissible, je ne peux pas prétendre à un poste d'interne n'ayant pas la nationalité française. Pour la préparation au

concours, j'ai suivi le Dr. AJURIAGUERRA qui par la suite devient professeur, et qui pratiquement m'a convaincu du bon choix de la PSYCHIATRIE.

Ayant toujours des besoins d'argent, je vais à Mont de Marsan pour un remplacement d'interne à l'hôpital psychiatrique, où je subi mon baptême de la fréquentation des malades mentaux et les quelques traitements d'après guerre; (camisoles, électrochocs, Cardiazol, laudanum, etc.).

Le médecin chef Dr. ROUCOULES me charge de faire avec le chef infirmier le tour des diverses unités : les agités en camisoles, les gâteux alités dans de la paille, les délirants, les névrosés, les travailleurs (les bons malades, employés dans l'établissement).

Les abords psychologiques sont inexistantes et la communication reste aux bons soins de l'équipe soignante. Les descriptions et les classifications des maladies psychiatriques sont encore mal individualisées. Avec DIDE et GIRAUD on parle de démences précoces, délires chroniques, psychoses, névroses et démences. La schizophrénie de BLEULER fait son apparition dans le langage psychiatrique un peu plus tard.

Le médecin chef le Dr. ROUCOULE et les infirmiers m'ont enseigné les quelques éléments d'une psychiatrie pratique. Il existe une grande connivence entre les soignants et les patients, ce qui donne une atmosphère moins rigide. Mon séjour durera 18 mois.

Après cette longue absence, j'accède au désir de mes parents, je rentre à Alexandrie et je travaille comme interne en chirurgie dans un hôpital privé (anesthésie, petite chirurgie, obstétrique).

Dans mon cabinet privé, je reçois des malades psychiatriques, étant donné l'absence de spécialiste et de lieu d'hébergement dans toute la ville (Alexandrie). Il existait bien un énorme hôpital psychiatrique au Caire qui évidemment était saturé, l'admission difficile et de conditions d'hébergement très précaires. Pendant 4 ans je continue cette pratique psychiatrique bâtarde et de la neurologie. Entre temps je fonde une petite famille (mon épouse et 2 enfants). Les nouvelles politiques étant de nouveau très alarmantes; révolte contre les occupants anglais, et contre le jeune roi FAROUK qui quitte l'Égypte, laisse la place au général NEGUIB, et puis au colonel NASSER. A la création de l'État d'Israël, les juifs et les communistes deviennent indésirables.

En 1955 nous quittons l'Égypte pour Toulouse où je passe le certificat nouvellement créé de Neuropsychiatrie dans le service du Professeur RISER qui avec le Professeur RASCOL et le Professeur GAYRAL ont insisté sur le grand problème de la communication, de l'humanisme en psychiatrie. Étant

donné la situation difficile dans laquelle je me suis brusquement trouvé avec ma petite famille, ils m'ont trouvé un poste à l'hôpital privé « CAYSSIOLS » faisant fonction d'hôpital public à Rodez. Enfin je m'installe à Rodez, que nous n'avons plus quitté et où j'ai fait toute ma carrière de 1956 à 1986 à l'hôpital, en privé au cabinet, et enfin finir ma carrière dans une clinique privée. Entre temps je passe le certificat de gériatrie à Toulouse.

J'ai eu la chance de vivre toute l'évolution de la psychiatrie, et des traitements : de la camisole, les douches, la balnéothérapie, la pyrétothérapie, la cure de Sakel, les électrochocs, la naissance de la chimiothérapie, les benzodiazépines (le largactil, phenergan, haldol,) les thymoleptiques, (Tofranil, Anafranil), les anxiolytiques (Equanil, librium, valium, etc).

Les grands mouvements psychiatriques : évidemment la psychanalyse, la narcoanalyse, l'hypnose, les thérapies institutionnelles comportementales, les groupes BALINT, la sophrologie, la relaxation.

A Bologne, BASAGLIA supprime certaines unités psychiatriques. En Grande Bretagne le mouvement antipsychiatrique avec les Drs. COOPER et LANG, la création de l'École LIBRE de SUMMerville pour adolescents difficiles.

Ce fut l'époque des grand patrons de la neurologie et de la psychiatrie on peut dire les fondateurs de cette double spécialité, dont la séparation ne s'est opérée qu'en 1968 BARUK, DELAY, DENIKER, HENRY EY, MINKOWSKI, LEOVICI DEJERINE, ALAJOUANINE, GUILAIN, RISER etc.

Les Professeurs RISER, GAYRAL que j'ai longtemps côtoyés à Toulouse, la liste de mes rencontres dans les différents congrès et réunions médicales est très longue mais ils ont tous laissé leur point de vue et leur empreinte jusqu'à aujourd'hui sur mon vécu de cette spécialité.

RÉSUMÉ des BASES du CHOIX de la SPÉCIALITÉ « NEURO-PSYCHIATRIE »

En dehors des circonstances socio-politiques et familiales qui m'ont conduit à exercer la médecine pendant 60 ans, je crois que mon tempérament et celui de mes proches a été déterminant dans le choix de la neuropsychiatrie, spécialité unique dont le support était avant tout de ma façon d'exercer l'anatomie et la physiologie du système nerveux, dont l'appréhension nécessitait une approche presque mathématique, du patient de son passé, de son entourage, du milieu d'évolution. On pourrait dire les bases de la psychologie et d'une certaine philosophie.

Évidemment l'apparition des thérapeutiques physiochimiques et psychologiques ont facilité ma tâche.

Je crois qu'après 20 ans de retraite que les résultats furent satisfaisant.

PSYCHIATRIE D'HIER et D'AUJOURD'HUI

Après la description de mon parcours médical un peu chaotique et très personnel il faut que j'exprime mon point de vue sur la psychiatrie d'hier et d'aujourd'hui.

Chez les anciens le patient était le principal acteur de la rencontre entre lui, la société, l'entourage, société dont il fallait l'extraire, l'isoler, le maintenir en dehors car il était différent des autres. Les psychiatres étaient tout puissants car ils possédaient le pouvoir d'interner et très peu de possibilités de soigner.

Toutes les interprétations étaient permises. Il a fallu PINEL et ESQUIROL pour créer des règles pour défendre cet être humain d'une part et la société d'autre part. La psychiatrie sans traitement véritable restait dans le domaine mystique de la religion et de la magie.

A la fin du 18^{ème} et au 19^{ème} siècle suite aux découvertes anatomopathologiques des lésions cérébrales « Le cerveau de CHARLES FOIX » ; et les lésions neurologiques par DUCHENNE de BOULOGNE au 3^{ème} stade de la syphilis, (Paralysie générale) avec CHARCOT, JANET, la psychiatrie fait son entrée dans les sciences neurologiques avec des ébauches de traitements chimiques, et physiques. Le patient fait son entrée dans les hôpitaux et les hospices.

Il faut attendre pour que les philosophes, les psychologues et les nouveaux psychiatres s'emparent de cette spécialité et laissent tomber à mon grand regret la neurologie.

En 1955 apparaissent les traitements chimiques (camisole chimique) l'imagerie médicale, la génétique qui modifient l'atmosphère et la fermeture de certaines unités psychiatriques.

La psychiatrie prend une large place dans la vie sociale. On peut alors parler d'une Psychiatrie fondamentale d'une part, et des Thérapeutiques Psychiatriques qui deviennent très organisées. Toutes les positions excessives et univoques sont à bannir. Les soins psychiatriques sont l'œuvre de tous : patients familles équipe soignante, entourage.

Il faut lutter contre la solitude, l'isolement, l'angoisse que nous vivons depuis le traumatisme de la naissance (interruption de la symbiose MÈRE - NOUVEAU NÉ), angoisse d'abandon que nous traînons plus ou moins jusqu'à l'angoisse de MORT qui est un abandon définitif.

Cette angoisse d'abandon évoluera selon le milieu social avec des aspects différents selon la place qu'elle occupe dans le cercle social.

Telle d'après moi, devrait être la psychiatrie de demain

Je pense avoir été trop long et trop personnel dans mon exposé faites en les coupures qui vous paraissent nécessaires. A moi cela m'a fait un grand bien de les rédiger.

Dr. René Misrahi
Rodez le 27 juillet 2013

Après les Journées Nationales de Lyon

« Tout le monde y peut pas être de Lyon ; l'en faut ben d'un peu partout »... Vieux proverbe lyonnais que les canuts (ces ouvriers tisserands misérables de la Croix Rousse et de la révolution de juillet 1838) aimaient probablement autant à mettre à leur actif ; qu'ils aimaient déclamer leur chant de révolte : « C'est nous les canuts, nous allons tout nus »...

La Résistance, dans laquelle je me suis laissé entraîner à l'appel de l'ami Jurus, c'est belle et bien remise en marche au décours de ces Journées lyonnaises de l'AFPEP que tous se sont accordés à considérer comme dynamiques et stimulantes, tant au niveau des lieux choisis pour leur symbolisme, qu'au niveau des participants, intervenants et inscrits, dont la qualité des échanges a été remarquable et remarquée.

La résistance est en marche ; entre notre *doxie* et notre *praxis* ; la destructivité et la créativité qui nous enserrant ; les instances qui nous gouvernent ou nous contraignent et celles qui nous rendent pourtant toujours capables d'inventer la permanence de notre pratique...

Didier Gauchy
Psychiatre, Lyon

Lumières de Lyon

Orchestrées de main de maître par Michel Jurus, Thierry Delcourt et Didier Gauchy, ces Journées ont tenu tout au long et même dépassé les promesses contenues dans l'argument. Reçus dans de magnifiques locaux en plein cœur de la ville, nous y avons recueilli un grand nombre d'atouts pour penser, grâce à la qualité et l'intelligence des interventions.

Démarrant sur les chapeaux de roue, Pierre Dardot dans une brillante introduction intitulée « Résistance, norme et subjectivation » nous a invité à nous atteler à une résistance active et collective (un collectif de singularités), l'action de résister produisant son propre sujet.

Dans des exposés à la fois remarquables et émouvants, nos collègues et amis tunisiens, Sofiane Zribi et Wassim Sellami ont pu témoigner de la difficulté de garder un espace de parole et une écoute de psychiatre au sein d'une société en révolution et en crise.

Les participants de ces Journées lyonnaises ont je crois, été portés par la grande richesse des propos qui devraient contribuer à la construction d'une pensée résistante.

Mon amie Dominique Jeanpierre m'a confié à son retour à Aubenas : « ce colloque m'a redonné du cœur à l'ouvrage, a réinsufflé du sens à notre métier. J'ai retrouvé l'envie d'être auprès de mes patients, de leur donner sans compter, sans compter façon administrative.

Ces Journées m'ont apporté des forces de vie pour sortir de la chronicisation et résister.

Au CMP, ça nous a réveillés. »

Anne Rosenberg
Psychiatre, Paris

Résistance à Lyon

Merci à tous pour ce formidable élan que vous avez donné à nos Journées Nationales. Nous étions unis pour affirmer, plus que jamais, nos valeurs dans un monde de la santé soumis aux normes économiques de la rentabilité et du taylorisme. Notre programme scientifique s'est révélé d'une belle qualité soulignée par une présence soutenue des participants dans nos ateliers et nos plénières. Vous avez été nombreux à venir nous dire combien ce que vous pouviez entendre vous donnait un regain d'énergie.

Nous sommes déjà prêts pour vous recevoir à Strasbourg avec la même envie de partager ce temps essentiel pour notre pratique professionnelle.

Résistons et allons de l'avant !

Michel Jurus
Psychiatre, Lyon

Loi du 29 septembre 2013, réformant la loi du 5 juillet 2011, réformant la loi de 1990 réformant la loi de 1838...

La loi de 1838 avait duré 152 ans. La loi suivante a tenu 21 ans alors qu'elle devait être révisée au bout de 5 ans. La loi de 2011 aura tenu 2 ans, déclarée inconstitutionnelle peu après sa publication suite à l'action d'une association de patients, le CRPA (cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie) en 2012 par voie juridique (question prioritaire de constitutionnalité).

Le rapporteur de la commission des affaires sociales, Denys Robiliard, député PS, intitule l'article de son blog « *Proposition de loi Soins sans consentement : l'homme est le remède de l'homme* ». L'esprit se démarque effectivement de ce que le SNPP avait dû combattre lors du précédent quinquennat, avec la psychiatrie sécuritaire, comme le rappelle le ministère : « *Ce texte permet d'en finir avec l'inspiration sécuritaire qui avait marqué la loi de 2011 en replaçant le patient au cœur du processus thérapeutique. Cette ambition répond aux attentes des malades, de leurs familles et des professionnels* ».

L'analyse des textes de loi est un exercice parfois ardu, dont l'interprétation peut parfois varier selon le lecteur. Et certaines mesures doivent attendre des décrets d'application pour être précisées. Tentons néanmoins ici une synthèse, sous toute réserve.

Les mesures les plus folles de la loi de 2011 sont corrigées.

Mesure applicable dès octobre 2013 :

- Le statut spécial des UMD est supprimé, les patients qui y sont hospitalisés revenant dans le droit commun. Ainsi, un patient qui a été en UMD dans les 10 dernières années n'est plus soumis à des mesures spécifiques pour sortir d'une hospitalisation ultérieure. Seuls les patients déclarés irresponsables pénalement pour des actes graves risquant au moins 5 ans de prison pour une atteinte aux personnes, ou 10 ans pour une atteinte aux biens) relèveront de ces mesures spéciales. Le « casier psychiatrique » pour cause de passage en UMD est abrogé !
- Pas de contrainte possible pour un patient en programme de soins (soins ambulatoires sous contrainte).
- Possibilité d'une contrainte pour le transport de patient pour une hospitalisation sous contrainte.

- Rétablissement des sorties de courtes durées jusqu'à 48h : la loi de 2011 avait mis en place un système complexe obligeant parfois à lever l'hospitalisation pour mettre en place un programme de soins ambulatoires sous contrainte puis une réhospitalisation à temps complet et son lot de nouveaux certificats, dissuadant les praticiens de proposer des sorties de courte durée.
- Les sénateurs et députés ont désormais le droit de venir visiter les établissements psychiatriques recevant des patients sous contrainte.

Mesures applicables au 1^{er} septembre 2014 :

- Le juge des libertés, en cas d'hospitalisation sous contrainte, interviendra désormais au bout de 12 jours (au lieu de 15 dans la loi de 2011). Le nombre de certificat est donc un peu réduit.
- Audience du juge désormais à l'hôpital et non au tribunal : c'est au juge de se déplacer, le patient étant par définition dans un état rendant difficile son transport, l'attente dans une salle du palais de justice entouré des malfrats du jour...
- Fin de la visioconférence, envisagée par le ministère en 2011 pour éviter ces transports, au mépris des droits élémentaires de la défense, et de la plus élémentaire clinique psychopathologique du délire de persécution...
- L'assistance d'un avocat devient obligatoire

Recours devant le Conseil d'État du CRPA d'octobre 2013

Un autre recours devant le Conseil d'Etat est en cours, et pourrait aboutir à l'annulation partielle d'un décret d'application de la loi de juillet 2011 concernant les modalités de l'admission à la demande d'un tiers : le directeur n'ayant pas à la formaliser par écrit ni à la motiver, les recours s'avéraient compliqués. Ce point pourrait être prochainement modifié, montrant ainsi qu'on n'a pas fini de voir la loi évoluer.

La question des soins ambulatoires sous contrainte dits « programmes de soins »

Parmi les inquiétudes de la profession, les soins ambulatoires sous contrainte dits « programme de soin » restent problématiques. En effet, aucune mesure contraignante ne peut être imposée à un patient en

« programme de soin », mais ces soins ambulatoire sont tout de même déclarés obligatoires ! Le paradoxe persiste donc, puisque le patient est alors soumis à une privation de liberté tout de même, mais qui ne peut être sanctionnée par aucune contrainte en cas de non-respect du programme. Plus clairement, un patient en programme de soin ne peut pas être transporté sans son consentement pour aller au CMP voir son psychiatre, ne peut pas recevoir autoritairement une injection de médicament, ne peut pas être contraint à ouvrir sa porte pour une visite à domicile, etc... Pour toute contrainte, il faudra réhospitaliser le patient à temps plein, et donc le présenter à nouveau au juge au bout de 15 jours (12 jours à partir de septembre 2014)... sauf si l'hospitalisation dure moins longtemps ! Si bien qu'il reste possible de réhospitaliser le patient pour 10 jours à de nombreuses reprises sans jamais avoir à déclencher le contrôle systématique par le juge.

Or les patients concernés sont précisément ceux qui ont déjà fort à faire avec leur propre dissociation, et auront peut-être un peu de mal avec l'oxymore des soins « obligatoires, sans contrainte ».

Rappelons que le patient en programme de soin, comme en hospitalisation complète, peut à tout moment saisir le JLD pour faire lever la mesure de soins obligatoires.

On peut donc regretter que le principe même du programme de soins soit conservé en tant que mode de traitement banalisé. La formule de la loi de

1990 qui prévoyait des sorties d'essai à l'issue des hospitalisations sous contrainte avait le mérite de faciliter les sorties, de contraindre certains patients particulièrement difficiles à continuer leur traitement, tout en dissuadant les praticiens d'y recourir par facilité. On voit désormais des patients en « programme de soin » venir nous voir dans nos cabinets en demandant comment sortir de ce système parfois insupportable, dont la nécessité n'est pas toujours évidente.

La solution pourrait être d'étendre le contrôle systématique par le JLD non seulement à l'hospitalisation complète de plus de 12 jours, mais au principe même du soin sous contrainte y compris ambulatoire.

La loi de 2011 n'est pas révisée sur ce point, et incite les praticiens à mettre en place des programmes de soin, par sécurité, alors que le précédent système *permettait* de contraindre aux soins si c'était vraiment indispensable. Nous aimerions avoir un bilan de l'application, des effets secondaires, de la qualité des soins proposée, etc...

Une future loi de santé mentale devrait se discuter l'an prochain. Lors de notre entrevue au ministère (cf article de Patrice Charbit dans ce numéro), nous avons bien pris soin de rappeler que le SNPP aura des choses à dire sur tous ces sujets !

Élie Winter

Symposium

Deux jours de bonheur

Un symposium de formation et d'échange avec un groupe de neuropsychologues s'est tenu à Reims dans le service du Professeur Bakchine, à l'initiative d'une neuropsychologue particulièrement curieuse et travailleuse.

Le programme était : Initiation à la psychiatrie, carte blanche !

Cependant les demandes exprimées portaient sur la prise en charge des patients consultant en neurologie auxquels le diagnostic d'hystérie est accolé comme « co-morbidité », les syndromes post traumatiques avec ou sans lésion cérébrale, les symptômes relationnels des patients atteints de maladies dégénératives (SEP).

Une gageure et une responsabilité.

J'ai pris le parti de dérouler l'histoire de la pensée en psychiatrie, c'est-à-dire l'histoire des idées, les mythes et les Cultures comparées et leurs filiations.

Le but était de faire concevoir que tout ceci est une histoire de théories du monde, une histoire des mots, et mettre cette élaboration en relation le discours de la

science et de ce qu'on appelle l'objectivité des mesures et des preuves... appliquées dans « la vraie vie ».

Je pensais aux tests, échelles, imagerie, classifications et la façon dont la sémiologie a évolué, voire mutée.

Au cours des échanges est survenue la question de nos théories anthropologiques implicites et de leur effet sur notre façon d'être et de penser.

Deux jours de plaisir à débattre à partir d'un support formel universitaire structuré autour des savoirs, de type PowerPoint, où sont venues – petit à petit – se glisser les témoignages de cas cliniques très finement observés, qui n'avaient pas d'espace pour être partagées, et devenir par la mise en récit, une expérience clinique.

Je pense que le résultat de cette approche par le biais sémantique, celui du langage, a ouvert à un espace, non pas du manque de connaissances, mais un espace nouveau, non ou à peine, pensé avant ces « conversations ».

Jacques Barbier
Psychiatre, Reims

Être psychiatre aujourd'hui des fondamentaux aux propositions concrètes

Texte de synthèse réalisé par Jacqueline Légaut, Michel Marchand,
Patrice Charbit, Thierry Delcourt, Élie Winter

Les fondamentaux de l'AFPEP – SNPP

- Une politique de santé en permanence centrée sur le soin et sur la solidarité (l'Assurance Maladie doit garantir la protection sociale et permettre l'exercice des psychiatres privés en respectant les règles déontologiques inhérentes à notre pratique du soin).
- Les conditions intangibles d'un soin conforme à notre éthique et notre déontologie sont et resteront :
 - L'indépendance professionnelle consubstantielle à une réelle responsabilité,
 - La confidentialité et le strict respect du secret professionnel,
 - Le respect du libre choix du psychiatre par le patient.
- La formation du psychiatre est permanente ; elle repose sur :
 - La formation initiale qui fait toute sa place à la psychopathologie, avec une ouverture sur les sciences humaines autant que les neurosciences, la relation soignante, les différents modes d'exercice et en particulier l'exercice privé.
 - La formation continue qui se doit de rester strictement à l'initiative et sous la responsabilité des praticiens au fait de leur exercice spécifique.
- Les modes d'exercice des psychiatres privés constituent une richesse clinique et thérapeutique à condition de préserver leur diversité et leur adaptabilité aux situations et aux patients. L'AFPEP – SNPP affirme plus que jamais la nécessité de cette diversité et de la complémentarité des modes d'exercice dans l'organisation des soins en psychiatrie, sans avoir à jouer sous quelque forme que ce soit les supplétifs du service public.
- Le cadre du soin doit prendre en compte et respecter le temps nécessaire à la consultation, l'indispensable relation de confiance avec le patient, la disponibilité pour assurer la continuité de la prise en charge dans sa complexité ; ce qui nécessite un acte unique incompressible, indivisible et donc, substantiellement

revalorisé pour ne pas altérer sa qualité, garante d'un soin efficace. Cette qualité garantit une réelle économie du coût de la santé.

- La fonction soignante constitue le cœur de notre exercice, et donc, il nous faut réaffirmer notre fonction première : le traitement de la souffrance psychique et des patients atteints de troubles psychiatriques, sans restriction du champ d'exercice.

Nous affirmons notre refus de la réduction à une fonction expertale.

Nous soulignons la prise en charge de files actives équivalentes de patients et de pathologies graves dans la pratique privée que dans le service public.

- La spécificité de notre pratique centrée sur la personne et sa souffrance psychique induit un acte où le diagnostic et le pronostic ne sont pas figés ni définitifs. Notre souci reste avant tout la prise en compte de la dimension évolutive du patient, de la complexité de sa problématique

- Le libre choix des techniques, tant psychothérapeutiques que biologiques ou sociales. Le psychiatre ne peut se contenter des seules « données acquises de la science » ou de l'Evidence Based Medicine, qui représentent des données beaucoup trop partielles dans son champ d'intervention. Il prend en charge l'intégrité de la personne souffrante, alors que les neurosciences actuelles et les études sur les médicaments et les comportements ne peuvent qu'apporter une vision partielle et réductrice. Les recommandations de la HAS, comme les travaux à vocation de publication dans les revues internationales à impact factor, ne sont qu'un outil et le praticien doit impérativement garder une totale indépendance dans sa pratique et décider en conscience des modalités de son intervention thérapeutique. Nous défendons une polyvalence des pratiques face à une demande de soins hétérogène.

Les empêchements

- La prévalence des normes et des objectifs fondés sur des critères comptables, prétendument scientifiques ou sécuritaires, tels qu'ils figurent dans les textes

législatifs ou/et administratifs sur la santé et plus particulièrement sur la psychiatrie (loi HPST, loi du 05/07/11, Plan psychiatrie santé mentale, dispositions conventionnelles avec l'Assurance Maladie).

- Le démantèlement progressif de la protection sociale des patients qui freine ou entrave l'accès aux soins.
- L'insuffisance des moyens dévolus à la psychiatrie.
- Les modalités du parcours de soins qui pénalisent arbitrairement l'accès direct au delà de l'âge de 26 ans.
- L'insuffisance démographique et sa mauvaise répartition sur le territoire limitant la disponibilité des psychiatres et faisant obstacle à l'accès aux soins.
- La formation initiale qui tend à réduire la part des sciences humaines et la dimension de la relation intersubjective, ajoutée à la méconnaissance du mode d'exercice privé chez les psychiatres au décours des études ou lors de stages d'internat.
- Le découragement à exercer en libéral du fait des contraintes et tracasseries administratives et réglementaires portant atteinte au cadre du soin (cf. la télétransmission et les sanctions, les normes imposées pour les cabinets de consultation...).
- La non-reconnaissance financière de l'acte de consultation (la valeur du CNPsy a été considérablement dépréciée au fil des années).
- L'orientation du Plan psychiatrie santé mentale visant à restreindre le champ d'action des psychiatres en fonction des pathologies à traiter.
- L'aberration de la mise en place des soins ambulatoires sans consentement par la loi du 05/07/11 et l'atteinte au secret professionnel et à la relation de confiance avec le patient, sa dérive sécuritaire incompatible avec toute déontologie médicale et psychiatrique.
- L'exigence d'une illusoire prédictivité et ses redoutables effets.
- Les recommandations partiales et inconséquentes de l'HAS.
- La dégradation des relations entre l'assurance maladie et les praticiens : menaces de sanctions, aveuglement par rapport aux nécessités du soin, incitation aux conflits d'intérêt, non respect de l'indépendance professionnelle...

Les propositions de l'AFPEP – SNPP

- Le retour à une démographie suffisante et un aménagement du territoire favorisant une meilleure répartition des praticiens.
- Un accès direct aux soins pour tous les patients, sans pénalisation.
- Une formation complète des internes et psychiatres en formation comprenant une approche de l'exercice privé par les praticiens concernés (cours et stages chez le praticien).
- Une revalorisation substantielle de l'acte de consultation.
- Un réel partenariat avec l'assurance maladie qui soit respectueux des praticiens: refus de principe des sanctions et des conflits d'intérêt, refus des protocoles figés et de l'homogénéisation des pratiques, refus du paiement à la performance.
- Une récusation des soins ambulatoires sans consentement et du glissement vers une fonction sécuritaire.
- Un assouplissement des normes « handicapés » qui ne doivent pas être utilisées pour fermer les cabinets de consultation déjà existants.
- La garantie d'un cadre de soin qui préserve de façon absolue l'indépendance professionnelle ainsi que la stricte confidentialité.

Pour conclure

Si nous réaffirmons encore et toujours ces fondamentaux dans les conditions de notre exercice de psychiatre privé, c'est autant pour préserver un soin de qualité à nos patients que pour aider nos tutelles à penser et à réfléchir avec nous plutôt que contre, dans un retour vers un respect mutuel plutôt que dans l'accentuation d'une défiance. Nous sommes à même d'assurer un soin de qualité dans une économie de moyens à condition que cet exercice ne soit pas entravé. L'AFPEP – SNPP poursuit indéfectiblement ce but d'une qualité de soin dans le respect de la personne, en n'omettant aucun des points édictés dans la charte de la psychiatrie et dans le manifeste de la psychiatrie libérale. Cela doit nous permettre de continuer à être psychiatres, aujourd'hui comme hier et demain.

Being a psychiatrist today : from fundamentals to concrete propositions

Jacqueline Légaut, Michel Marchand, Patrice Charbit, Thierry Delcourt, Élie Winter, Olivier Schmitt

The AFPEP – SNPP’s fundamentals

- A public health policy consistently centered on care and solidarity (national health insurance should guarantee coverage for psychiatry in private practice, while respecting the deontology inherent in our methods of care).

- The inviolable conditions for care, according to our ethics and deontology, are and will remain :

Professional independence, inseparable from real responsibility,

Strict adherence to medical confidentiality,

Free choice of the psychiatrist by the patient.

- The psychiatrist’s training is permanently ongoing ; it is based on :

The initial training, largely devoted to psychopathology, reaching out to the liberal arts as well as to neurosciences, to relationship-centered care and to the various types of practice, particularly private practice.

Continuing professional development, which should be strictly at the physician’s initiative and under his responsibility, according to his specific practice.

- The various modes of private practice in psychiatry are clinical and therapeutic riches, provided that their diversity and adaptability to different situations and patients be preserved. The AFPEP – SNPP asserts more than ever the necessity of this diversity and complementarity for the organization of psychiatric care, excluding any form of subservience to state-run psychiatry.

- The care setting must take into account the amount of time necessary for the office visit, the indispensable confidence of the patient, the available time to insure follow-up in all its complexity ; this requires, with respect to national health insurance, an indivisible psychiatric session at a single fixed rate, which should be substantially increased in order to maintain quality, a guarantee of efficient care. Quality is a real means of reducing the cost of health care.

- Patient care is at the heart of our practice, thus must we reaffirm our primary function: treatment of psychological distress and mental illness, without restriction to the scope of intervention.

We affirm our refusal to being reduced to a role of expertise.

We stress the fact that equivalent numbers of patients with serious disorders are being treated in private practice and in the public system.

- The specificity of our practice, centered on the patient and his or her psychological distress, implies that diagnosis and prognosis are never definitive. Our primary concern is to consider the dimension of change for the patient and the complexity of his or her problems.

- Free choice of technique, be it psychotherapeutic, biological or social. The psychiatrist cannot limit his knowledge to scientific data or evidence-based medicine, which are insufficient in our field. He treats the entire person, whereas neuroscience and pharmaceutical research provide only a partial and simplified view. Official recommendations by the High Authority on Health (HAS) and studies published in high impact factor international journals are only one tool ; the physician must have total liberty in his practice to decide what intervention is most appropriate for each patient. We defend diversity of practice in response to varied requests for care.

Obstacles

- The prevalence of norms and objectives based on economic, so-called scientific or risk management criteria, such as appear in legislative or administrative texts concerning psychiatry, (the « Hospital, Patients, Health, Territory Law » ; Law of July 7, 2011 on involuntary commitment; regulations imposed by national health insurance).

- The progressive dismantling of the Welfare State, hindering access to health care.

- Insufficient means allotted to psychiatry.

- The current health maintenance circuit which precludes direct access to the psychiatrist above the age of 26.

- The dearth of psychiatrists which limits availability and their uneven geographical distribution which hinders access to care.
 - The initial training which tends to overlook the liberal arts and interpersonal subjectivity, and ignores the specifics of private practice during the course of studies and internships.
 - All sorts of administrative red tape involved in private practice which deteriorate the care setting (obligatory electronic billing, penalties, architectural norms for offices...)
 - The undervalued fixed fee for the office visit which has largely depreciated over the years.
 - The current Four Year Plan for Psychiatry and Mental Health, which seeks to restrict the scope of action of psychiatrists according to pathology.
 - The aberrant institution of involuntary ambulatory care by the Law of July 5, 2011, with its security-oriented breach of medical confidentiality, destroying the patient's confidence, in spite of psychiatric deontology.
 - The illusory demand for predictability and its formidable consequences.
 - The partial and inconsistent recommendations of the High Authority on Health.
 - The deteriorating relations between national health insurance and physicians: threats of sanctions, blindness to the prerequisites for proper care, incitement to conflict of interest, disrespect for professional independence...
- Direct access to a psychiatrist for all patients, without penalty.
 - Complete training for psychiatry students and interns including an approach to private practice by its practitioners (lectures and internships in the office).
 - A substantial increase in the fixed rate for the office visit.
 - A real partnership with national health insurance, respectful to the physicians: refusal on principle of sanctions, conflicts of interest and pay for performance.
 - Rejection of involuntary ambulatory care and of the tendency toward a security function for psychiatrists.
 - Loosening of the future norms for handicap accessibility to offices already in existence
 - The guarantee of a care setting which absolutely preserves professional independence and strict confidentiality.

The AFPEP – SNPP's proposals

- Restoration of a sufficient number of psychiatrists, more evenly spread out over the country.

In conclusion

If we reaffirm again and again these fundamental conditions for private practice in psychiatry, it is to preserve quality care for our patients as well as to help the administration conceptualize it's role with us rather than against us, restoring mutual respect in place of defiance. We are capable of providing quality care that is also economical as long as it is not hindered. The AFPEP – SNPP relentlessly pursues the goal of quality care, respectful of the person, faithful to all the points listed in our Charter of Psychiatry and Manifesto of Private Practice Psychiatry. Thus should we be able to continue to be psychiatrists, today as yesterday and tomorrow.

William Markson

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

DÉSIR DE LIVRES

Annie Stammler, Kliko, la petite oie bernache, *l'Harmattan secteur Jeunesse*

Les oies bernaches sont originaires du Canada mais ont essaimé largement en Europe. Alors qu'il s'agit de sa première migration, Kliko, qui est encore juvénile, est éjectée sur le sol dans le cours d'une tempête ; elle est sauvée mais elle a perdu tous les siens. Sur le point de se laisser mourir, Kliko est secourue par Pétropeï, lui-même appartenant à une Formation analogue. Cette rencontre est une étape vers une vie qui reprendra son cours.

Annie Stammler, Les internes racontent... la salle de garde, *Éditions de l'AIHP sous la direction de Jean-Pierre Brunet (AIHP 1961)*

... soixante-dix ans de souvenirs hospitaliers. Annie Stammler a apporté sa contribution à ce livre, sous la forme d'un chapitre, au même titre que 38 autres anciens internes de plusieurs générations.

Jeudi 10 octobre 2013

L'Association Régionale Des Psychiatres d'Exercice Privé pour la Formation (ARDPF) a présenté le livre de Thierry Delcourt

Dépressives, hystériques ou bipolaires ? Les femmes face aux psys,

dans le cadre des Jeudi de l'Association Insistance (<http://www.insistance.org>) à Paris chez Alain Didier-Weill. Art, psychanalyse et politique sont les termes qui réunissent les membres et organisent le travail de cette association.

La présentation du livre de Thierry Delcourt s'est révélée en phase avec les travaux actuels et la publication de la Revue Insistance, en renouvelant la lecture clinique des observations de cas. Sans ce travail continu de commentaire de cas, pas d'élaboration théorique qui vaille. Le livre abonde d'observations commentées.

L'intérêt a été d'autant plus vif qu'une partie du public avait une pratique psychiatrique ou psychothérapique mais que d'autres sont des praticiens d'autres disciplines relationnelles dans les domaines de l'art et du politique.

Jacques Barbier

Dépressives, hystériques ou bipolaires ? Les femmes face aux psys

Une relation équivoque, à l'origine tumultueuse, se tisse depuis plus d'un siècle entre les femmes et les psys. La psychiatrie puis la psychanalyse se sont en effet largement développées par l'intérêt, souvent ambigu, qu'elles portent aux troubles féminins. Et les catégories d'hystérique, de dépressive ou de bipolaire qui leur sont associées ont la vie dure, dans le discours commun comme dans la classification internationale des pathologies. C'est d'ailleurs en s'attaquant à ces trois adjectifs que Thierry Delcourt entend démonter les ressorts de ces relations ambivalentes entre l'univers des femmes et le monde des psys. De ces analyses, souvent polémiques, parfois drôles, aux récits de ses patientes, c'est autant la position de la femme dans notre société qu'une certaine manière de pratiquer la psychanalyse que l'auteur nous propose.

INFOS DES RÉGIONS

DES ENCARTS
SONT DISPONIBLES
POUR
VOS ANNONCES
LOCALES
ET RÉGIONALES

PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

N'hésitez pas vous connecter
sur le site : www.psychiatries.fr

Courriel : info@afpep-snpp.org

A paraître n° 160 :

« *Diagnostic et Psychiatrie –
Les fondamentaux à l'épreuve
des questions actuelles* »

FORMATIONS IN SITU

au siège de l'AFPEP à Paris

■ Prescription, proscription

SÉMINAIRE DE PRINTEMPS

Samedi 17 mai 2014
à Paris

« **Transcription** »

XLIII^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE

2-3 et 4 octobre 2014
Strasbourg

Nos prochains rendez-vous :

**FORMATIONS IN SITU
à Paris**

**SÉMINAIRE DE PRINTEMPS
samedi 17 mai 2014 à Paris**

**XLIII^e JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE
2-3 et 4 octobre 2014 à Strasbourg**
