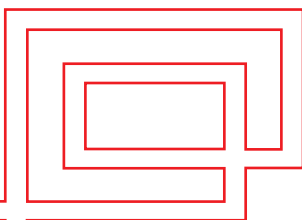


Bulletin d'Information des Psychiatres Privés



BIPP

ACTUALITÉ DE LA PSYCHIATRIE

- **DOSSIER ÉTHIQUE
ET RESPONSABILITÉ**
- **DOSSIER PÉDOPSYCHIATRIE**

AFPEP - SNPP

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

Les publications :

Psychiatries
revue de recherche et d'échanges

BIPP
Bulletin d'Information
des Psychiatres Privés

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

Caractères
la newsletter

Secrétariat de la Rédaction

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

Responsable de la publication :
Claude Gernez

Rédacteur en Chef :
Thierry Delcourt

Comité de rédaction :
Chantal Bernazzani
Olivier Brunshwig
Patrice Charbit
Béatrice Guinaudeau
Michel Jurus
Françoise Labes
Jérémie Sinzelle
Monique Thizon
Aude Van Effenterre
Élie Winter

Sommaire

Éditorial – Claude Gernez	p. 3
Informations AFPEP-SNPP	
– Convention : suite – Claude Gernez	p. 4
– Sociétés d'assurance complémentaire et OPTAM (ex-CAS) – Olivier Brunshwig	p. 5
– Accessibilité des locaux professionnels aux personnes à mobilité réduite (PMR) – Élie Winter	p. 5
– Le retour du député Fasquelle et de la velléité d'interdire la psychanalyse – Françoise Labes	p. 6
– Les femmes médecins de secteur 2 n'ont pas le droit à la protection maternité – Michel Jurus	p. 7
– Psychologues et psychiatres : même combat ? Thierry Delcourt	p. 7
Le mot du rédacteur – Thierry Delcourt	p. 8
FFP – Jean-Jacques Bonamour du Tartre	p. 10
Dossier Recherche	
– Enquête préalable au possible engagement des psychiatres libéraux	p. 11
– Le point sur le groupe recherche après Gryon	p. 11
ODPC – PP et les nouveautés de l'ANDPC Françoise Labes	p. 12
Impressions Journées Nationales Grenoble Monique Thizon	p. 13
Mémoires de psychiatre – Michel Jurus	p. 15
Dossier éthique et responsabilité	
– Responsabilité : les pièges à éviter – Claude Gernez	p. 16
– Gilgamesh on the beach... – Patrice Charbit	p. 17
– Praxis et éthique – Michel Jurus	p. 21
– L'éthique en DPC Olivier Brunshwig - Françoise Labes	p. 22
– Éthique et Numérique – Jacqueline Légaut	p. 23
– Responsabilité professionnelle des psychiatres Élie Winter	p. 24
– Éthique et déontologie du secret médical – Jérémie Sinzelle	p. 25
Dossier pédopsychiatrie	
– Histoire des psychoses de l'enfant – Jérémie Sinzelle	p. 28
– CR « Les liaisons interinstitutionnelles ont-elles un avenir ? » Françoise Duplex et Françoise Coret	p. 30
– Communiqué de la FFP	p. 32
– Actualités cliniques de l'adolescence – Thierry Delcourt	p. 33
– Éthique et pédopsychiatrie – Françoise Coret	p. 36
– La pédopsychiatrie en libéral est-elle encore possible ? Françoise Duplex	p. 37
– Enfance effacée... ? Résister, inventer – Françoise Labes	p. 39
Droit de réponse – Marc Hayat	p. 40
DÉSIR DE LIVRES	
CAHIER CENTRAL	
Bulletin d'adhésion 2016	p. I
Mot de la trésorière – Béatrice Guinaudeau	p. II
Programmes DPC 2017 – Thierry Delcourt	p. III - IV
Journées Nationales 2017 – Lille	p. V
Autres actions régionales et nationales	p. VI
International – Paul Lacaze	p. VI
Enquête préalable au possible engagement des psychiatres libéraux	p. VII - VIII

Éditorial

La convention signée en août dernier, et donc pour cinq ans, nous a permis d'obtenir une augmentation du CNPSY ; les deux euros peuvent paraître insuffisants mais ils ne sont pas ridicules en regard des avantages concédés aux autres spécialités. Les premiers échanges avec la CNAM ne s'orientaient pas dans le sens de nos revendications et ce n'est que dans un second temps, et avec une action déterminée, que cette augmentation a été obtenue. Il convient de rappeler les raisons de ce choix ; il correspond à notre pratique quotidienne, dans la diversité de chacun, mais en référence constante à ce point fondamental : l'éthique de nos actes cliniques.

Certes, en ne signant pas, la CSMF reste une force de proposition ; et il nous appartient de continuer à faire entendre notre spécificité lors des séances de travail avec cette centrale. Ceci a été le cas durant les sessions précédentes.

Les Journées Nationales viennent de se dérouler à Grenoble. La qualité des intervenants et celle de l'organisation nous ont permis de bien saisir le processus et, surtout, les enjeux du numérique sous ses diverses facettes. A nouveau, nous, les participants, adressons nos remerciements à Jacqueline Légaut et son équipe pour cette réussite remarquable. Nous pouvons mieux saisir les risques de cette révolution technique, mais il nous appartient désormais de nous approprier les avantages que cet outil confère, notamment concernant la communication.

Le dynamisme de l'AFPEP – SNPP se manifeste aussi sur plusieurs registres que je souhaite signaler pour remercier ceux qui travaillent à ces dossiers.

La formation continue reste un élément essentiel, quels que soient les avatars de sa réglementation et des difficultés de la mise en place de sa rémunération, les séances continuent à se dérouler, ce qui tient à leur préparation et à l'intérêt des thèmes choisis.

Les publications, Revue, BIPP, Caractères, continuent à sortir avec la même qualité, bien-sûr un renfort pour la correction des articles serait bienvenu...

Une mention spéciale permet de signaler la création du groupe de Recherche, dont les buts seront déterminants dans l'avenir en ce qui concerne les moyens de nous faire connaître des jeunes psychiatres en fin de formation.

Dans ce contexte d'ensemble en bon « ordre de marche » il faut souligner la vigilance de notre trésorière, dont la place n'est pas la plus gratifiante.

Ce résumé des actions entreprises, et en cours, s'il montre la valeur et l'engagement d'une équipe, ne doit pas cacher les difficultés auxquelles nous nous trouvons confrontés.

La dernière venue se nomme Conseil National de Santé Mentale dont la première séance s'est tenue lundi 10 octobre au ministère, autour du rapport de Michel Laforcade. Nous avons répondu à sa proposition de concertation. Il semble que notre adresse ait été perdue dans l'intervalle, et d'ailleurs l'oubli, dans les recommandations, porte aussi sur la pratique privée. Faut-il voir un lien de cause à effet entre ces deux faits ? Nous allons nous étonner de cette absence d'invitation, mais les propositions, « peu onéreuses » semblent, à première lecture, viser à la rapidité d'une réponse aux demandes des « usagers » sans référence à leurs qualités et leur adéquation à la pertinence des soins. Notre pratique ne s'en trouvera sans doute pas touchée, mais il semble nécessaire de rappeler la place des psychiatres privés dans les dispositifs de santé, en regard du nombre de consultations effectuées chaque jour.

Pour conclure, les projets en cours témoignent de la détermination d'une équipe et de sa capacité à discuter puis mettre en œuvre l'évolution de la pratique selon notre conception de la clinique, dans un contexte, à ce moment, peu favorable.

Claude Gernez

Président de l'AFPEP – SNPP

Informations AFPEP- SNPP

Convention : suite

Les péripéties n'ont pas manqué entre juillet et août derniers, autour des discussions entre la CNAM, les cinq syndicats et les assurances complémentaires, sous la surveillance du ministère et du premier ministre. Pour ces deux derniers, il importait de faire accepter la loi sur le tiers payant, à la suite d'une acceptation de la nouvelle convention.

L'enjeu principal de la « caisse » se situait autour de l'accès aux soins de premier recours, et les diaporamas présentés au début de la négociation le démontraient clairement. Cependant le directeur, Nicolas Revel a su évoluer par la suite. Les avantages proposés suivaient les intérêts des généralistes, tant au niveau des augmentations que des dispositions permettant l'adresse aux spécialistes, dans des délais « rapides » mais aussi réévaluation des ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique). Plus surprenant, le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) instauré par l'avenant 8 et proposé par la CSMF, fortement décrié par les autres centrales, réapparaît sans changement sous la forme de l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée)

En ce qui nous concerne, dans un premier temps, nous étions augmentés pour les patients reçus dans les 48 heures suivant l'adresse par un MG. Une discussion interne à la CSMF a permis de recentrer notre priorité pour l'augmentation du CNPSY en minimisant l'importance des consultations complexes de plusieurs niveaux. Cette position a été défendue pendant les négociations, comme nous le souhaitions.

Le 27 juillet un texte était proposé par la CNAM à la signature des centrales. Sans surprise, MG a signé une convention conforme à ses vœux. Pour des motivations plus complexes, et contre toute attente, le Bloc a suivi. A ce stade, il manquait au moins une signature pour l'adoption du texte. La CSMF, en A.G., a voté pour une prolongation des négociations jusqu'à la date « butoir » de la fin du mois d'août. Le SML a opté pour la même position.

La signature, dix jours après, par la FMF, dont les motivations n'étaient pas très argumentées comme la suite l'a montré, a validé la version de fin juillet, la convention est donc reconduite pour cinq ans.

Nous gagnons donc deux euros de réelle augmentation, et non de majoration non pérenne.

Ce chiffre peut paraître insuffisant, il correspond, pour l'ensemble des spécialités, à une avancée significative. Les autres actes de consultation sont augmentés d'autant : avis ponctuel de consultant porté à 62,50 € mais en deux temps. (01/10/17 et 01/06/18) ainsi que une MPF, consultation avec la famille, un tiers social qui revalorise l'acte de 20 €.

Les dates d'application, ridiculement longues, correspondent évidemment aux échéances électorales et aux promesses budgétaires du ministère.

A ce jour, pour valider cette convention, il a fallu relever l'ONDAM, ce qui a été effectué en une journée par le ministre de l'économie.

Le Conseil de l'Ordre a émis des réserves concernant la déontologie et la confidentialité de la télémédecine.

MG donne une consigne d'augmentation immédiate des consultations. LA FMF a posé un recours contre le texte signé quelques semaines avant. Les assurances complémentaires ne veulent plus verser les 150 millions d'euros. Ils devaient pourtant, en échange, obtenir les « datas » de la caisse. Le SML n'a pas signé. La CSMF a voté la motion suivante : chaque syndicat de spécialistes, dont les médecins généralistes, va établir les conditions préalables à une signature. Ce travail sera aussi présenté aux différents candidats aux élections présidentielles. Une A.G. se tiendra en décembre, avec un nouveau vote.

Les discussions concernant cette convention ne sont donc pas terminées, en attendant, ensuite, celles qui porteront sur les avenants.

Claude Gernez

Sociétés d'assurance complémentaire et OPTAM (ex-CAS)

Le 1^{er} janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) remplacera le CAS (Contrat d'Accès aux Soins). Les modalités du dispositif évoluent, la finalité reste identique : inciter (en vérité contraindre) les médecins de secteur 2 à faire tendre leurs modes d'exercice vers ceux des praticiens du secteur 1 : limiter leurs montants d'honoraires à 100% du tarif opposable et leur taux d'activité hors tarif opposable, en échange d'une participation des caisses sociales et d'assurance maladie au paiement de leurs cotisations.

Le levier mis en place par cette recherche de maîtrise financière des dépenses de soins médicaux hors hôpital est présenté comme une mise en concurrence tarifaire des médecins, dans laquelle les malades trancheraient d'eux-mêmes, en allant spontanément consulter les praticiens auprès de qui leur reste à charge sera moindre. En vérité ce levier est confié aux assurances complémentaires, au moins de deux façons. D'une part en versant à l'Assurance-maladie obligatoire une taxe sur les contrats «responsables» (qui représentent maintenant la majorité des contrats d'assurance complémentaire) elles participent au paiement, par la Sécurité sociale, des participations de celle-ci aux cotisations des praticiens (de secteur 1 et les signataires du CAS devenu OPTAM).

D'autre part et surtout, en devançant les désirs supposés de leurs clients de réduire leur reste à charge de cette façon, certaines sociétés d'assurance complémentaire n'hésitent pas à leur fournir des listes de médecin installés en secteur 1 ou signataires du CAS (OPTAM),

à consulter de préférence à des non-signataires. On pourrait y voir un habile contournement de la loi Leroux (qui interdit la constitution de réseaux de soins médicaux par les sociétés d'assurance complémentaire), qui fait entrer le loup dans la bergerie...

Des confrères ont de plus récemment signalé l'existence de courriers émanant de certaines de ces sociétés, visant à faire pression sur leurs assurés afin qu'ils consultent préférentiellement des médecins engagés dans le dispositif de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique). Un tel choix relèverait d'une grave confusion, car ce dispositif, qui fait partie de la convention entre les médecins et la Sécurité sociale, n'a aucune influence sur le remboursement des soins aux patients.

Ces mouvements de la part des sociétés d'assurance complémentaire correspondent à une période actuelle particulière dans ce secteur, avec de nombreuses fusions et acquisitions d'entreprises, donc des mises en concurrence pouvant être tendues. Ce, dans un contexte de modification profonde de leur positionnement sur la scène sociale : d'une attitude passive (payer la part complémentaire des soins médicaux), ces sociétés passent à une position active, en devenant un troisième acteur à part entière (ou quatrième si l'on compte l'État). L'AFPEP – SNPP reste vigilante pour suivre les conséquences de ces changements en cours.

Olivier Brunschwig

Accessibilité des locaux professionnels aux personnes à mobilité réduite (PMR)

Le Conseil d'État a annulé cet été, avec effet rétroactif, certaines dérogations pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP). (Décision du 6/07/2016 concernant l'arrêté du 8 décembre 2014).

Si on suit ce raisonnement, les travaux de mise aux normes de largeur de porte, d'espace de demi-tour pour les fauteuils roulants ne font pas forcément l'objet de dérogation, même pour les étages ou niveaux non accessibles aux personnes circulant en fauteuil roulant. Les deux associations de personnes handicapées à l'origine de la requête au Conseil d'État vont désormais devoir nous expliquer en quoi les personnes concernées y gagneront. Pour l'instant, on ne voit que le coût pour les médecins (et l'ensemble des ERP), et le bénéfice pour les métiers du bâtiment.

Ceux qui ont déposé un agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) à compter du 6 mars 2016 doivent refaire leur demande.

Tous ceux qui avaient fait la demande avant le 6 mars 2016 (et notamment avant la date limite du 27 septembre 2015) ne sont pas concernés.

Tenez nous informés de vos difficultés sur ces dossiers.

Élie Winter

Le retour du député Fasquelle et de la velléité d'interdire la psychanalyse

En 1969, Costa Gavras réalise *Z* qui reprend l'histoire de l'assassinat du député Grec Lambrakis à Thessalonique, prélude à la prise de pouvoir par les colonels en Grèce en 1967.

Les dernières images du film sont consacrées au déroulement sur fond noir de la liste des interdictions imposées par le régime de colonels. On y trouve aussi bien Dostoïevski que Beckett, les mathématiques modernes, les cheveux longs, Euripide, les Beatles, écrire que Socrate était homosexuel, la musique populaire de Mikis Theodorakis et une rubrique intitulée « la sociologie, etc... etc. ». Et on ne peut que supposer que ces etc. incluaient la psychanalyse dont on sait que seuls les régimes totalitaires l'interdisent puisqu'il s'agit d'une discipline émancipatrice (un des effets étant, grâce à la lecture clandestine d'Althusser, la relecture de Freud et Lacan par la génération des jeunes intellectuels grecs des années 70, et leur engagement dans la psychanalyse).

En février 2012, le député UMP Daniel Fasquelle, auteur d'une « proposition de loi visant à interdire l'accompagnement psychanalytique des personnes autistes au profit de méthodes éducatives et comportementales », saisissait le Conseil National des Universités afin d'éliminer la référence à la psychanalyse dans l'enseignement et la recherche sur les causes et les prises en charge de l'autisme. On se souvient des attaques violentes dont furent l'objet à l'époque des pédopsychiatres universitaires comme Pierre Delion ou Bernard Golse, le packing étant assimilé à la psychanalyse, et des recommandations que la HAS énonça contre l'avis de la grande majorité de la profession. La méthode ABA était promulguée méthode d'État. Alain Gillis se voyait interdit de conférence à l'Université de Toulouse. Nous nous étions fait largement l'écho de ces événements ainsi que de la prise de position d'un certain nombre d'associations de parents d'enfants autistes, dont la RAAPH, réclamant une prise en charge plurielle.

Au demeurant, la gauche gouvernementale n'est pas en reste. De nombreuses réactions indignées de professionnels et de parents se sont élevées contre la circulaire du 22 avril 2016 interdisant la pratique du packing dans les établissements médico-sociaux. Ségolène Neuville vise par, cette circulaire toujours en vigueur, à imposer dans les structures sanitaires et médicosociales comme seul traitement de l'autisme les méthodes éducatives et comportementales excluant toute autre approche.

Le 13 octobre 2016, le même député Fasquelle, suivi par un nombre certain de députés Les républicains, dont nombre de médecins, récidive avec une proposition de résolution invitant le gouvernement à promouvoir une prise en charge de l'autisme basée sur les recommandations de la HAS. Cette proposition peut être consultée sur le site de l'Assemblée Nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion4134.asp>.

Ces députés, médecins y compris, oublient donc que les traitements médicaux notamment psychiatriques, ne sont imposés par la loi que dans les régimes totalitaires. Et qu'une recommandation de la HAS, a fortiori une aussi contestée que celle en question, reste une recommandation et ne peut avoir valeur de loi. Ce dont ils semblent être conscients du reste quand il s'agit d'autres disciplines. Bien que la HAS ait dégradé la note de quatre médicaments utilisés contre la maladie d'Alzheimer dont l'efficacité jugée peu fiable ne justifie plus leur remboursement, le Ministère de la Santé a écarté cette recommandation de déremboursement en attendant, « la mise en place d'un protocole de soins élaboré par les scientifiques en lien avec les associations de patients » (mais la psychanalyse ne rapporte pas de l'argent aux firmes et même leur en fait perdre).

Françoise Labes

Les femmes médecins de secteur 2 n'ont pas le droit à la protection maternité

L'amélioration de la protection maternité sera réservée aux seules professionnelles du secteur 1. La Ministre de la Santé (pour qui ?) s'exprime clairement sur le chantage qu'elle souhaite exercer sur les femmes médecins : « La protection maternité n'a pas été conçue comme un nouveau droit social mais comme un élément d'attractivité vers certaines conditions d'exercice » en ajoutant cyniquement, « L'idée est que les femmes s'engageant dans certains territoires à ne pas faire de dépassements d'honoraires doivent être soutenues et accompagnées ».

Ainsi, nous sommes dans un pays où des femmes se voient victimes d'une ségrégation du fait d'une liberté encadrée des honoraires. Le blocage scandaleux du montant de la consultation pousse de plus en

plus les praticiens vers le secteur 2. Les différents Ministres de la Santé n'ont jamais joué le jeu d'une politique valorisant le secteur 1 mais plutôt, comme pour les paysans, favorisé des aides, des primes et des éléments d'attractivité. Le prix de la consultation est, comme celui du lait, toujours à la baisse et doit se compenser par la surproduction d'actes. Les médecins secteur 1 perdent de plus en plus leur indépendance et les secteurs 2 sont victimes des attaques les plus basses et des calculs les plus mesquins.

Nous sommes indignés et ne pouvons qu'être solidaires des femmes médecins victimes d'une discrimination du droit à la santé pour elles et leurs enfants.

Michel Jurus
secteur 1 par conviction

Psychologues et psychiatres : même combat ?

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale prévoit que les psychologues pourront prendre en charge les jeunes de 6 à 21 ans dès 2017 pour une phase d'expérimentation. Aussitôt, levée de bouclier d'une partie de la profession, mais cela justifie-t-il une colère des psychiatres, et pourquoi ? Entre défense de la pédopsychiatrie et réactions maladroitement, pour ne pas dire réactionnaires de certains, comment s'y retrouver ?

Face à cette position jugée corporatiste par la presse et le gouvernement, plusieurs réactions : le Syndicat National des Psychologues souhaite que cette question du remboursement et de la compétence soit débattue « sereinement et sans faux semblants » :

« Accueillir la souffrance psychique, évaluer le fonctionnement psychologique des enfants, des adolescents ou des adultes qui les consultent, proposer et mettre en œuvre des prises en charges sont le quotidien de très nombreux psychologues... Les psychologues diplômés en psychologie et psychopathologie clinique sont fondés à poser des diagnostics psychologiques et psychopathologiques... à accueillir la souffrance psychique et à évaluer le fonctionnement psychologique des personnes qui les consultent ».

Parmi les psychiatres reconnus pour leur engagement sur le terrain, Marie-Rose Moro ajoute : « Face à cette initiative, il faut se garder de toute réaction corporatiste. C'est une expérimentation assez révolutionnaire et

qui va dans le bon sens. Tout ce qui peut permettre une prise en charge psychologique plus précoce des enfants et des adolescents dans notre pays doit être soutenu. Et je pense que les psychologues peuvent être très utiles pour atteindre cet objectif, sans écarter pour autant les psychiatres... Il faut être conscient qu'aujourd'hui, les psychiatres ne peuvent pas prendre en charge dans un délai raisonnable tous les jeunes en souffrance ».

Il est trop tôt pour conclure, mais force est de constater la carence abyssale d'offre de soins remboursés pour les enfants et les adolescents. Les drames terroristes récents ont accéléré la prise de conscience gouvernementale qui aurait dû avoir lieu depuis fort longtemps, comme les psychiatres et pédopsychiatres le réclamaient, qu'ils soient du secteur hospitalier, médico-social ou exerçant en privé. Il ne s'agit pas de pénurie, mais d'un désert face auquel l'AFPEP – SNPP ne cesse d'alerter depuis des décennies, mais rien n'y fait. Et comme d'habitude, il faut qu'il y ait une situation de crise sociale pour que des décisions à la six, quatre, deux soient prises unilatéralement et sans concertation.

Alors, faut-il voir dans ce projet de remboursement des soins psychiques par les psychologues un acte délibéré qui valide la mort prochaine de la pédopsychiatrie dans sa dimension de soin, et ce, particulièrement dans le secteur privé ? Ce ne serait plus gérer la pénurie mais organiser la pénurie en refusant de payer au juste prix

l'acte complexe du pédopsychiatre, en limitant l'attrait de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le secteur public, avec un calcul cynique et indécent d'économie de bout de chandelle, mais aussi d'étrangler un secteur où la psychothérapie et la psychanalyse ont encore leur mot à dire auprès des enfants et des ados.

Si je parle en mon nom et à la volée avant de mettre sous presse, avant donc, l'élaboration de la position officielle de l'AFPEP – SNPP sur le sujet, je dirais que je suis depuis longtemps favorable à un remboursement des soins effectués par les psychologues, comme par les psychomotriciens, car il y a là une injustice flagrante face à la demande et à la nécessité, au mépris des dépenses somptuaires que les parents sont obligés d'assumer eux-mêmes. Et puis, les patients sauront vite faire le tri des psychologues compétents, comme

ils le font pour les psychiatres, sans aucun doute. Si la posture corporatiste me paraît ridiculement archaïque, par contre, la défense des fondamentaux de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie tels qu'ils sont établis par l'AFPEP – SNPP, nous oblige à interroger le gouvernement et la Sécurité sociale sur les intentions qui ont motivé cette décision, encore une fois unilatérale.

Je vous invite à communiquer votre position et vos arguments à l'AFPEP – SNPP, où nous allons ouvrir un large débat et poser des revendications pour un exercice de la pédopsychiatrie digne de ce nom, et rémunéré à la hauteur de l'acte effectué, sans avoir à être obligatoirement en secteur 2 pour vivre décemment quand on est pédopsychiatre.

Thierry Delcourt

Le mot du rédacteur

Le nouveau BIPP, c'est un évènement dans la planète psychiatrique, partagé par les adhérents de l'AFPEP – SNPP mais aussi avec toutes celles et ceux, sympathisants ou non, qui suivent depuis longtemps les travaux scientifiques de l'AFPEP et l'action syndicale du SNPP. Cette action concerne, bien entendu, la défense des conditions d'exercice de la psychiatrie privée, mais aussi, oserais-je dire surtout car c'est indissociable, la mobilisation pour préserver les fondamentaux d'une psychiatrie à visage humain qui ont fait l'originalité et la renommée de la psychiatrie française, particulièrement depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle.

Comme les précédents, ce numéro se veut au plus proche des préoccupations actuelles de la profession, avec deux dossiers importants dans le paysage politique, sociétal et psychiatrique :

L'éthique et la responsabilité en psychiatrie.

La pédopsychiatrie.

L'approche psychodynamique, là où le sujet – le patient et son autre – est au centre de la pensée et de la pratique clinique, se voit mise en péril par les coups portés à l'encontre de tout ce qui est singulier et non mesurable, et pire, à l'encontre de la parole et de son émergence inouïe, celle que tente le patient qui nous consulte en espérant une rencontre, une écoute, une compréhension et un soin respectueux, avec sa singularité. Si la « normalisation des relations patient-médecin » a voulu faire de lui un usager, l'être humain qui consulte entend bien rester ce patient qui peut déposer auprès de nous son désarroi, donc la confiance que cela requiert.

L'éthique a fait l'objet de plusieurs sessions de DPC conçues grâce à notre association de formation continue, ODPC – PP. Son succès, qui nous incite à la reprendre en 2017, témoigne de l'intérêt aigu et concret face à une praxis mise à mal par la protocolisation et les directives de soin qui entravent l'élaboration créative et la théorisation pratique indispensables à notre métier. Il en va de notre responsabilité professionnelle, qui n'est pas réductible à un principe de sécurité et de précaution, même si cela compte aussi. Chacun, à un moment de sa pratique, prend délibérément le risque de n'être pas conforme à une quelconque orthodoxie, d'où qu'elle vienne, a fortiori celles des instances contraignantes de la protocolisation. C'est cela, la véritable responsabilité du psychiatre qu'il évalue en fonction de critères éthiques tout en respectant les grands principes de la Loi. Je vous invite, à ce propos, à relire les numéros de la revue Psychiatries « Persiste et signe » numéro spécial avril 2009 et « Etre psychiatre aujourd'hui » numéro 158 où s'articule cette synergie entre la délibération individuelle du praticien, son acte volontaire dans le soin, et l'acceptation que ça lui échappe malgré tout, cet insaisissable de l'inconscient à l'œuvre y compris dans sa dimension neuropsychique car il ne s'agit pas d'une posture psychanalytique.

C'est ce qui définit l'axe fondamental de cette action synchrétique de l'AFPEP – SNPP entre approche politique et clinique, par définition indissociables.

Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans son indissociabilité avec la psychiatrie dite générale. Nous avons donc choisi de relier ces deux dossiers,

éthique et pédopsychiatrie. Il y a continuum d'une psychiatrie du bébé, de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, du senior et du vieillard. Comme Hergé, nous nous adressons aux enfants de 7 à 77 ans, mais plus encore, du ventre maternel à la fin de vie du sujet âgé. Reste, pour chaque psychiatre, à faire avec ses affinités électives quant à l'âge de ses patients, et à la focalisation symptomatique de leurs « troubles » (addiction, psychose, périnatalité...).

Au moment où revient en force une volonté partagée entre universitaires et instances gouvernementales, de scinder plus encore les spécialités dans un découpage d'âge mais aussi de classifications pour le moins arbitraires, qu'avons-nous à défendre si ce n'est l'unicité de notre acte, le Cpsy, et notre position de généraliste !

Au moment où l'on constate une désaffection manifeste pour l'exercice, particulièrement en libéral, de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'avons-nous à défendre si ce n'est la revalorisation d'un acte complexe par nature, le Cpsy, et donner envie aux jeunes (et aux moins jeunes) psychiatres de recevoir des enfants et des adolescents, car la demande est forte et la nécessité d'y répondre – en partie –, ne fait pas de doute, tant pour ce qui concerne le désarroi des enfants et des adolescents, que celui des parents.

Libre à chacun de polariser son soin selon l'âge ou les symptômes, mais notre souci, au sein de l'AFPEP – SNPP, est de ne pas laisser dépecer le métier de psychiatre, quitte à insister dans nos postures et nos formations sur des « secteurs » de soin en déshérence, tant au plan géographique qu'humain, rien qu'humain, et non « vieux », « addicté », « bipolaire »...

Les dernières Journées Nationales à Grenoble sur le Numérique, ont permis de déployer avec acuité ces questions, du fait même que le numérique fait symptôme social et politique, qu'il s'inscrit dans nos vies et notre fonctionnement inconscient.

Merci aux contributeurs de ce BIPP qui vous font partager leurs expériences et leurs actions, et qui prennent le temps, malgré des emplois du temps surchargés, d'écrire, de vous informer et de se mobiliser quotidiennement au sein de l'AFPEP – SNPP et dans leur métier de psychiatre, le plus beau métier du monde, j'ose le dire, tout au moins dans sa pratique privée, encore un temps préservée des coups de boutoir de la normalisation sociétale.

Je vous rappelle que les colonnes du BIPP vous sont ouvertes pour vous y exprimer et faire partager vos questions et réflexions : tribune libre, droit de réponse, notes de lecture, informations... Vous pouvez m'adresser vos contributions (dr.thierry.delcourt@gmail.com) ou les adresser au secrétariat de l'AFPEP – SNPP et de l'ODPC – PP dont vous trouverez les coordonnées en deuxième de couverture.

Et puis, dernières propositions :

Inscrivez-vous à notre Newsletter afin de recevoir tout au long de l'année les infos actualisées.

Adhérez à l'AFPEP – SNPP car sans vous, sans vos contributions, y compris financières, nos actions seront impossibles à mener.

Réservez vos dates pour les Journées Nationales 2017 de Lille.

Préinscrivez-vous auprès de notre secrétariat à nos sessions de DPC qui sont des moments d'échange précieux.

Prêtez votre BIPP à votre entourage, y compris aux « décideurs » politiques que vous connaissez.

Visitez notre site AFPEP – SNPP ainsi que celui de la revue Psychiatries.

Faites-nous part de vos suggestions et critiques qui nous permettent de nous améliorer.

Thierry Delcourt

*Rédacteur en chef du BIPP
et de la Revue Psychiatries*

AFPEP – SNPP : info@afpep-snpp.org

ODPC – PP : info@odpcpp.fr

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

Quoi de neuf à la Fédération Française de Psychiatrie ?

Pour mémoire, la Fédération Française de Psychiatrie rassemble en une instance unique près de 40 associations scientifiques et syndicats de la profession, dans un but de défense et de promotion de certains travaux, et de constitution d'un interlocuteur privilégié (si ce n'est unique) des pouvoirs publics et de certaines instances comme la HAS, l'ANESM ou autres.

Deux faits principaux dans l'activité récente de la FFP :

- L'envoi de courriers de protestation vigoureuse contre la façon dont les pouvoirs publics traitent de la question de l'autisme, comportant de nombreuses attaques frontales ou des mises à l'écart des psychiatres en toutes occasions, courriers co-signés par les universitaires de pédopsychiatrie.
- La préparation des premières journées de perfectionnement pour les psychiatres d'adultes, sur le thème de la fonction contenante, prévues les vendredi 9 décembre 2016 et 27 janvier 2017.

Par ailleurs, la FFP constitue un interlocuteur privilégié pour la HAS, qui ne manque pas de l'interpeller pour demander des noms d'experts dans différentes questions susceptibles de faire l'objet de recommandations, comme la prise en charge des autistes devenus adultes, actuellement au travail.

Les journées de perfectionnement devraient se mettre en place pour les psychiatres d'adultes, sur un modèle analogue à celui qui s'est constitué depuis quelques années pour les pédopsychiatres : le principe reste celui de réunions annuelles co-organisées avec le Ministère de la Santé sur des questions importantes, visant à développer un complément de réflexion et une coordination avec les instances ministérielles. Elles seront ouvertes aux psychiatres libéraux, bien évidemment.

C'est donc une occasion potentiellement intéressante de promouvoir la reconnaissance de notre travail et de notre compétence par les pouvoirs publics, à une époque où l'on tend subrepticement à faire comme si le recours aux psychiatres pouvait être considéré comme quasi superflu dans bien des problèmes...

Le thème de la fonction contenante dans les soins en psychiatrie a paru s'imposer, à la suite des nombreuses mises en cause des services de soins à propos des pratiques d'isolement et de contention : si bien des critiques peuvent être émises à ce niveau, il importe également de resituer cette thématique dans l'évolution contemporaine de la psychiatrie, et de rappeler quelques réalités cliniques et les nombreuses contraintes de terrain, qui amènent parfois des pratiques contestables.

Par ailleurs :

- la FFP s'investit en outre dans la recherche clinique, notamment dans le cadre du Réseau de Recherche sur les Pratiques Psychothérapeutiques en collaboration avec l'INSERM.
- la FFP se préoccupe d'un problème sensible, celui de la raréfaction programmée des psychiatres, les chiffres donnant à penser que la prochaine décennie devra s'accommoder d'une réduction de 30 % du nombre des praticiens, avec le risque majeur de surcharge professionnelle critique pour les praticiens en exercice.

Enfin, rappelons que la présidence de la FFP tourne tous les deux ans entre hospitaliers et libéraux, ces derniers étant pratiquement exclusivement représentés par l'AFPEP – SNPP, en la personne de notre confrère Élie Winter, Secrétaire Général, de Capucine Rivière, membre du Bureau, et de moi-même, qui devrais prendre la présidence de cette fédération en mars 2017 ; ceci pourrait être une occasion d'influer sur le cours des choses, reste à déterminer dans quel sens nous le souhaiterions...

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Dossier recherche

Enquête préalable au possible engagement des psychiatres libéraux membres de l'AFPEP-SNPP dans un nouveau champ de recherche

Malgré leurs nombreux travaux de réflexion, les praticiens de psychiatrie libérale participent actuellement très peu à des travaux de recherche entrant dans les critères de scientificité en vigueur.

De ce fait, il s'est accumulé un déficit de reconnaissance de notre compétence et de la qualité des soins prodigués en pratique libérale, qui nous fragilise tant vis-à-vis des autres médecins que des instances officielles.

Les dernières assemblées générales de l'AFPEP-SNPP se sont prononcées pour l'engagement dans un nouveau champ de recherche, apte à produire des études reconnues par la communauté scientifique.

Merci d'avance pour votre contribution au lancement de ce projet, en acceptant de remplir ce questionnaire (voir page VII et VIII).

Le point sur le groupe recherche après Gryon

Depuis quelques temps, et plus précisément depuis le vote de la dernière Assemblée Générale, l'AFPEP – SNPP a décidé d'initier un projet de recherche qui devrait aboutir à travers, en particulier, de la supervision de thèses de psychiatrie, à la production d'études reconnues par la communauté scientifique.

Ce projet est né du constat suivant :

Malgré une intense activité de réflexion et de recherche « informelle » (séminaires, groupes de travail, articles...), les psychiatres libéraux de pratique essentiellement psychothérapique, en ayant négligé le champ de la Recherche « officielle » représentée par des études pour la plupart quantitatives, ont laissé le champ libre dans les revues scientifiques les plus connues et les plus influentes à un développement et une représentation de la pratique psychiatrique qui ne reflète en rien la réalité de leur expérience.

En effet, comment rendre compte de la diversité et de la richesse de cette expérience humaine, comment en donner une image fidèle à notre pratique pour la transmission de notre discipline aux plus jeunes générations, à travers des critères purement statistiques reposant essentiellement sur l'utilisation de « l'essai contrôlé randomisé », noyau central de la langue EBM ?

La rencontre avec le Docteur Olivier Marchand, médecin généraliste pratiquant depuis plusieurs années une modalité de recherche différente dite « qualitative » et également reconnue scientifiquement dans le domaine de la médecine générale, nous a ouvert des horizons nouveaux quant à la possibilité de nous positionner sur ce terrain et de tenter de donner de la psychiatrie une image plus conforme à ce qu'elle est réellement dans notre expérience.

Plusieurs membres du C.A. se sont donc portés volontaires pour commencer à s'initier auprès d'Olivier Marchand à cette démarche, nouvelle pour nous, et particulièrement exigeante.

Plusieurs réunions ont eu lieu pour amorcer cet apprentissage.

Nous avons essayé de nous familiariser avec des notions que nous n'avons pas l'habitude de manier dans nos travaux de réflexion comme par exemple :

- « La définition de la question de Recherche »
- « La variation maximale »
- « L'analyse sémantique »
- « Le risque alpha et le risque bêta » etc.

Et de nous initier à la recherche bibliographique telle qu'elle est requise dans la perspective de la production d'études « reconnues ».

Une réunion de plusieurs jours a eu lieu cet été avec Olivier Marchand pour approfondir cet apprentissage qui est loin d'être encore achevé. Le projet n'étant pas, évidemment de mener ces recherches nous-même, nous n'en aurons jamais ni le temps ni les compétences mais de proposer à des étudiants en thèse, beaucoup plus informés que nous sur la méthode (de laquelle il nous faut quand même avoir une idée, d'où l'apprentissage !) des sujets, des « questions de recherche », qui nous paraissent pertinentes et utiles par rapport aux nécessités de notre métier.

Parmi les questions de Recherche que nous nous sommes exercés à définir, deux exemples ont été travaillés par deux groupes différents :

L'une d'elle, définie comme une question presque préalable à l'engagement dans ce travail a abouti à la formulation suivante :

« **Quelles sont les craintes des psychiatres d'exercice privé par rapport à leur pratique devant l'engagement dans un travail de recherche clinique scientifiquement structuré ?** ».

L'autre question, plus directement clinique a abouti à la formulation suivante :

« **Quelle réponse apportent les psychiatres d'exercice privé aux patients en crise ?** ».

Au cours de cette réunion, il nous a semblé aussi très important de consulter l'ensemble des adhérents sur l'opportunité de ce projet, exigeant en termes de temps et d'investissement, et de les inciter à y participer s'ils en reconnaissent l'intérêt.

D'où est née l'idée d'un questionnaire qui a été distribué à tous les participants aux Journées de l'AFPEP de Grenoble et dont nous vous restituerons les résultats via la newsletter.

Au vu des résultats de ce questionnaire une nouvelle réunion du groupe recherche doit se tenir très prochainement pour faire des propositions plus précises à ceux des adhérents que la démarche intéresse.

Pour le Groupe Recherche, Capucine Rivière

ODPC - PP et les nouveautés de l'ANDPC

Depuis juillet 2016, l'Agence Nationale du DPC (ANDPC) s'est substituée à l'OGDPC.

Outre l'imposition de nouvelles procédures chronophages de réenregistrement de notre organisme ODPC – PP, ce changement de nom s'accompagne de nouvelles règles, prévues par la loi santé 2015.

Nous avons déjà eu l'occasion de vous en faire part.

Fidèles à notre charte, nous poursuivons notre travail et vous proposerons pour 2017 des formations qui resteront fondées sur le principe de l'inter formation et des groupes de pair, tout en proposant l'intervention d'« experts » en l'absence tout conflit d'intérêt.

Sont ainsi en cours d'élaboration trois journées pour le premier trimestre 2017.

Une journée à **Nice** le 25/03/2017, qui permettra une introduction et un approfondissement de la question de **la psychosomatique** avec des intervenants spécialistes de cette approche. Il s'agira de présenter la Psychosomatique non pas comme une application de la Psychanalyse au champ du Somatique, mais comme une théorisation possible de l'Unité de l'être humain, engagé corps et âme dans les processus relationnels. Nous pourrions discuter de tout l'apport de la théorisation de Sami Ali qui, à partir de son concept

de l'impasse, permet de penser la pathologie humaine, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique en l'absence de tout clivage. Le travail thérapeutique conçu comme relationnel permet l'analyse des impasses du sujet engagé dans des processus pathologiques, ouvrant par là même les voies de leur dissolution. Des situations cliniques pourront être étudiées pour illustrer la pertinence de cette pensée.

Deux journées à **Paris** :

* L'une étant la reprise de la réflexion **sur l'éthique** qui a déjà passionné les participants à la session qui s'est tenue à Lyon en juin 2016, avec deux sessions plus courtes à Grenoble dans le cadre de nos Journées d'octobre. Vous trouverez dans le présent BIPP un compte rendu de la session de Lyon

* Nous travaillons aussi au projet d'une session d'une journée consacrée à **une approche psychodynamique de l'addictologie**. Soins et traitements proposés aux personnes alcoolodépendantes connaissent depuis maintenant plusieurs années de grandes modifications. Les causes de cette évolution sont de trois types : le recours à de nouvelles molécules actives sur l'appétence à l'alcool (baclofène, nalmefène...) ; l'influence grandissante des personnes « addictées » elles-mêmes et de groupements qu'elles

forment (associations, groupes de parole, patients-experts...) dans l'organisation des soins et les prises de décision ; la diffusion des connaissances et la diversification des tissus relationnels, avec un recours toujours plus grand aux médias numérisés (Internet, messageries diverses...). La conduite des soins en pratique psychiatrique ambulatoire libérale s'en trouve par conséquent modifiée, avec le développement de nouvelles stratégies de traitement ne faisant plus systématiquement appel à l'abstinence complète et définitive. Le recours aux médicaments modificateurs de l'appétence à l'alcool (indications, posologies, effets indésirables) récemment apparus sera étudié. Il est par ailleurs crucial pour les praticiens privés, même expérimentés, de s'informer et se former à ces évolutions, en s'intéressant aux objets psychiques et phénomènes spécifiquement impliqués dans la vie des personnes « addictées », tels qu'ils apparaissent en termes de représentations médicales et psychologiques. Il s'agira donc, au cours de la formation, de réfléchir à différents concepts : dépendance et aliénation, mémoire traumatique, pouvoir, vérité, ignorance, ambivalence,

modification de l'état de conscience, jouissance, honte, peur de soi-même et des autres, espoir, nécessité de soins pluridisciplinaires, enjeux politiques liés aux addictions...

Cette formation devrait se dérouler le samedi 11/03/2017.

Si ces projets vous intéressent, vous pouvez d'ores et déjà vous manifester auprès du secrétariat qui enregistrera vos demandes. Nous vous tiendrons informés le plus rapidement possible des dates et lieux où se dérouleront ces journées, ainsi que d'autres propositions qui pourraient voir le jour, comme la reprise éventuelle du module sur l'adolescence que vous avez été nombreux à apprécier.

Nous comptons sur votre fidélité.

Françoise Labes

Secrétaire Générale de l'ODPC – PP

Impressions des Journées Nationales de Grenoble

« Information de dernière minute : si vous venez en voiture, n'indiquez pas Meylan à votre GPS, il vous conduirait à l'usine d'incinération de l'agglomération. Indiquez « la Tronche », ce n'est pas une blague ! »

Ainsi, le ton était donné : Jacqueline Légaut, organisatrice grenobloise des Journées, dans son souci des détails, avait trouvé de quoi alimenter sa réputation de pessimiste quant aux technologies ordinaires d'information et de communication, mais non sans un clin d'œil hilarant associé au résultat de son pianotage !

Gageons que chacun va attendre avec impatience la parution **du n°166 de Psychiatries** pour lire l'ensemble des exposés et discussions si on en croit les échos « mailés » qui ont suivi les journées. Il est vrai qu'avec l'avancée des demi-journées, on a senti s'installer une ambiance attentive, fébrile, intéressée, comme si de la nébuleuse « numérique » des questions se dégageaient plus clairement.

Acte 1 : mise en bouche

Jeudi soir, intervention inaugurale publique, à la Mairie de Grenoble, de Benjamin Bayart.

Une passion née avant son premier crayon, un vrai sens du jeu et des enjeux si on se réfère à sa cravate avec un Donald à la renverse d'un côté, et ses références graphiques d'un autre.

(pour les références précises, et intéressantes, des invités spécialistes du Net, des algorithmes, big data, etc., se référer à la newsletter du 7 juin).

La numérisation est une simple technique, internet « introduit l'écriture » et « en ligne, c'est réel ». « On a changé le fil avec lequel se tisse la société ». Mais sachez que « Facebook n'est pas bienveillant avec vous » et que « si c'est gratuit, c'est que vous êtes le produit ».

Pour ceux qui en avaient besoin, B. Bayart nous a déniaisés. Gaffe ! GAFa (Google, Apple, Facebook, Amazon) mènent aujourd'hui la danse, et si oui « on » les intéresse, pour en avoir vraiment une idée, mieux vaut s'écarter de la paranoïa ordinaire. « La confiance est un problème central ».

Acte 2 : intense matinée

Benoît Thieulin se fait doubler dans le temps par Valérie Peugeot pour difficulté de son propre acheminement jusqu'à Grenoble.

B. Thieulin situe internet comme un réseau « hyper-égalitaire » (l'histoire de ses origines) mais dont « la structure est politique ». Nous avons à faire avec la « révolution numérique » à des « services prodigieux et un système d'influence considérable ». Il dit en quoi cette « révolution » change les fondements de la médecine.

Auparavant Valérie Peugeot avait décliné, pour ce qui concerne la santé, quelques-unes des promesses de ce monde « flamboyant » et les controverses ouvertes dans le même temps (protection des données, leur circulation, l'énorme big data, privatisation...). Elle avait évoqué aussi la déstabilisation du rapport patients/médecins, et les problèmes particulièrement brûlants autour de la médecine prédictive.

Entre-temps, Jacqueline Légaut a soutenu l'importance de la parole en tant qu'adresse à quelqu'un et façon de se tenir debout. Contre-point décalé dans la matinée, qui nous rappelle une donnée de base de notre identité.

Jean-Jacques Laboutière nous fait part de son expérience dans un DIM (département d'information médicale). Il décrit le temps du recensement puis celui du contrôle qui l'a conduit à démissionner. Quant aux données de l'anticipation, il nous indique une bonne nouvelle : les informaticiens sont plus avertis que nos tutelles, et la possibilité de faire un diagnostic psy constituerait une butée.

Acte 3 : vendredi après-midi et samedi matin

Quatre interventions au contenu dense : Jean-Jacques Bonamour du Tartre, Thierry Delcourt, Olivier Brunschwig et Claude Gernez.

En survol : d'une citation de Valère Novarina au renoncement à la chasse (Pokémon) en passant par l'apparition du zéro dans le chiffage, la virtualité, et le sujet sachant savoir.

Impossible ici d'en dire plus sinon qu'ils nous ont fait part les uns et les autres de constructions de pensée et de langage très personnelles, dont la lecture sera passionnante redoublant le plaisir de l'écoute.

Acte 4 : table ronde du samedi après-midi

Un moment passionnant. Quelle bonne idée d'avoir rassemblé des personnes de qualité, si diverses, avec des portes d'entrée bien différentes des nôtres et qui nous importent. Merci à Jacqueline Légaut d'avoir été le pont vivant de ces contributions stimulantes. Il est possible, probable même, que la nécessaire confrontation à l'épreuve du numérique ait servi de point commun entre ces intervenants et avec la salle.

Marie-Jeanne Richard, Présidente de l'UNAFAM Isère et militante à l'UNAFAM depuis 1965, intervient avec Isabelle Pot. Elle souligne l'importance de l'accès à l'information dont leur association s'est saisie pour organiser une plateforme sur internet. Intéressée par les stratégies d'empowerment et d'éducation au traitement, elle critique néanmoins l'intérêt des industries pharmaceutiques à s'y associer.

Yvonne Coinçon fut Présidente des psychiatres des secteurs infanto-juvéniles pendant 8 ans. Actuellement membre du comité d'éthique de l'EPS de St Égrève. Elle dresse un état des lieux avec les questions qui surgissent à chaque avancée. Ainsi, par exemple, la loi

de 2002 ouvrait l'accès des dossiers aux patients et, en même temps, organisait leur accord (formel) pour que les données soient transmises (DIM). Elle pose comme perspective d'ouvrir une conflictualité pour que les questions politiques ne soient pas escamotées.

Gilbertine Ikili est doctorante en éthique des systèmes d'information à Grenoble. Jeune et déterminée, elle nous fait part de ses enquêtes de terrain et de sa stupéfaction de constater si peu de dispositifs actifs sur le terrain (hôpitaux publics, cliniques, universités) quant aux contrôles des données et à la vigilance éthique.

Scènes entrecroisées

Les Journées se sont déroulées au Centre théologique de Meylan. La distance d'avec le centre-ville était dissuasive pour les amateurs d'école buissonnière. De toute façon, les charmes de ce lieu d'études poussaient aux rendez-vous sur place, avec le soleil en prime à l'heure des excellents plateaux repas.

Et sur place, les moments de rencontres organisées ne manquaient pas :

2 sessions DPC : « le numérique pour les nuls » et « éthique et psychiatrie ».

2 ateliers, dont l'un a fait un tabac avec la présence inattendue d'un informaticien local.

Et aussi le film « un monde sans humains » en présence du réalisateur Philippe Borrel.

Scène finale

« La grande soirée » au restaurant du Musée « le Cinq ».

Où notre grande hôtesse grenobloise Jacqueline a poussé l'attention « jusqu'à nous envoyer les carrosses juste avant minuit pour que nous ne nous retrouvions pas en haillons » (Françoise Labes).

Post-scriptum

Voilà des Journées de l'AFPEP qui feront date en ce qu'elles auront permis d'ouvrir nos intelligences aux enjeux de la « révolution numérique », de nous faire approcher les contradictions de cette force de frappe technologique où chacun se trouve pris et dont les enjeux s'inscrivent de plain-pied dans la mondialisation néo-libérale. Enfin de quoi allier le pessimisme de la raison à l'optimisme de la volonté.

Cette formule bien connue de Gramsci va particulièrement bien à Jacqueline Légaut à qui nous devons, en association avec les membres du Conseil Scientifique, l'excellente organisation de ces Journées de Grenoble 2016.

Monique Thizon

Mémoires de psychiatre

Un récit juste et simple. Myriam Pommel creuse dans ses souvenirs et dans sa terre où les hommes sont rudes, beaux et puissants. Les femmes attentives veillent sur eux. La genèse d'une vocation dans le creuset ardéchois sensuel, malicieux et généreux. Les chèvres gambadent et les aliénés du centre se promènent. La bergère rencontre le berger. Un regard, une attirance et soudain la rencontre de la misère humaine jusqu'à la nausée. De ces corps déchirés, torturés naît l'amour. Un instant de grâce.

Michel Jurus

Le roman des origines par le Docteur Myriam Pommel

Je regarde les poules et leurs poussins, le coq à l'écart m'impressionne. Derrière moi, mon Grand-père scie du bois, une légère poussière odorante me caresse. Il me dit : « maintenant que tu sais lire, tu tiendras les comptes de la belote ». Ce sont les vacances de mon Cours Préparatoire. Comme mes cousins avant moi, je vais avoir le privilège de m'installer au bout de la table familiale, sur un coussin avec un papier et un crayon et de veiller. Ils sont là les huit hommes de la famille. Mon Grand-père au regard malicieux, mon parrain grand et costaud qui me fait un peu peur, mon père et la leur de fierté qu'il pose sur moi. Je suis investie d'une responsabilité, de la justesse des comptes dépend l'ambiance du jeu. Pendant les parties, je les observe. Alors qu'ils étaient les hommes de la famille, ils m'apparaissent un à un à la fois familiers et mystérieux. Celui qui tape sa carte, celui qui la pose comme une caresse. Avec les mêmes règles, ils jouent chacun leur jeu, je suis fasciné.

Fascination aussi devant ce groupe de promeneurs qui tous les mercredis passent devant la maison. Leur allure est étrange, ils marchent dans la même direction, aucun de la même façon et aucun d'un pas habituel. Un corps raide, un autre comme désarticulé et souple qui enchaîne ces pas d'un rythme régulier, un autre court le buste en avant comme à la recherche du déséquilibre, il s'arrête brutalement, regarde à travers ses doigts puis reprend sa course. Certains sont beaux, l'un a la « gueule cassée » il remonte son pantalon tous les trois pas alors que son voisin tourne sur lui même en continuant d'avancer. Il fait chaud, ma mère leur propose des rafraîchissements. Ils s'arrêtent, certains me fixent, d'autres regardent au loin, il y a quelque chose de perdu dans ces regards. L'accompagnateur remercie, il s'appelle Emile, il est doux, il fait battre mon cœur de petite fille. Son attitude me rassure face à cette explosion de bizarreries. Il m'apparaît comme le guide qui parle, l'interprète qui me permet la rencontre avec l'étranger voire l'aliéné.

Sur la colline, je surveille d'un coin de l'œil une dizaine de chèvres. Parfois, elles broutent tranquillement et me laissent le temps de lire, de méditer de rêvasser. Quand elles partent vers les vignes du voisin, je dois réagir, les ramener vers les pâturages. Et, comme dit ma Grand-mère : « pas comme des moutons ». A chaque chèvre sa personnalité. Blanchette obéit à la douceur, Lanoire apprécie un peu de sévérité et Joyeuse aime l'humour. C'est l'été de mes dix-sept ans, pour la première fois j'entre dans la maison des promeneurs, l'Institut Médico-pédagogique. J'ai postulé pour un travail saisonnier, je veux les connaître mieux et peut-être revoir Emile ! Une religieuse me conduit au pavillon Saint Roch, celui « des grabataires ». Je suis sidérée. Ces corps difformes d'enfants allongés ne sont pas ceux de mes promeneurs, ceux-là ne tiennent pas debout... Le calme, la sérénité et la douceur de ce lieu contrastent avec mon bouleversement, j'ai la nausée, je veux fuir, je reste ! Soeur Emilienne me donne la clef et me dit avec tendresse en inclinant sa tête : « à demain ». La nuit est longue, peut-être ma première nuit d'insomnie. Je ne pourrai pas, je vais les appeler, je suis malade d'ailleurs je sens que j'ai de la fièvre. Je ferme les yeux et des corps désarticulés envahissent mon esprit. Le matin, je commence par vomir puis je prends ma mobylette avec la ferme intention d'avoir un accident. Je suis devant le pavillon. Ce n'est pas Emile qui m'accueille mais Marie France. Elle me présente chacun des enfants, elle les prénomme et me dit les compétences de chacun, leurs traits de caractère. Je sens qu'elle les aime, je vais les aimer.

Myriam Pommel
Aubenas – Ardèche

Chers psychiatres, je sais que beaucoup d'entre vous pensent que le récit de leur parcours professionnel n'est pas très intéressant et bien vous vous trompez totalement. Si vos écrits ne vous plaisent pas, ils peuvent toujours éveiller vos confrères à la rêverie. Soyez généreux et pensez à nous.

Je vous invite à m'envoyer vos textes à docteurmicheljurus@gmail.com.

Dossier éthique et responsabilité

Responsabilité : les pièges à éviter

Notre responsabilité se trouve plus souvent engagée que nous ne l'imaginons. Une première remarque s'impose d'emblée : une longue habitude ne préserve pas d'une mauvaise surprise. En effet, les poursuites ne commencent qu'avec un signalement, un acte habituel peut être remarqué pour une raison aléatoire et sans relation immédiate avec l'acte lui-même.

Les plaintes peuvent être du registre pénal, civil ou ordinal selon la gravité du manquement en cause. Une plainte doit être portée d'abord au COD, Conseil de l'Ordre Départemental, ce qui n'empêche pas les poursuites au niveau des instances judiciaires habituelles, elle en est alors la première étape.

Les chiffres actuels ne montrent pas d'augmentation significative des déclarations de sinistres durant les dernières années. Mais les références viennent surtout de nos assurances professionnelles, comme le sou médical de la MACSF, qui comptabilise les affaires traitées judiciairement. Cependant les plaintes qui n'ont pas entraîné de poursuite ne se trouvent pas dans ces statistiques parce qu'elles ont abouti à une conciliation entre les deux parties en cause. Les affaires les plus « lourdes » correspondent à des faits hospitaliers, et les ARS sont aussi saisies dans ces cas. Concernant les suicides, par exemple, l'article de la revue « Prescrire » de septembre dernier constitue un excellent exemple, bien documenté, il renvoie bien aux hospitalisations publiques ou en institutions privées. Pour notre information, il faut remarquer que le placement ne préserve pas totalement les patients d'un passage à l'acte.

En cabinet, il convient de rester vigilant, et d'écrire dans le dossier que le patient, voire son entourage, a bien été averti de la dangerosité où il se situe, et des mesures qui lui ont été expliquées et pas simplement énoncées. Une situation particulière impose une prudence particulière : les parents d'un adolescent mineur et celui-ci doivent être bien informés du risque de passage à l'acte à l'instauration d'un traitement antidépresseur.

La pratique de ville comporte des risques spécifiques qu'il convient de souligner. Les plaintes sont donc portées au Conseil de l'Ordre Départemental et, selon les informations données par les départements, il y a une augmentation nette des plaintes à l'encontre des psychiatres privés.

Il s'agit le plus souvent d'une position à visée thérapeutique prise par les confrères, qui estiment de leur devoir, et de leur droit, de rédiger des certificats « remis en main propre » où ils prennent position dans l'intérêt de leur patient. L'erreur porte sur les appréciations portées sur la situation. Si nous prenons l'exemple, fréquent dans le contexte actuel, d'un arrêt de travail, un certificat précisant que l'état dépressif est en lien avec les conditions de travail ou que le patient se trouve soumis à un harcèlement constitue la faute du prescripteur que l'avocat de l'employeur ne manquera pas de relever.

Une plainte déposée au COD se trouve obligatoirement reçue et enregistrée à ce niveau, qui n'a pas de pouvoir juridictionnel. La commission de conciliation, donc départementale, nomme le rapporteur de la situation, les parties peuvent se faire assister par un confrère, un avocat ou un membre de cette commission de leur choix. Lors de la rencontre des deux parties et en présence du conseiller juridique de l'Ordre, le rapporteur tente de parvenir à un accord et ainsi à un retrait de la plainte. Dans le cas contraire, ce dernier présente le dossier aux membres du conseil, et ensuite le transmet à la chambre régionale où se situe le niveau judiciaire. À ce stade, l'assistance d'un avocat est fortement recommandée.

Mais, reprenant l'exemple cité plus haut, si le médecin reconnaît son erreur, l'employeur retire souvent sa plainte.

De même, les patients qui considèrent que leur psychiatre n'a pas été assez respectueux dans son attitude ou ses paroles concilient en présence de celui-ci, ce qui montre à nouveau l'intérêt de se déplacer dans ces situations.

Plus difficiles, les plaintes posées dans les cas de divorce et de garde d'enfant. L'engagement du médecin l'amène à des certificats contraires au code de déontologie. La première erreur, à nouveau, consiste à établir un lien de causalité non avéré : écrire qu'un enfant ne doit pas aller chez « l'autre » parent parce que ça induit une souffrance psychique. Seul un signalement prend une valeur légale face à situation de dangerosité que nous estimons avérée en regard de nos constatations cliniques. La règle reste de ne rien attester que nous n'ayons constaté de fait.

Certains cas, plus rares, méritent un rappel : le patient peu motivé pendant ses séances peut cacher un « quérulent » ultérieur ; ou encore le patient étonnant qui demande après quelques entretiens un certificat et reconnaît qu'il est venu dans ce but sur le conseil de son avocat.

Cet aperçu ne se prétend pas exhaustif, mais vise à donner l'esprit d'une défense adaptée de nos pratiques quotidiennes. Dans la logique de ce texte, nous insistons aussi sur l'importance des réponses à ne pas négliger, comme préparer son argumentation avant une conciliation.

Il faut aussi parler des positions militantes, et souligner la difficulté à les défendre, surtout si elles portent sur une pratique systématique.

Enfin, il convient d'insister sur l'importance des conseils demandés avant la « prise de risque » et l'utilité de savoir différer un acte incertain.

Claude Gernez

Gilgamesh on the beach...

Évoquer Gilgamesh à propos de responsabilité et d'éthique peut paraître inattendu, d'autant plus si un rapprochement avec le film « Opening night » de Cassavetes vient s'ajouter à la proposition.

Dans ces deux œuvres monumentales, chacune selon son horizon, il est question de s'approprier son symptôme, de devenir l'auteur-acteur de ce qui est pourtant donné d'emblée, imposé au titre du destin.

Le parallèle avec la tonalité d'une demande de soins en psychiatrie est patent, même si la tendance actuelle en rajoute du côté de la nécessité de se « débarrasser du symptôme ». La responsabilité et l'éthique, tant du côté du thérapeute que progressivement de celui du patient, s'orientent pourtant dans un autre sens : Si le symptôme s'impose à nous, avec tant d'insistance, il s'agirait peut-être de faire confiance à nos « corps parlant » qui mettent tant d'énergie à se faire entendre et de rechercher un sens avant de chercher à détruire toute trace de ce qui serait dès lors considéré comme un méfait. Si nos corps mettent tellement de génie à se défendre, il conviendrait de respecter un tant soit peu leurs « inventions », de les examiner au plus près, avant de les considérer dérégées ou irresponsables. Ce serait honnêtement.

Sortir de la « victimisation » et du fourvoiement est le parcours que nous décrivent Gilgamesh et Cassavetes. La qualité de ce parcours, la voie empruntée pour y parvenir, l'engagement exclusif ainsi incarné, sont la mesure de la responsabilité éthique en jeu. Aborder l'éthique par le biais de la responsabilité et de l'engagement suscités par la mise en branle du symptôme apporte un éclairage pour le moins singulier. Gilgamesh tout d'abord :

Gilgamesh se prend pour un Dieu et se croit tout permis en son royaume d'Uruk. Il abuse des hommes en les assommant de travail, il abuse sexuellement des

femmes. Sa force est inégalée. Le peuple s'en plaint et les Dieux décident d'agir. La société réagit toujours aux troubles du comportement Mais les dieux ne vont pas inventer des lettres de cachet ou une loi de 1838, ils vont lui envoyer son double :

« Aruru, tu es celle qui a façonné l'homme. A présent, je demande que tu modèles un double de Gilgamesh, comme un autre lui-même, aussi fort et superbe, et qui, comme lui, a le cœur plein de tempêtes. Ils n'auront d'autre choix que de se mesurer l'un l'autre, et Uruk retrouvera la paix ». Voilà ce qu'énoncera Anu, le père des dieux.

Un double de Gilgamesh, nommé Enkidu, aussi énorme et puissant mais au deux-tiers animal, est ce qui va être opposé à Gilgamesh. Opposé dans tous les sens du terme : herbivore, doux, enfantin, il va vivre avec les animaux et éloigner leurs prédateurs. Un trappeur le découvre en train de boire avec des animaux et est frappé de terreur. Non pas de peur d'être blessé, il n'est en rien menacé, mais de la perspective du face à face avec cette sorte d'humanité primordiale. Le père du trappeur lui conseille de prévenir Gilgamesh.

Alors que Gilgamesh est le plus puissant, le plus fort mais sans doute aussi le plus clairvoyant, il prodigue au trappeur cet étrange conseil :

« Entre au temple d'Ishtar, demande qu'on t'amène une certaine femme qui se nomme Shammat. Elle est de ces prêtresses qui offrent leur corps en l'honneur de la déesse. Guide la dans la steppe et, quand les animaux épancheront leur soif aux berges d'un ruisseau, qu'elle se déshabille. Elle s'allongera tout près, humide et nue, les jambes écartées. Ton homme approchera. Laisse-les tous les deux, elle saura user de ses charmes sur lui. Après cela, sa harde, elle qui le tenait pour un pair, un égal, un être du désert, le sentira changé et le désertera ».

Il nous est difficile d'imaginer ce qu'était une prêtresse d'Ishtar. Une sorte de pur hommage à Eros, qui faisait se lever de leur lit les vieillards. Elles s'offraient à tous ceux qui venaient au temple. Leurs rires et leur rayonnante sexualité étaient pour l'auteur de Gilgamesh une des principales splendeurs de la civilisation qui illuminaient la cité.

Shamat, toute confiante en son art, consent au voyage ainsi qu'à la perspective de rencontrer cet inconnu plus bête qu'être humain.

Avec le trappeur, elle marche trois jours, parvient au ruisseau et s'établit là. Deux jours certainement délicieux plus tard, Enkidu apparaît. Shamat joue alors le rôle d'Eve, et offre, non la connaissance du bien et du mal, mais les magnificences de la sexualité, la compréhension intime de ce qu'est une femme, la conscience de soi.

Nul serpent, nulle divinité pour professer interdits et châtements. Enkidu va là où son pénis le dirige et se découvre une érection perpétuelle. Ils vont faire l'amour pendant six jours et sept nuits. Le sexe est ainsi décrit comme un phénomène civilisateur plutôt qu'un danger pour l'ordre social. Enkidu au bout de sept jours d'étreinte essaye de rejoindre les animaux mais ceux-ci le fuient. Enkidu a perdu son inconscience mais découvre la civilisation. Il ne peut plus courir comme un animal mais il a gagné quelque chose : En connaissant Shamat par le sexe, son esprit s'est ouvert, il s'est rencontré lui-même et comprend dès lors le langage des humains. Shamat lui enseigne à se tenir, à boire de la bière, le lave et le vêtit. Il devient sexué, prompt à l'ivresse et propre. Il s'est donc civilisé...

Shamat lui parle alors de Gilgamesh, du tyran, du buffle enragé, de son arrogance. Enkidu ne s'en offusque pas, il le fera plus tard en entendant parler du droit de cuissage. Il découvre à ce moment-là la raison de son existence : trouver un véritable ami. Il sent qu'ils sont faits l'un pour l'autre.

Pourtant, comme pour étouffer ce premier sentiment, Enkidu pense à défier Gilgamesh.

L'occasion de l'affrontement surgira de la rencontre d'un jeune homme qui passait par là alors qu'Enkidu et Shamat poursuivaient leurs échanges... Il se dirigeait vers Uruk pour assister à un mariage.

Enkidu interrompt sa délicieuse conversation avec Shamat et interroge le jeune homme qui lui indique qu'après les festivités du mariage, Gilgamesh entrera en premier dans le lit de la mariée, puisque tous les hymens lui appartiennent, comme l'ont voulu les dieux.

A ces mots Enkidu blêmit de rage et part pour Uruk. Son arrivée y suscite l'admiration. Enkidu se dirige vers la maison de la mariée pour y attendre Gilgamesh. Dès que celui-ci arrive, les deux buffles se ruent l'un sur l'autre et en ébranlent les murs. Il ne s'agit pas d'un combat à mort mais d'une lutte profondément érotique.

C'est le début d'une intimité, tant violente que sexuelle. La mère de Gilgamesh lui avait d'ailleurs interprété un rêve la veille lui expliquant qu'il « rencontrera un héros qu'il embrassera et caressera comme un homme amoureux avec une femme ». A l'issue du combat, Gilgamesh vainqueur, Enkidu reconnaît en lui le meilleur homme, le meilleur combattant et lui énonce « c'est à raison que le monde t'appartient ». Gilgamesh, vainqueur, sait que le compagnon tant attendu est arrivé et chacun chérit l'autre comme lui-même.

Ils sont inséparables et Uruk connaît enfin la paix, sans plus souffrir de la tyrannie de son monarque. Les deux amis passent visiblement du bon temps, avec les prêtresses, dans les bibliothèques, à festoyer, à devenir des érudits. Pourtant Gilgamesh décrète qu'il est temps de pénétrer dans la forêt des cèdres, où se trouve Humbaba, le monstre sanguinaire : « il nous faut délivrer le monde du mal ». Gilgamesh désormais recherche la gloire. Il veut inscrire son nom dans toutes les mémoires.

De fait, la cité d'Uruk va mieux, mais son roi souffre lui-même d'un profond déséquilibre. Il a arrêté d'être projectif. Son ennemi, le monstre n'est autre que lui-même car Humbaba ne menace en réalité personne. Il terrifie pour empêcher les hommes d'entrer dans la forêt. Là encore pas de bien ou de mal, pas de combattant de Dieu, pas d'idéologie triomphante. Gilgamesh tente de convaincre les sages et Enkidu, tous très réticents, du bien-fondé de son vœu. Il finit par l'imposer par un argument massue : il est le roi.

Enkidu et Gilgamesh partent donc et glissent vers un temps mythologique. Gilgamesh ne cesse de faire des rêves de désastre. Ils ont peur. Ils trouvent le monstre et engagent la joute. Humbaba est sur le point de les tuer quand un Dieu le paralyse. Gilgamesh porte alors son couteau à sa gorge et le monstre supplie de l'épargner. Gilgamesh hésite mais Enkidu le pousse à l'achever. Gilgamesh tue le monstre. En méprisant la clémence, il provoque un désastre. Les dieux sont offensés.

A leur retour, la situation est surréaliste. Ishtar, déesse de l'amour mais aussi de la guerre, ce qui n'est franchement pas idiot, fait des avances à Gilgamesh. Celui-ci la renvoie dans ses cordes avec une rare obscénité. Elle somme le taureau céleste de les punir mais nos héros le mettent en pièces et lui jettent un de ses jarrets à la face. Gilgamesh n'a toujours pas le sens des limites et Enkidu ne le guérit pas. Les dieux finissent par se vexer.

Ainsi Enkidu tombe malade. Les dieux ont vécu trop d'insultes et punissent. Enkidu meurt. Gilgamesh est seul avec sa douleur. Enkidu est né de sa tyrannie, il est mort de sa chasse au monstre. Gilgamesh ne comprend rien aux rêves qui l'avaient pourtant prévenu, il ne fait aucun lien entre le meurtre d'Humbaba et la mort de son ami. Il entre dans une transe de douleur. Il est

désespéré. Il se couvre de peaux de bêtes et s'exile. Il est pétrifié par la vulnérabilité humaine. L'amour, l'amitié ont tout chamboulé, ils l'ont rendu vulnérable. Devrait-il donc mourir lui aussi ?

Or Gilgamesh refuse la mort. S'engage alors une nouvelle étape de l'épopée : la quête de l'immortalité.

Il va chercher à rencontrer la seule exception à la loi de la mortalité : son ancêtre Utnapishtim qui a reçu le don de la vie éternelle et qui réside au bout du monde.

La recherche d'un maître qui dévoilerait ses secrets lui permet surtout de remettre à plus tard le deuil auquel il n'est pas prêt.

La première étape du voyage consistera à rejoindre des « pics jumeaux », deux hautes montagnes, qui surplombent le tunnel dans lequel plonge le soleil pour son voyage nocturne et souterrain, duquel il émerge au matin.

Deux monstres terrifiants, les hommes scorpions, en gardent l'entrée orientale. Ils lui indiquent que la route vers Utnapishtim, le seul immortel, passe par ce tunnel. L'homme scorpion, autorise Gilgamesh à pénétrer dans le tunnel, le prévenant que s'il échouait à en ressortir avant l'entrée du soleil, il serait carbonisé. Gilgamesh va courir comme un fou pendant douze heures dans de profondes ténèbres. Il en sort juste au crépuscule. Il traverse l'obscurité d'un monde souterrain et émerge dans l'éblouissant jardin des dieux. Une mort et une renaissance symbolique. Un tunnel entre deux pics jumeaux, les psychanalystes n'en demandaient pas tant... Il nous refait sa naissance à l'envers, replonge dans les entrailles de son origine et affronte vie et mort... du même organe.

A la sortie du tunnel, il rencontre Shidouri, une aubergiste brasseuse de bière au bord d'un océan, au service des rares clients qui ont réussi à traverser le tunnel. Elle lui conseille de profiter de sa condition de roi, de se marier, d'avoir des enfants. Gilgamesh n'est pas encore prêt à profiter de la vie et insiste. Il veut rencontrer Utnapishtim.

Il doit pour cela traverser l'océan et sur la rive, l'attendra Utnapishtim.

Il a tué des monstres, perdu son ami, beaucoup voyagé, mais toutes ces épreuves ne le transforment toujours pas. Gilgamesh veut remonter à l'originel.

Utnapishtim lui prodigue les mêmes conseils de bon sens que l'aubergiste, profite de la vie et calme-toi, **mais il ne peut accepter les choses telles qu'elles sont, tant qu'il pense qu'elles devraient être différentes.** Là est le vrai parcours.

Cet être supérieur, roi de son état, désespéré, reste un pauvre diable qui veut transcender la mort. Or Utnapishtim lui dit qu'il va mourir.

Gilgamesh pose la question qui lui brûle les lèvres : comment a-t-il réussi à surmonter la mort et à devenir immortel ?

La réponse est invraisemblable : Utnapishtim lui raconte le déluge ! Le secret de son immortalité remonte à l'affaire du déluge :

Cinq dieux décrétèrent d'apporter le déluge aux hommes décidément trop turbulents alors qu'Utnapishtim est roi de Shuruppak. Les dieux doivent garder secret ce qu'ils préparent mais Ea, dieu de l'intelligence et membre du groupe des cinq, le « murmura aux roseaux » qui répétèrent à Utnapishtim d'abandonner sa maison et ses biens pour sauver sa vie, de construire une arche aussi longue que large, couverte d'un toit et d'embarquer à bord des spécimens de chaque créature.

Le déluge survient et quand il s'arrête, Utnapishtim, rescapé, envoie une colombe, puis une hirondelle, puis un corbeau... celui-ci ne revient pas. Les eaux avaient donc baissé.

Les dieux convoquent un banquet mais finissent par se révolter de tant de violence. Enlil, le chef des dieux, responsable du déluge, aperçoit alors l'arche des survivants et s'enrage. Il voulait qu'ils soient tous exterminés. Ea, celui qui avait parlé aux roseaux, lui dit alors qu'il était juste de tuer les pêcheurs mais certainement pas tous les hommes. Pour sa part, il avait juste parlé aux roseaux... Il dit à Enlil que c'est désormais à lui de décider du destin d'Utnapishtim.

Enlil, convoque les dieux et décide que Utnapishtim et sa femme seraient immortels et vivraient très loin, près de l'embouchure des fleuves.

« A présent, Gilgamesh, qui va donc convoquer pour toi les dieux ? ». Question-clé.

On ne peut pas recommencer cette histoire du déluge tous les jours... Et l'immortalité vaut elle le prix de l'extermination de tous les vivants ? Un dieu fou immortalise un couple après avoir englouti tous les autres hommes. Extermination et immortalité sont de la même veine. C'est ça que tu recherches ?

Mais Gilgamesh ne cède toujours pas.

Utnapishtim lui propose alors une épreuve : s'il réussit à ne pas dormir sept jours, il pourra alors vaincre la mort. Gilgamesh ne dormait jamais au début du récit, mais au fur et à mesure qu'il s'humanise, il se découvre terriblement marqué par toutes les épreuves qu'il a subies. La rencontre avec Enkidu lui a fait perdre de sa vitalité. La découverte de l'intime amoureux lui a fait éprouver, comme la sexualité pour Enkidu, la vulnérabilité humaine. Il est épuisé, couvert de pustules et de guenilles. Lui, le Roi, n'est plus dieu aux deux-tiers et s'endort immédiatement. Il ne sera définitivement pas immortel.

Vaincu, mortel, il décide de retourner chez lui. Mais la femme d'Utnapishtim le rattrape. Elle demande à son mari, à défaut de le rendre immortel, de donner à Gilgamesh le secret de l'éternelle jeunesse : S'il

plonge au fond de la mer, ramasse une certaine plante entourée d'épines, la ramène et la mange, il restera jeune toute sa vie.

Gilgamesh plonge au fond de la mer, la trouve, se meurtrit les mains aux épines et la ramène.

Cette plante est le point de bascule de toute l'œuvre.

Il décide de ne pas la manger mais de la faire consommer par un vieillard d'Uruk dès son retour et d'observer les effets avant de la consommer lui-même. Serait-il devenu sage ?

Il prend donc la route d'Uruk, retransverse le tunnel, lavé, parfumé et habillé comme un roi. Chemin faisant, il décide de se baigner dans un étang. Il laisse la plante sur le rivage et plonge. Mais le serpent passe par là, découvre la plante merveilleuse, la mange et disparaît. Il laissera « on the beach » sa mue en souvenir à Gilgamesh.

A son retour de baignade, « Gilgamesh on the beach », dépité, ne peut que retourner à Uruk les mains vides, mortel et vieillissant mais riche de son épopée. Uruk vivra désormais tranquille, avec un roi apaisé et sage.

Le passage du serpent est magistral. Comme Orphée avec Euridyce, comme les frères Grimm avec l'Oiseau d'or, comme de nombreux mythes et folklores ultérieurs, la « négligence », l'acte manqué, du héros fait basculer la dramaturgie du récit. La mort reprend ses droits non pas parce qu'elle est inéluctable, mais parce qu'à travers un formidable acte manqué, le héros provoque le renversement, s'approprie sa propre faille. La chute est de son fait. Il n'est donc plus une victime, comme il est de bon ton de l'être aujourd'hui, mais l'auteur de son destin.

Gilgamesh nous fournit sans doute là le secret du travail de deuil à savoir s'approprier petit à petit le cours des événements et non plus juste les subir. C'est effectivement un travail... C'est en même temps une illustration de ce qu'est la castration en psychanalyse : il ne s'agit pas seulement d'accepter la perte, la faille, ce qui n'est qu'une première étape, mais de se l'approprier, de la faire sienne. Gilgamesh peut retourner à Uruk parce qu'il se reconnaît vulnérable et qu'il en a été progressivement l'acteur. Sa faille ne sera sienne, et donc acceptable, que parce qu'il en sera l'auteur. Ce qui n'est pas sans nous enseigner le cours d'une démarche thérapeutique.

Il aura fallu ce parcours, la découverte du double, de l'amour qui humanise et rend vulnérable, sa perte, l'épuisement dans l'épopée, l'appropriation de la faille, pour qu'enfin Gilgamesh s'apaise et se reconnaisse « sujet » de son destin.

La mort fait partie de la vie et Gilgamesh se revendique humain. Il s'agit d'un être pour la vie et non pour la mort parce que justement une transmission existe et qu'elle la caractérise. Il s'agit non d'une normalisation,

mais d'une épopée, à chaque fois renouvelée. Le deuil est un processus de vie. Un outil essentiel à son développement.

Cette histoire est restée sous terre 2000 ans. Elle n'a été découverte qu'à partir de 1850 dans les ruines de Ninive, l'actuelle Mossoul... Au travers d'une archéologie, une reconstitution inventive se révèle possible à partir de vestiges. Ne soyons donc pas effrayés de produire in fine des vestiges qu'un État ou quelques narcisses chercheront à enterrer pour mieux parfaire leurs crimes. S'ils contiennent ne serait-ce qu'un soupçon de vérité, ils sauront se transmettre.

Venons-en à Cassavetes.

Dans le film « Opening Night », Cassavetes met en scène un entre-deux, femme.

Myrtle, une actrice renommée, entre-deux âges, se voit confier le rôle, au théâtre, d'une femme qui n'accepte pas de vieillir. Le film consiste à narrer le parcours, l'épopée, qui va lui permettre d'interpréter ce rôle sans céder sur sa propre énergie vitale, son propre désir.

Dans le film, l'auteur de la pièce en question, une femme mûre, méprise l'actrice, ne supporte pas son propre vieillissement et tente de lui faire porter son angoisse. Filmer le théâtre n'est pas sans créer une mise en abîme.

Un accident va précipiter l'intrigue. A la sortie d'une représentation, l'héroïne est assaillie par des admirateurs qui lui demandent un autographe. Parmi eux, une toute jeune fille, visiblement déséquilibrée, se jette dans ses bras et lui déclare son amour. L'actrice finit par s'engouffrer dans la voiture qui l'attend mais la jeune fille s'accroche au véhicule, trébuche et se fait renverser. Elle meurt.

Notre actrice va dès lors être en proie à des hallucinations au cours desquelles cette jeune fille la persécute. Elle se sent responsable de ce décès, mais pas seulement...

Formidablement interprétée par Gena Rowlands, elle se retrouve aux prises avec une femme âgée, écrivain de théâtre, et une jeune fille passionnée, entre la femme qu'elle va devenir et celle qu'elle a été, et les choses se passent plutôt très mal.

L'intensité dramatique de ce film est purement incroyable. Toute l'énergie, toute la vie de notre actrice va désormais se résumer à trouver une issue à cette situation. Il n'y a plus rien d'autre. Tous ceux qui l'entourent sont suspendus à son évolution et cela n'est pas sans impact sur leur vie. L'engagement d'un seul dans un tel parcours mobilise toute une communauté. Qu'elle s'affronte à ce questionnement et tous sont concernés. La peste s'abat sur Thèbes.

L'élaboration sera longue et douloureuse, hautement risquée. Elle sera ponctuée et il nous sera possible d'affirmer qu'elle a eu lieu, de sentir qu'un parcours

a été effectué, parce qu'au décours d'une nouvelle hallucination, elle tue la jeune fille de ses mains, avec une violence inouïe. Ce n'est plus un accident. Elle s'approprie cette mort par un meurtre et peut dès lors continuer son chemin.

Au passage, elle ne se laissera plus persécuter par sa jeunesse perdue, en témoigne la scène finale que je vous laisse découvrir. L'enfance est en nous et non sur nos traits...

Voilà donc deux parcours, celui de Gilgamesh et de Myrtle, qui se consacrent à l'épopée de leur questionnement. Leur révolte – ils ne peuvent accepter les choses tant qu'ils pensent qu'elles devraient être autrement – vient signer leur inadéquation au cours de leur vie, leur persécution par l'idéal surmoïque.

Deux temps nous permettent de repérer la composante éthique. En premier lieu, celui de l'urgence de s'y consacrer, de l'engagement exclusif impérieux qui dessinent un fil rouge et instaurent le voyage initiatique

constitutif d'une humanité assumée, en second lieu, celui de s'approprier la faille et permettre ainsi une assomption subjective.

Cette perspective autorise une transmission digne de ce nom et augure du prix à payer.

« Pas de sagesse conventionnelle mais celle plus profonde de la voix narrative, impartiale, pleine d'humour, irrévérencieuse, sceptique envers les absolus moraux, enchantée par les douceurs du monde et d'une confiance absolue envers les pouvoirs de son propre langage ».*

Patrice Charbit

*« *Gilgamesh, la quête de l'immortalité* » par Stephen Mitchell traduit par Aurélien Clause, est une version magnifique de la plus vieille histoire du monde...

Praxis et éthique

Nous sommes dans un monde où l'humain est sans doute le plus menacé par d'autres humains. Dans nos sociétés occidentales, nous sommes passés de consommateurs à produits de consommations. Des appétits énormes apparaissent pour exploiter le seul gisement de profits dont la source semble inépuisable et dont le flot s'agrandit sans cesse : la population humaine. Comment faire pour rentabiliser cette population brouillonne qui n'en fait qu'à sa tête ? Comment faire pour passer de l'efficacité à l'efficience ? Grâce à l'utilisation pernicieuse du numérique, un grand nombre d'entre nous se trouve en voie de formatage. Beaucoup de gens qui travaillent disent qu'ils perdent *le sens de leur métier*.

La médecine et la psychiatrie n'échappent pas à cette mise au pas. Les assureurs ont décidé de s'emparer du monde du soin pour en faire le monde de la bonne santé. Un monde souriant où chaque assuré doit rapporter le maximum d'argent à des milliardaires et le minimum aux petits riches que sont les soignants. Le soin c'est de l'argent perdu, la santé c'est de l'argent gagné. Fini le temps de la solidarité et du faillible et *on tuera tous les affreux* : les premières euthanasies pour des patients dépressifs se font jour (et font l'économie d'hospitalisations et consultations). Nous devons tous être beaux et sportifs, contrôlés à chacun de nos pas ou de nos étages montés.

La médecine et la psychiatrie coûtent trop cher. Il s'agit d'amortir au maximum le coût que représente le soin. Grâce au lobbying des assureurs sur les députés et l'État, une Haute Autorité de Santé a été mise en place pour protocoliser rentablement les soins et ses exécutants. La baisse des honoraires et les protocoles visent à atteindre ce qui n'est pas rentable car coûteux en temps : *la relation humaine*. Des médecins, des psychiatres, des sages femmes et des infirmières se voient attribuer un nombre grandissant de malades. Les temps de consultations sont réduits dans les Centres médico-psychologiques pour mieux amortir chaque psychiatre. La baisse des tarifs de consultations pousse à la multiplication des actes et de nombreux médecins, en particulier les généralistes, se retrouvent épuisés de ne plus faire de la médecine mais de l'acte sommaire.

Face à tout cela, il nous reste notre conscience professionnelle, notre éthique face à ceux qui viennent nous voir et qui nous font confiance : *les malades*. Ces malades qui sont devenus des patients poussés à être des consommateurs et surtout de bons assurés. Ils sont faillibles et se battent pour vivre. Ils ne se sentent pas beaux, ni intéressants et ils ne savent pas compter leurs pas. Ils ont peur de déranger et nous remerciant de notre patience. Alors, après le symptôme, le premier diagnostic et le traitement, nous partons à leur rencontre. Nous sommes là, parfois impuissants, à les

accompagner. Ils nous paient pour ce temps partagé. Ce qui fait le soignant, le médecin, le psychiatre, c'est cette rencontre humaine. La technique est utile mais elle n'est qu'un préambule.

Notre pratique est dans cette rencontre toujours renouvelée, dans cette praxis. Éthique, praxis des valeurs humaines fondamentales de tous les temps et qui s'éveillent dans toutes situations complexes : des valeurs qui posent problème à l'efficacité et au rentable. C'est du temps perdu donc de l'argent.

Soigner, *c'est soigner une personne*. Il faut se préoccuper réellement de la santé d'un sujet et non de bonne santé numérisée définie par des assureurs. La médecine n'est pas une science mais une pratique soignante qui peut *utiliser la science et des techniques*. *Elle ne peut se réduire à des protocoles scientifiques ou économiques*. C'est la relation humaine qui seule donne son sens au soin et fait que la psychiatrie se doit d'être dans une démarche éthique centrée sur une personne singulière.

La praxis concerne cette pratique de la rencontre avec un sujet unique souffrant. Cette rencontre ne peut se faire uniquement sur des théories car aucune

des personnes, que nous rencontrons, n'est décrite théoriquement car tout humain est complexe et ne peut se résumer à un symptôme et une maladie. Avec chaque malade, nos connaissances médicales et psychiatriques seront au service de cette rencontre et d'une théorisation en mouvement dans la découverte d'une personne et de sa souffrance. La praxis participe à une connaissance pratique d'une situation particulière avec un humain singulier.

Aujourd'hui la tentation est grande d'instrumentaliser les médecins en robots préventifs. Les psychiatres auront sans doute une place réduite d'experts qui rencontreront épisodiquement des malades. Plus que jamais, les psychiatres, pour qui la dimension éthique est importante, auront à se mobiliser s'ils ne veulent pas devenir les exécutants d'assureurs qui pensent pour eux, s'ils ne veulent pas perdre *le sens de leur métier*.

Michel Jurus

Merci à Yan Plantier et Jacques Marblé pour leur enseignement lumineux.

L'éthique en DPC

Sous l'impulsion de Michel Jurus, avec le très sérieux travail de Yan Plantier et Jacques Marblé, nous avons participé le 11 juin à Lyon à la session de DPC organisée par l'ODPC – PP «Approche éthique et psychiatrie». Nous avons vécu une passionnante expérience, centrée le matin sur la connaissance philosophique de l'éthique, l'après-midi sur la déontologie dans la pratique psychiatrique.

Il n'est possible que de citer les points saillants des éclairantes articulations philosophiques développées avec brio et grande rigueur philosophique par Yan Plantier. Ainsi, retenons que l'éthique ne se conçoit et ne se met en pratique qu'à réaliser constamment un mouvement incluant trois plans : l'éthique, la morale, la sagesse pratique. Il est, dans cette dynamique en aller-retour, autant question de respect de principes et devoirs moraux, que d'interrogation quant à la légitimité de ces prescriptions. L'éthique en appelle au fond intime, l'éthicien se donnant les conditions de penser par lui-même. Plan fondamental de la relation humaine, donc convoquée par toute rencontre, l'éthique doit être pensée à partir des pôles subjectif (le désir) et objectif (les valeurs). Sur ce plan se forme l'idéal de vie, que la morale traduit en principes d'action. Il y a éthique dès qu'il y a praxis.

Un principe moral n'est pas un absolu, n'étant fondé que relativement à la valeur qu'il met en œuvre. Faire de la morale quelque chose de fondateur, c'est la pervertir dangereusement, tendre vers la position moraliste. D'autre part la morale est mise à l'épreuve dans la confrontation à la particularité des situations dans la réalité. Épreuve qui peut générer un embarras, voire une crise, qu'il est extrêmement important d'assumer en tant que tel sans chercher à aller trop vite à la solution. Assumer cet embarras permet de réviser les principes en réexaminant ce qui faisait sens. La position éthique, en tant qu'elle est dynamique, tient à cette réinterrogation répétée des principes. Elle s'appuie sur la référence à l'élaboration commune des valeurs et des règles, et renvoie chacun à ce qui fait sens et valeur pour lui.

L'éthique n'est donc pas un secteur d'activité, c'est le plan fondamental qui vient interroger le sens et la valeur de la praxis : elle concerne donc tout agir humain. On distingue utilement deux paradigmes de l'éthique : l'éthique grecque fondée sur l'excellence et le beau, l'éthique hébraïque centrée sur la responsabilité ; les développements nécessaires à cette connaissance sont excellemment mis en œuvre par Yan Plantier.

La déontologie, à situer du côté de la morale dans son articulation au juridique, n'a de valeur qu'à être entée sur une éthique. Elle vient nouer ensemble celle-ci et l'institutionnel. La pratique psychiatrique est concernée par la déontologie sur cinq points principaux, que nous avons commencé à explorer et commenter sans bien sûr en épuiser le champ : la solitude, la dangerosité, l'hospitalisation, la responsabilité, l'acte de soin.

De riches échanges se sont tenus entre tous les participants à partir de situations cliniques relatées par certains, et commentées par les animateurs. Ils ont

notamment permis de préciser ce qui, pour appuyer son acte clinique et thérapeutique, peut faire tiers pour le psychiatre dans sa pratique libérale, et par conséquent pour le patient.

Une belle séance de Développement Philosophique et Clinique, que nous souhaiterions poursuivre et qu'il serait très bénéfique de répéter dans des occasions à venir pour en faire profiter le plus grand nombre !

Olivier Brunschwig
Françoise Labes

Éthique et Numérique

Les Journées de Grenoble, intitulées « Psychiatrie et Numérique », sous-titrées « Paysage et Perspective » nous ont permis, à défaut de rencontrer des certitudes, d'ouvrir de multiples questions au sujet de l'impact du Numérique, qui concerne absolument tous les champs, tous les métiers, tous les modes de vie, nos façons de penser, d'être en relation avec les autres, etc.

Nous n'avons pas cessé de tourner autour de la question du comment vivre cette mutation, quelle place lui donner, pour quoi faire, en étant prêt à renoncer à quoi, et sur quels points pensions nous ne pas avoir à déroger ?

En somme le Numérique nous oblige à repenser toute notre éthique, non pas pour y renoncer, sûrement pas, mais au regard de cette nouvelle technologie, comment tricoter tout cela d'une façon qui demeure cohérente ?

Par exemple, comment d'un point de vue purement technique, protéger nos données personnelles, et bien sûr celles de nos patients, tout cela dans une visée que ce monde reste vivable, que la parole garde son droit de cité, et que nous puissions continuer à exercer notre métier.

Une fois de plus, nous constatons à quel point ce métier de psychiatre est tributaire de la volonté politique à l'œuvre dans cette mutation, et qui, c'est le moins que l'on peut dire, n'est guère lisible à l'heure actuelle : sans aucun doute cela reste une de nos missions de syndicat de continuer à faire entendre notre voix, à savoir ce qu'implique de préserver la possibilité de parler pour nos patients, que ce soit en terme de confidentialité, de temps, de choix d'interlocuteur, etc.

En ce qui concerne la formation des jeunes psychiatres, comment leur transmettre ce savoir faire qui permet de recevoir la parole de nos patients, leur permettre d'apprendre à supporter la solitude et le manque inhérents à toute parole authentique, si ce n'est en apprenant déjà à le faire pour soi-même.

Jacqueline Légaut

Responsabilité professionnelle des psychiatres

La multiplication de sollicitations d'adhérents du SNPP pour des mises en cause de leur responsabilité professionnelle oblige à quelques retours d'informations.

Tout d'abord, il n'y a pas péril en la demeure, les cas restent plutôt rares. La plupart du temps, les choses s'apaisent en discutant, en réintégrant la situation dans une réflexion psychothérapique. Quand des plaintes sont déposées, elles sont toujours désagréables, mais pas forcément inquiétantes, notamment quand elles sont manifestement pathologiques. Du fait même de certaines procédures, il peut y avoir néanmoins des conséquences. Parfois aussi, les condamnations peuvent tomber, et sembler effectivement justifiées (actes effectivement et manifestement illégaux), même si tout accusé a droit à être défendu.

Voici quelques exemples récents, dans le respect du secret professionnel :

- Notons par exemple le cas d'un patient réclamant quelques milliers d'euros d'indemnisation parce que son psychiatre a prescrit plus de 12 semaines de benzodiazépines, sans autre explication sur cette partie de la plainte, et alors même qu'une hospitalisation était en train d'être programmée. Le patient a également porté plainte pour rupture du secret médical quand le praticien a transmis la demande du patient à son assurance professionnelle comme son contrat l'y oblige.

- Menace de diverses plaintes, pour un psychiatre de secteur 1 pratiquant systématiquement des dépassements d'honoraire.

- Enquête de la Sécurité sociale sur un confrère, sans qu'il n'y ait eu de plainte, pour délit statistique (voir une forte proportion de patients à une fréquence quasi quotidienne par exemple). Comme pour les délits statistiques pour les arrêts de travail trop fréquents, il ne s'agit pas forcément de condamner une pratique éventuellement légale, mais de mettre le médecin sous surveillance, de l'engager à faire évoluer sa pratique, au risque de se retrouver mis sous « accord préalable » du service de contrôle médical pour toute prise en charge.

Nous nous devons donc de rappeler quelques principes que chacun se fera un plaisir de discuter, mais qui sont le cadre de la convention que nous avons avec la Sécurité sociale, et l'évolution des lois :

- La Sécurité sociale reconnaît la psychothérapie, de manière générale, comme étant du domaine de l'acte psychiatrique CNPSY (Circulaire Sournia, 1974). Néanmoins, ceci ne concerne pas forcément la pratique de la psychanalyse cure-type, notamment quand elle se dit « thérapeutique de surcroît ». La Sécurité sociale

va parfois jusqu'à convoquer des dizaines de patients pour enquêter sur les pratiques d'un psychiatre, et la question « êtes-vous allongé pendant vos séances ? » revient systématiquement.

- Les séances facturées à la Sécurité sociale doivent avoir lieu dans le cabinet du psychiatre, ou en visite à domicile éventuellement, en tout cas en présence physique des deux intervenants au même endroit. Les séances par téléphone, skype ou autre posent de nombreux problèmes de responsabilité, d'éthique, de sécurité de la confidentialité, mais SURTOUT ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une feuille de soin pour remboursement. Les patients doivent en être avertis à l'avance.

- Idem bien sûr pour les séances manquées. Bien des pratiques se font et pourraient parfois être discutables, chacun y allant de sa justification... mais il est certain que la Sécurité sociale n'accepte pas de rembourser des séances qui n'ont pas eu lieu. C'est une assurance pour rembourser les frais liés à la maladie, pas une assurance annulation.

- Le secteur 1 signifie qu'il n'est pas possible de pratiquer de dépassement d'honoraire (hors DA ou DE). La pratique de la psychanalyse ne fait pas exception. Si on considère qu'elle est une psychothérapie, elle est alors incluse dans le CNPSY et ne peut pas être un supplément. Si on considère qu'elle est hors cadre du CNPSY, il n'est pas justifié de le facturer. Rappelons là encore que la Sécurité sociale n'hésite pas à convoquer des dizaines de patients pour enquêter sur les pratiques, avant même de prévenir le psychiatre de l'enquête en cours.

- Le dossier médical est obligatoire, au moins sous forme manuscrite. Il fait référence en cas de mise en cause. En particulier, tout ce qui sort du cadre « normal » (AMM, guide de bonnes pratiques) y fera utilement l'objet d'une explication, ou au moins des éléments de contexte expliquant la situation. Le médecin garde toute liberté dans ses prescriptions, mais peut avoir à justifier de ses choix. Un mot devrait figurer pour chaque consultation. L'application de ces principes en psychothérapie est plus délicate... mais fait l'objet de moins de mises en cause.

- Les certificats médicaux doivent être murement réfléchis. De manière générale, il ne faut jamais accepter un certificat qui vous gêne, ne jamais attester de ce que vous n'avez pas directement constaté, ne jamais mettre de lien de causalité dont vous ne pourriez apporter la preuve formelle, et réserver les certificats aux cas où ils sont légalement prévus. Votre avis vous engage juridiquement, et l'adversaire de votre patient

ne se privera plus désormais de vous le rappeler (cas de divorce, conflits professionnels, etc.). La plupart des cas de consultation pour certificat médical ne font pas l'objet de remboursement par la Sécurité sociale. On consultera pour plus d'information le livre d'Ariel Toledano « Le guide des certificats et autres écrits médicaux Broché – 18 avril 2016, Med Line Editions. Voir aussi sur le site ameli.fr

- Enfin, les avocats conseillent de systématiquement écrire au médecin traitant quand un patient est « perdu de vue », y compris si le généraliste n'a jamais été au courant de la prise en charge psychiatrique. Il ne suffit pas d'avoir laissé un message sur le répondeur du patient pour être exonéré de toute responsabilité par la suite. A adapter bien sûr selon le niveau de risque raisonnablement prévisible.

Pour toute mise en cause professionnelle, vous devez impérativement vous tourner vers votre assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) qui pourra vous proposer une protection juridique. Nous ne saurions trop vous conseiller d'informer le syndicat pour prendre conseil également.

Pour conclure, rappelons donc que griller des feux rouges tous les jours sans se faire arrêter ne constitue en rien une justification pour le jour où un policier sévira (bien au contraire, cet argument vous retomberait dessus). Néanmoins, pour les cas qui ne sont pas caricaturalement illégaux, l'usage n'est pas de sanctionner les médecins mais plutôt de faire évoluer les pratiques.

Élie Winter

Éthique et déontologie du secret médical

L'on ne saurait comparer le roc du secret médical au diamant du secret militaire, et pourtant, ces deux notions sont d'une importance capitale, d'un côté pour l'individu-citoyen dans son intimité, et de l'autre pour l'état multicontinental français, dans sa mission de protection du même citoyen. Cependant, sous prétexte d'une nouvelle problématique, consécutive à un manque d'échange d'informations entre administrations, une certaine chronologie dans l'actualité vient rappeler qu'une logique politique viserait à restreindre les contours de ce sanctuaire du secret médical, et à rendre de plus en plus d'éléments accessibles à des tiers issus d'autres corps de métiers. Malgré tout, plusieurs règlements officiels et législations restent en vigueur jusqu'à nouvel ordre, et continuent de protéger ce principe, clé de voûte de tout exercice médical, et garant de la vie privée des individus.

Les règlements

Le Code pénal (art 226-13) définit les sanctions encourues par une violation du secret professionnel (non spécifique aux médecins) : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». Les tentatives de briser ce secret sont également punies par la loi.

Le Conseil National de l'Ordre Médecins, dans une page internet dédiée à l'article 4 du Code de Déontologie médicale (correspondant à l'article R.4127-4 du code de la santé publique), précise à ce sujet que : « *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance*

du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». L'Ordre reconnaît une distinction entre les médecins engagés dans les soins pour un patient, et les médecins qui n'y participent pas : « *même entre médecins, le secret ne se partage pas dès lors qu'ils ne participent pas à la prise en charge d'un même patient* ».

Le Code de la santé publique, article L1110-4 (introduit par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 qui consacre un droit du patient) précise ce point : « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* ».

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins commente : « *La règle générale est que le partage n'intervient qu'entre professionnels de santé, pour la prise en charge et la continuité des soins* ». Cet aspect est spécifiquement réglementé dans l'article L6323, d'un côté dans le cadre des établissements de santé publics et privés, et de l'autre dans les maisons ou centres de santé, où les professionnels sont sensés respecter et signer le projet d'établissement sur la confidentialité, mais peuvent aussi librement choisir de ne pas transmettre certaines informations à leurs collègues.

La jurisprudence de la chambre civile de la Cour de Cassation, et du Conseil d'État (arrêt d'assemblée Deve du 12 avril 1957 et section sociale du 6 février

1951 & 2 juin 1953) retiennent comme principes que: le patient ne peut demander à son médecin de rompre le secret médical, qui persiste après son décès, s'impose même devant le juge et les agents fiscaux tenus au secret professionnel, et à l'égard d'autres médecins, dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins. Bien entendu, il est établi que le secret couvre non seulement l'état de santé du patient, mais protège aussi son anonymat.

Déroghations

L'article L1110-4 souligne cependant l'existence de limites légales au secret médical : « *excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé (...)* ». Une certaine révélation parcellaire et précise est définie par les règlements, car les nécessités d'organisation de la société ont rendu nécessaire de communiquer certaines informations aux administrations. L'Ordre des Médecins fait l'inventaire de ces situations. Chaque étudiant en médecine, lors du concours de spécialité (Internat, puis ENC), se doit d'apprendre par cœur ces 14 situations de « dérogations légales au secret médical ».

Elles sont réparties entre, d'un côté, les obligations du médecin : déclarer les naissances, les décès, les maladies contagieuses, indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques, décrire les lésions et leurs conséquences dans les accidents du travail et les maladies professionnelles, renseigner les dossiers de pensions d'invalidité ou de retraite, transmettre les informations nécessaires à l'obtention des droits d'indemnisation pour les victimes d'un dommage accidentel (HIV par transfusion, amiante, conséquences d'actions de préventions, essais nucléaires), communiquer à l'Institut de veille sanitaire, et lorsqu'il exerce dans un établissement de santé, communiquer les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité au médecin DIM.

Le médecin a par ailleurs l'autorisation de : signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) les sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques; transmettre au président du Conseil Général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être; communiquer aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'IGAS, MISP, ARS, HAS, les données à caractère personnel qu'il détient, strictement nécessaires à l'exercice de leur mission; transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé; informer les autorités administratives du

caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Syndrôme de l'enveloppe bleue

Ce qui attire l'attention dans ces dispositions pourrait s'appeler le syndrome de l'enveloppe bleue : l'article 50 du Code de Déontologie prévoit que « *le médecin est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin conseil (...) les renseignements médicaux strictement indispensables* ». Autrement dit, l'État nous assure que nous envoyons un courrier cacheté et confidentiel à un médecin conseil (CPAM ou régime spécial), chargé d'exploiter administrativement les données dans une mission de médecine de contrôle. Mais ces données rentrent dans le cadre d'une dérogation légale, et ne seraient pas officiellement protégées par le secret médical. Le médecin conseil est donc dans la situation paradoxale et inhabituelle d'être impliqué dans le paiement de la prise en charge, mais de ne pas être vraiment garant de la protection des données qui peuvent lui être adressées : la feuille de soins avec l'indication des actes effectués, l'ordonnance, le certificat d'arrêt de travail dont le premier volet en indique les raisons médicales; les certificats descriptifs d'accident du travail (envoyé par le médecin) et de maladie professionnelle (envoyé par le patient).

Au cas où le patient serait convoqué dans cadre de la médecine de contrôle (visite médico-sociale) auprès du médecin conseil, un échange avec le médecin traitant est possible, et cette situation est nommée « *secret partagé* » : les informations reçues à cette occasion par le médecin conseil sont dans ce cas soumises au secret médical vis-à-vis de l'administration d'assurance maladie. Le rôle du médecin conseil vise à ouvrir des droits (possibilité de prestations spéciales, rééducation fonctionnelle, entente préalable...). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise dans cette situation que : « *L'échange de renseignements n'est autorisé qu'aux conditions suivantes : le patient doit avoir donné son accord; les renseignements doivent être communiqués, non au service de contrôle, mais à un médecin-conseil nommé désigné, sous pli confidentiel; le médecin-traitant ne confie que les données indispensables au médecin-conseil pour que celui-ci puisse prendre sa décision; le médecin traitant reste juge de l'opportunité et de l'étendue des informations échangées. Plus généralement, la loi (article L. 315-1, V du code de la Sécurité sociale) reconnaît aux praticiens-conseils du service de contrôle médical un droit d'accès aux données de santé à caractère personnel si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions et dans le respect du secret médical* ».

feuilles détachables

Le mot de la trésorière

Les psychiatres libéraux adhèrent dans leur grande majorité à la convention médicale. Ce texte régit leurs rapports avec la Sécurité sociale, et celle-ci est un très bel outil de solidarité nationale. Un des fondamentaux de l'AFPEP – SNPP est de défendre le principe de cette solidarité.

L'AFPEP – SNPP a donc anticipé le renouvellement de cette convention en adhérant à la CSMF pour porter nos souhaits. Après consultation de ses adhérents, mandat a été donné à la CSMF par notre Conseil d'Administration de soutenir essentiellement l'augmentation du CNPsy, l'acte unique et non des augmentations marginales. Nous sommes des cliniciens et seul le CNPsy nous donne le cadre de travail nécessaire à toutes les évolutions possibles de nos patients. Nous remercions la CSMF d'avoir porté jusqu'au bout cette revendication, puisque c'est peu de temps avant la signature trop précoce par trois syndicats que la CPAM a proposé, enfin, une augmentation du CNPsy, finalement de 2 euros.

Dans un autre registre, l'AFPEP a organisé ses Journées Nationales à Grenoble sur le numérique. Les médias, les entreprises concernées nous parlent de « révolution numérique », de big data, de gisements de données, de transhumanisme. Grâce aux brillants intervenants de ces Journées, bien au fait de toutes ces nouvelles techniques, nous savons qu'il s'agit avant tout de nouveaux outils et que l'essentiel est l'usage politique qui en est fait, chacun étant invité à se saisir de cette question. Le temps de la clinique est donc toujours l'essentiel.

La cohérence de l'AFPEP – SNPP, avec ce lien entre l'actualité scientifique et syndicale, est toujours aussi pertinente, il s'agit bien de défendre une réflexion politique sur les divers aspects de notre métier dans le respect des patients.

C'est dans cet esprit que nous vous engageons donc à adhérer à l'AFPEP – SNPP.

Béatrice Guinaudeau
Trésorière de l'AFPEP – SNPP

Comment s'inscrire à une formation DPC

Comme pour toute formation DPC officielle, l'inscription se fait sur le site www.mondpc.fr.

Vous devez : - créer votre compte personnel sur www.mondpc.fr
(site Internet de l'OGDPC dédié aux professionnels de santé) ;
- rechercher le programme de DPC sous le numéro 3973160000... ;
- vous inscrire à la session du programme de DPC en ligne, depuis votre espace personnel.

Si vous avez des problèmes pour vous inscrire sur le site www.mondpc.fr vous pouvez contacter **Chantal BERNAZZANI** au 01 43 46 25 55.



PRÉINSCRIPTION - RÉSERVATION

Dr :

Adresse :

Portable : Mail :

Pour les prochaines sessions de formation entrant dans le cadre du DPC.

- I - **Psychosomatique.**
- II - **Éthique et Psychiatrie.**
- III - **Approche psychodynamique de l'addictologie.** (Entourer la formation choisie)

Coupon à renvoyer par mail à info@odpcpp.fr ou par courrier à **ODPC - PP** – 21, rue du Terrage – 75010 Paris avec **UN CHÈQUE DE CAUTION de 50 euros à l'ordre de l'ODPC-PP qui vous sera remis lors de votre présence à la session DPC.**

Sessions 2017 de DPC indemnisées

Comme chaque année depuis la redéfinition de la formation continue des psychiatres dans le cadre de l'OGDPC, obligatoire et indemnisée, par le canal de l'association ODPC – PP que je préside, nous vous proposons des sessions cliniques. Si nous nous conformons aux exigences du cadre administratif défini par l'ex-OGDPC devenu ANDPC, afin de permettre la validation de nos formations, notre souci permanent est de préserver leur qualité telle que nous l'avons toujours conçue au sein de l'AFPEP : qualité d'expertise, qualité d'échange, qualité du débat, éthique du soin et proximité de l'expérience clinique.

La nouvelle dénomination ANDPC ne changera pas nos principes de formation même si cela nous contraint à plus d'exigence administrative.

Comme vous l'avez constaté, les budgets sont, chaque année, épuisés dès juin/juillet. Nous faisons en sorte de vous informer aujourd'hui de nos sessions DPC afin de pouvoir vous y inscrire dès le début d'année. Prenez soin de réserver votre session auprès de notre secrétariat, ce qui vous permettra d'être directement contacté pour vous inscrire sur le site « mondpc » dès que nos programmes y seront. Cette année, nous avons choisi de travailler en journée complète, ce qui améliore l'échange et l'apport des sessions, et vous permet une meilleure indemnisation.

Thierry Delcourt

Président de l'ODPC – PP

* * *

Psychosomatique

Samedi 25 mars 2017 à Nice

Hôtel Mercure Nice centre Notre-Dame - 28, avenue Notre Dame

Cette Journée permettra une introduction et un approfondissement de la question de **la psychosomatique** avec des intervenants spécialistes de cette approche.

Il s'agira de présenter la Psychosomatique non pas comme une application de la Psychanalyse au champ du Somatique, mais comme une théorisation possible de l'Unité de l'être humain, engagé corps et âme dans les processus relationnels.

La Psychosomatique ne doit pas uniquement se concevoir comme une application de la Psychanalyse au champ du Somatique, mais comme une théorisation possible de l'Unité de l'être humain, engagé corps et âme dans les processus relationnels.

La véritable médecine est *une médecine de la personne* et non une médecine de la santé. Soigner, c'est toujours soigner *quelqu'un*. C'est pourquoi la médecine n'est vraiment médecine qu'en visant d'abord la personne, afin de pouvoir s'occuper réellement de sa santé en tant que santé de quelqu'un et non de santé en général. Mais la médicalisation peut également designer le processus qui consiste à transformer en pathologie médicalement curable tel ou tel caractère relevant de la condition humaine ou de la constitution des êtres. Le processus est circulaire : pour pouvoir «soigner» ces maux, il *faudrait* d'abord les considérer comme des maladies. En fait, on devrait déjà parler d'une sophistication de la médicalisation qui se réduit à un corps privé d'âme. Considérée dans son essence, la médecine n'est ni une science ni une technique, mais *une pratique soignante accompagnée de science et instrumentée par des moyens techniques*.

Nous pourrions discuter de tout l'apport de la théorisation de Sami Ali, qui, à partir de son concept de l'impasse permet de penser la pathologie humaine, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique en l'absence de tout clivage. Les impasses, dans la clinique psychosomatique, sont des situations fermées dans lesquelles, chaque fois que l'on croit trouver une issue, celle-ci s'avère illusoire, de telle sorte que l'on est constamment ramené à la même fermeture, qui n'est donc pas due simplement à l'incapacité de la personne à trouver une issue ; en fait, dans cette situation, la fermeture a pour origine l'impasse elle-même, toute issue étant exclue par la structure logique même de l'impasse.

Le travail thérapeutique conçu comme relationnel permet l'analyse des impasses du sujet engagé dans des processus pathologiques, ouvrant par là même les voies de leur dissolution.

Des situations cliniques seront étudiées pour illustrer la pertinence de cette pensée.

feuilles détachables**Éthique et Psychiatrie**

Samedi 24 juin 2017 à Paris

21, rue du Terrage – 75010 Paris

L'éthique qui a déjà passionné les participants à la session qui s'est tenue à Lyon en juin 2016, avec deux sessions plus courtes à Grenoble dans le cadre de nos Journées d'octobre. Vous trouverez dans le présent BIPP un compte rendu de la session de Lyon.

L'éthique est enseignée aux étudiants en médecine depuis 1995. Pourtant cet enseignement ne va pas de soi si l'on se souvient combien Socrate et Platon doutaient que l'éthique pût se transmettre comme un savoir intellectuel. Les médecins sont très souvent seuls face à des cas cliniques de plus en plus complexes, sur fond d'une société en constante évolution, et qui en appelle de plus en plus aux valeurs, au droit et à la responsabilité. Autant de raisons d'articuler l'universel au particulier, autant de raisons de suspendre notre jugement, autant de raisons de faire preuve de créativité et, de fait, de définir, de cerner, sans vraiment nous en rendre compte, une trajectoire éthique qui n'a rien à voir avec l'application rigide des règles ou des stricts principes déontologiques. Nous faisons de l'éthique sans le savoir, et restons friands de débats entre conscience et inconscience, droit et devoir, vice et vertu, responsabilité ou irresponsabilité, sans toutefois avoir les repères ou les concepts qui pourraient nous faciliter une démarche proprement éthique dans la relation au patient et avec les autres professionnels de santé.

L'éthique ne se confond pas avec la seule morale, elle relève de l'expérience, d'une dynamique, d'une réflexion autour du bien ou du mal, de la loi et du désir, de la mort, de la vie et de l'idéal ; mais aussi d'une affectivité propre et de sentiments comme le respect, la responsabilité, la culpabilité ou la honte. Il n'y a pas de pratique qui soit « éthiquement neutre », aucune réflexion éthique ne vaut, par ailleurs, sans un ancrage sérieux dans la pratique.

Au terme de ces analyses, nous pourrions ainsi mieux tisser les liens entre l'éthique et la thérapeutique, en nous rappelant d'ores et déjà que pour les anciens la philosophie était une thérapeutique. Mais justement, comment la psychiatrie vient-elle aujourd'hui réinterroger cet aspect de la philosophie, si soucieuse de l'universel, par le biais même de la dimension du soin au singulier ? Comment la psychiatrie peut-elle rappeler la philosophie à l'activité si riche du discernement, en saisissant ce qui paraît pertinent dans telle ou telle situation sans le déduire d'un universel ni le promouvoir comme à réitérer systématiquement ? Là n'est-elle pas la véritable « sagesse pratique » visée par l'éthique ?

* * *

Approche psychodynamique de l'addictologie

Samedi 11 mars 2017 à Paris

21, rue du Terrage – 75010 Paris

Soins et traitements proposés aux personnes alcoolodépendantes connaissent depuis maintenant plusieurs années de grandes modifications. Les causes de cette évolution sont de trois types : le recours à de nouvelles molécules actives sur l'appétence à l'alcool (baclofène, nalmefène...) ; l'influence grandissante des personnes « addictées » elles-mêmes et de groupements qu'elles forment (associations, groupes de parole, patients-experts...) dans l'organisation des soins et les prises de décision ; la diffusion des connaissances et la diversification des tissus relationnels, avec un recours toujours plus grand aux médias numérisés (Internet, messageries diverses...). La conduite des soins en pratique psychiatrique ambulatoire libérale s'en trouve par conséquent modifiée, avec le développement de nouvelles stratégies de traitement ne faisant plus systématiquement appel à l'abstinence complète et définitive. Le recours aux médicaments modificateurs de l'appétence à l'alcool (indications, posologies, effets indésirables) récemment apparus sera étudié. Il est par ailleurs crucial pour les praticiens privés, même expérimentés, de s'informer et se former à ces évolutions, en s'intéressant aux objets psychiques et phénomènes spécifiquement impliqués dans la vie des personnes « addictées », tels qu'ils apparaissent en termes de représentations médicales et psychologiques. Il s'agira donc, au cours de la formation, de réfléchir à différents concepts : dépendance et aliénation, mémoire traumatique, pouvoir, vérité, ignorance, ambivalence, modification de l'état de conscience, jouissance, honte, peur de soi-même et des autres, espoir, nécessité de soins pluridisciplinaires, enjeux politiques liés aux addictions...

XLVI^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

28 au 30 septembre 2017 – Lille

Les prochaines Journées Nationales de l'AFPEP se tiendront les 28, 29, et 30 Septembre 2017 à Lille, et comme à l'habitude, après « La Grande Soirée » du samedi, une réunion syndicale le dimanche matin, 1^{er} octobre. Le titre et le contenu ne sont pas encore précis et définis, mais le thème retenu tournera autour du concept opérant du chaos :

Le chaos qui renvoie à la question des origines, de la genèse et de la création.

Mais aussi l'apparition de la notion de chaos en sciences physiques. Depuis les années 60 l'exploration de la notion de chaos a fait son apparition dans de nombreuses sciences : la météorologie, la physique, la topologie, la chimie, la biologie, la médecine, la psychiatrie et l'économie. Le désordre est une loi naturelle. La stabilité de l'irrégularité devient une réalité à codifier. (James Gleick). Sous son désordre apparent se cache un ordre mais il est impossible de prévoir son comportement à long terme. Les sciences classiques confondent le chaos et l'instabilité, mais un système chaotique présente une structure stable si son caractère désordonné se maintient en dépit des perturbations exogènes.

Qu'avons-nous éventuellement à en dire, nous psychiatres ?

Quelles résonances le chaos peut-il trouver avec notre pratique ?

- au niveau clinique :

- L'hystérie dont les symptômes se présentent sous une apparence chaotique (paralysies qui ne correspondent à aucun territoire neurologique, diverses autres atteintes somatiques cécité, surdité...), biographie où les repères temporels sont chamboulés, en apparence incohérents. Et pourtant à l'écoute de ces patients, le chaos n'est qu'apparent et on peut lui donner un sens. Ramener l'hystérie sur le devant de la scène dans un temps où elle a disparu du DSM, où son emploi péjoratif dans les discours vulgaires empêche d'en parler sereinement est un défi à relancer.
- Le délire, lui aussi en apparence déstructuré, est-il à entendre comme une survie psychique, ou est-il à abraser avec un traitement afin de remettre de l'ordre dans la psyché ?

- Au niveau de la praxis :

- Comment les différents protocoles peuvent enfermer dans un schéma d'applications où la création n'aurait plus de place.
- La gestion des risques qui laissent penser que tout serait prédictible.

- Les questions autour de l'adolescence avec le bouleversement pubertaire et le chaos pulsionnel.

- La genèse et l'apparition de la vie : chez le bébé, le « chaos » sensoriel mis en sens par la psyché de la mère et créatrice de sens.

Qu'avons-nous à dire en tant que citoyen, du chaos où semblerait se trouver le monde aujourd'hui ?

Le Conseil Scientifique se réunit régulièrement, actif et en débat, pour vous préparer des Journées Nationales à l'image des précédentes : souvenez-vous de l'acuité de celles de Montpellier sur le Risque, et cette année encore, sur le Numérique.

Si le chaos ne parle pas encore à certains d'entre nous, il est sûr que « concocté aux petits oignons » comme nous allons le faire, ce thème sera en adéquation avec les préoccupations concrètes que nous avons dans nos cabinets comme dans nos vies.

Cette année, nous allons aussi changer un peu la forme de nos Journées afin de les rendre plus conformes à l'attente de tous, notamment en matière de dialogue avec les intervenants, tant en plénières que dans des rencontres en petits groupes post-plénières où celles et ceux qui hésitent ou n'ont pas l'opportunité de poser des questions en plénière, puissent le faire en toute tranquillité et avec du temps disponible auprès des auteurs et intervenants.

Bref, sans plus en dévoiler, nous vous attendons avec enthousiasme dans cette belle ville de Lille, où la population, accueillante, aime faire la fête !

Les organisateurs : Catherine Goudemand, Agnès Rocher et Thierry Delcourt.

AFPEP – Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

21 rue du Terrage – 75010 – Paris. Tél. : 01 43 46 25 55

Courriel : info@afpep-snpp.org – site Internet : www.afpep-snpp.org

feuilles détachables

Autres actions régionales et nationales

Paris

Depuis plusieurs années un groupe de réflexion sur la clinique se réunit à Paris tous les troisièmes mardis du mois. Dans un climat de grande confiance et de respect, nous pouvons nous risquer ensemble à explorer ce qui, dans nos pratiques quotidiennes, nous met en difficulté, nous plonge dans l'embarras, nous oblige, au-delà de nos options théoriques singulières, à nous confronter aux questionnements éthiques les plus profonds. Cette année encore nous poursuivrons cette mise en commun.

Ce groupe reste ouvert et vous pouvez nous rejoindre. Les réunions se tiennent dans notre nouveau local, 21, rue du Terrage – Paris 10^{ème}.

Pour plus de renseignements contactez : Françoise Labes 06 89 88 32 49 ou Olivier Brunschwig 06 08 03 34 66.

Toulon

François Oury met en place un atelier de recherche sur le thème : « Périls actuels sur la morphogenèse du temps humain. Issues ? ». Un atelier a nécessairement une fonction collective--collecte de manières de voir et de savoir-faire et doit s'inscrire dans la durée.

Malgré le titre un peu abstrait il s'agira de rester au plus près de la clinique. Vous trouverez prochainement le compte-rendu de la contribution de F. Oury au congrès de Grenoble sur le site « hapax kairos ».

Renseignements, Inscription : foury3@wanadoo.fr

International

ALFAPSY

L'Alternative Fédérative des Associations de PSYchiatrie, ALFAPSY, née de l'AFPEP, est reconnue depuis sa fondation officielle en 2003 comme seule fédération internationale francophone de psychiatrie centrée sur la pratique privée. Elle est actuellement présidée par le Sofiane Zribi, de Tunis, grand ami de l'AFPEP.

En regroupant au sein de son Comité International des représentations nationales de Belgique, de France, du Maroc, du Sénégal, de Suisse et de Tunisie ainsi que des Personnes Morales Affiliées venues d'autres pays et des Personnes Physiques à parties égales, ALFAPSY devient un partenaire institutionnel remarqué. De plus, l'attention est particulièrement attirée par la multiplicité de ses manifestations scientifiques, « Rencontres Francopsies », Colloques InterPsy », « Rencontres CitéPsy », tout comme ses nombreuses participations au format Atelier, Symposium à l'occasion de congrès mondiaux.

ALFAPSY, rappelons-le, mène une action de fond sans relâche du côté de la transmission et de la défense des valeurs de la psychiatrie de pratique relationnelle et psychodynamique, publique et privée, institutionnelle et libérale. Dans le contexte globalisé que l'on connaît, de dilution de la psychiatrie dans la santé mentale, ces critères distinctifs rangent clairement notre fédération parmi les formations réputées résistantes aux forces du système en place, soit parmi celles qui préfèrent placer la lettre avant le chiffre.

L'illustration de cette trajectoire libre et engagée est donnée par la récente « 2^{ème} Rencontre CitéPsy » entre ALFAPSY, la German Academy for Psychoanalysis et la Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige, les 16-17 juin 2016 à Munich, en présence de la Section Psychoanalyse en Psychiatrie de la WPA. Primitivement formés à l'ICPCM (International College for Person-Centered Medicine) d'abord par Antoine Besse puis par Hervé Granier lors des Congrès de Genève, les liens avec nos collègues Allemands se sont renforcés au cours de la Rencontre de Munich. Ils seront encore étendus, par suite de ce partenariat, grâce à l'importante participation d'ALFAPSY au 18^{ème} Congrès Mondial de la WADP (Association Mondiale de Psychiatrie Psychodynamique) : « Creative Processes in Psychotherapy and Psychiatry », Florence 19-22 avril 2017.

En perspective, un partenariat riche de sens !

Sans développer les autres liens et formations en cours ou à venir, restons centrés sur un futur proche, le 4^{ème} Colloque InterPsy, « Folie privée, folie publique », à Rio de Janeiro 10-12 novembre 2016. Autour d'ALFAPSY et de ses représentations francophones, cette manifestation rassemblera de prestigieuses institutions brésiliennes telles que le Corpo Freudiano, l'Institut Philippe Pinel et l'Institut de Psychologie de l'UFRJ.

Faisant suite au 3^{ème} Colloque InterPsy qui avait eu lieu à New York en septembre 2014, on peut raisonnablement être assuré du succès de celui-ci. L'enthousiasme de nos collègues brésiliens à nous accueillir pour travailler ensemble sur la thématique choisie – priorité à une clinique de l'écoute face à une emprise de la gestion – témoignent bien de la nécessité de rassembler nos forces sur tous les continents.

Paul Lacaze

Pour tous renseignements concernant les statuts, les engagements, les travaux et les manifestations d'ALFAPSY, consulter le site www.alfapsy.net

feuilles détachables

6. Avez-vous déjà participé à des travaux de recherche concernant votre propre activité libérale ?

6.1. Non, jamais

6.2. Oui, sous forme de groupe de travail informel ou de séminaire à thème

6.3. Autre :

7. Avez-vous la pratique de la rédaction d'articles ou de livres en rapport avec votre activité libérale ?

7.1. Articles publiés dans des revues non oui

7.2. Articles à usage privé ou local non oui

7.3. Livres non oui

7.4. Autre :

Seriez-vous prêt à participer à une formation sur la menée d'une recherche qualitative, organisée par l'AFPEP ?

non oui

8. Seriez-vous prêt à participer à une recherche qualitative sur un sujet comme celui décrit ci-dessous ?

8.1. « quelles sont les craintes du psychiatre libéral pour sa pratique devant l'engagement dans un travail de recherche clinique scientifiquement structuré ? »

non oui

8.2. « quels sont les déterminants de la conduite du psychiatre d'exercice privé confronté à une situation clinique singulière et difficile à résoudre »

non oui

8.3. « quels sont les déterminants de la décision de prescription d'antidépresseurs par un praticien psychiatre de formation psychanalytique ? »

non oui

★ ★ ★

Afin de pouvoir vous contacter et de vous informer de l'avancement de ce projet de recherche de l'AFPEP, merci de bien vouloir nous indiquer vos coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Adresse mail :

Médecine du travail

De cette liste fastidieuse, mais aussi des principes des règles du secret médical, il ressort clairement que, contrairement au médecin conseil, le médecin du travail ne fait pas partie des professionnels avec lesquels le médecin traitant est habilité à communiquer sur l'état de son patient. Le médecin du travail peut par exemple être le destinataire d'un certificat Cerfa d'arrêt de travail, mais son circuit de provenance implique qu'il le reçoive de l'employeur, qui est destinataire de la copie qui ne contient pas l'encart des « *éléments d'ordre médical* ». Le médecin du travail, qui détermine l'aptitude des employés, et dans sa mission de prévention des risques en fonction des postes de travail (dont il a officiellement connaissance) est soumis à un lien de subordination à l'employeur, et sa mission n'est pas entièrement indépendante des intérêts de l'entreprise. Ainsi le salarié n'est pas tenu de lui révéler les éléments de sa vie privée en vue de l'aptitude ou d'une visite de routine.

Il ressort du témoignage de nombreux collègues qu'un dialogue entre médecin du travail et médecin traitant puisse avoir lieu, dans l'intérêt du patient. Cette situation peut paraître souhaitable, mais elle n'est pas celle qui est prévue par les règlements. En outre, l'interprétation par le médecin du travail peut très bien ne pas aller dans le sens de l'intérêt du salarié. Autrement dit, lorsque le médecin traitant est sollicité par le médecin du travail car celui-ci cherche à se couvrir auprès de sa hiérarchie, en demandant un écrit au médecin traitant pour prendre une décision qui irait dans le sens du salarié, cette situation correspondrait à un chantage. Il n'y aurait alors aucune garantie pour le salarié, et les patients courraient le risque que les informations sur leur vie privée soient exploitées contrairement à leurs intérêts. Dans ce cas, c'est le médecin traitant qui serait tenu civilement et pénalement responsable d'un dommage subi par le patient suite à cet échange, pour infraction au secret médical et atteinte à sa vie privée en dehors des règles déontologiques.

En forme de recours, on reconnaît aux salariés : le droit de demander communication des éléments communicables (dits « objectifs ») de leur dossier de médecine du travail au médecin de leur choix; et le droit de s'opposer à la transmission des éléments

communicables à un nouveau médecin du travail successeur. Les éléments communicables comportent : les examens successifs, les comptes-rendus d'examens complémentaires, les comptes-rendus du médecin du travail, la fiche de poste, les conseils de prévention et les avis d'aptitude; un éventuel courrier du médecin traitant n'en fait pas partie. Les éléments non communicables du dossier de médecine du travail (sans relation avec l'activité de prévention, informations recueillies auprès de tiers, notes personnelles) non prévus dans la composition du dossier officiel ne sont pas transmissibles mais peuvent être conservés par le médecin du travail.

Synthèse scolaire (pédopsychiatrie)

Ainsi, il est donc interdit que le médecin, assistant à une réunion scolaire, dévoile des détails de la vie familiale ou du dossier médical de l'enfant suivi en pédopsychiatrie (par exemple son diagnostic), même en présence des parents, qui ne peuvent le délier de son obligation de secret. Le praticien doit se limiter à expliquer quel peut être le rôle des soins médico-psychologiques mis à disposition de l'enfant (protégés par le secret médical), ou bien que des certificats médicaux (adressés à la MDPH par exemple) peuvent accompagner un aménagement scolaire souhaité par les parents.

Médecin expert

Rappelons que le médecin expert n'est pas un médecin traitant et, agissant pour une mission d'expertise bien précise, il est tenu de communiquer des informations médicales au magistrat qui l'a diligenté. Le secret médical ne s'applique pas à la mission en question.

Nous pouvons par conséquent inviter les collègues à observer la plus grande prudence dans la communication d'informations aux tiers (médecins non impliqués dans la prise en charge, mais aussi autres corps de métier), et ce, pour des raisons réglementaires, légales, déontologiques, et éthiques: protéger la vie privée de nos patients.

Jérémie Sinzelle

Dossier pédopsychiatrie

Histoire des psychoses de l'enfant

Les troubles psychiques graves des enfants ont, dernièrement, été désignés par une classe de maladies spécifiques appelée Troubles Envahissants du Développement (DSM-4) ou Troubles du Spectre Autistique (DSM-5). La pédopsychiatrie n'est cependant pas complètement envahie par ces spectres aux contours flous, et, en pratique, la principale préoccupation en pédopsychiatrie n'est pas le diagnostic, mais bien le traitement qui aide l'enfant à grandir. Par ailleurs, la Classification Française des Troubles Mentaux (CFTMEA-r2012 pour l'enfant, coordonnée par Misès) propose un diagnostic plus souple, et rappelle la possibilité d'une évolution favorable par le développement des défenses psychiques.

Rappelons tout d'abord que l'autisme, avec l'ambivalence, désignait en 1911 des symptômes secondaires dans la schizophrénie de l'adulte selon Eugen Bleuler, qui ne les avait pas appliqués à l'enfant. Étudions comment s'est construite la psychose de l'enfant dans la psychiatrie moderne, avant qu'elle soit désignée par le terme d'autisme (Kanner 1943, Asperger 1944).

Ceci revient à étudier le concept de démence précocissime, développé de 1905 à 1925 par l'italien Sante De Sanctis, alors qu'Emil Kraepelin établissait la classification des maladies mentales de l'adulte de 1883 à 1915.

Formé au sein du courant d'éducation thérapeutique pour déficients initié par Edouard Seguin à Bicêtre (avant son exil à New York, car ce proche d'Itard n'était initialement pas médecin, mais un simple instituteur, ce qui lui valut des poursuites judiciaires), Sante De Sanctis (1862-1935), un des premiers soutiens de la psychanalyse, s'intéressa de près aux biographies des patients et découvrit que certains des enfants réputés déficients étaient d'autant plus facilement éducatibles qu'ils avaient présenté au cours de leur prime enfance une démentification mentale (*Verblödung*). Il se rendit compte qu'ils présentaient un développement normal de leurs facultés mentales avant d'être frappés, entre 3 et 10 ans environ, par un processus déstructurant leur personnalité. Ils développaient à l'image des adultes frappés de démence précoce (ancien nom de la schizophrénie), des convictions incohérentes, un délire, des idées de grandeur, et une symptomatologie psychotique avec écholalie, maniérisme, verbigérations

et stéréotypies qu'il rassemble sous le nom de démence précocissime. Il ne s'agissait donc pas que de schizophrénies greffées sur terrain déficient. Il en fit état une première fois lors du Cinquième Congrès International de Psychologie qu'il organisa à Rome en 1905, et précisa sa pensée par un article en 1906, abondamment cité par la suite. Ces jeunes patients étaient passés inaperçus aux yeux des médecins, mais présentaient un meilleur pronostic s'ils bénéficiaient de soins adaptés: en dehors d'une symptomatologie psychotique, leur développement était ensuite conforme à leur âge, sans retard; ils pouvaient acquérir la lecture, l'écriture et travailler. Sante De Sanctis décrivit des cas cliniques typiques et douteux afin d'établir sa nouvelle entité, ainsi que ses délimitations.

La même année, un de ses élèves, Costantini, en enrichit les observations et remarqua l'indifférence affective, l'apathie et l'impulsivité des enfants présentant ce tableau de démence précocissime, alors qu'ils présentaient par ailleurs un patrimoine idéatif normal, une bonne capacité de fixation, mais des troubles de l'attention, ainsi que «*des signes évidents d'obstacle majeur en général*».

De Sanctis défendit également en 1908 une forme infantile de catatonie, alors qu'à l'époque, l'on pensait qu'elle ne pouvait survenir qu'après le processus pubertaire. Il précisa son point de vue dans plusieurs articles critiques, et insista également sur la possibilité d'un pronostic favorable si les enfants sont pris en charge dans une structure organisée, comme son «*Asile-École Villa Amalia*», un internat médicalisé avec scolarisation adaptée.

Médecin chef à Nancy-Maréville, Edmond Aubry publia un article en 1910 où il exposait pour la première fois un enfant présentant une forme hallucinatoire entre 7 et 11 ans. Ses hypothèses étiologiques oscillaient entre l'existence avérée d'une démence précocissime pré-pubertaire, ou bien celle d'une étiologie infectieuse. Malgré ses références à Freud, son sens clinique et ses descriptions extensives, cette hypothèse sera également avancée par Pérel Hollaender, dans sa thèse de médecine sur la démence précoce infantile en 1911, sans doute sous la pression de son jury genevois. Elle conclut à l'existence d'une entité clinique de démence précoce infantile, favorisée par un éthylisme parental, pauci-délirante, d'évolution défavorable,

probablement d'étiologie tuberculeuse. En effet, à l'époque, les épidémies syphilitique et tuberculeuse sont si pourvoyeuses de décès qu'elles l'emportent en cas de doute étiologique. La thèse de Hollaender est le document le plus abouti sur ce sujet en langue française.

De Sanctis utilisa le nouveau nom proposé par Giovanni Tarozzi en 1923 pour désigner son entité clinique : la démence précocissime devint la schizophrénie infantile dans son grand Manuel de Neuropsychiatrie infantile en 1925. Il y développa sa pensée selon un abord philosophique, afin d'expliciter la notion d'analogie qu'il envisageait entre schizophrénie de l'adulte et schizophrénie infantile. Il y expose notamment un dernier cas clinique, celui d'un enfant de treize ans, vivant près d'un cimetière et obnubilé par la mort, qu'il considérait comme une forme paranoïde.

Par la suite, c'est à Strasbourg en 1927 que Jost présenta deux cas cliniques de démence précocissime, consécutives selon lui à une auto-intoxication cérébrale, et présentant tous deux un « *phénomène de l'autisme* ». Ces cas inspireront peu après sa thèse, en 1933, Jacques Lacan, qui publia un cas clinique d'un jeune garçon ayant présenté, dans un contexte de conflits familiaux, un délire inaugural interprétatif et des hallucinations avant d'évoluer vers un déficit avec mutisme. Après avoir éliminé une confusion, une hystérie et une encéphalite, c'est le diagnostic de démence précocissime qui est retenu. A noter que Lacan a choisi dans cet article de ne pas reprendre le terme d'autisme présent chez Jost.

Les dernières années de Sante De Sanctis lui seront pénibles, notamment lors du déménagement forcé de la Faculté de Psychologie en dehors des murs de la faculté de médecine. Politiquement opposé au régime fasciste, de même que et de par ses origines, il signifia fermement, lors des Congrès internationaux, son opposition aux politiques de stérilisation prônées par

les Allemands partisans de l'eugénisme nazi dès 1933. Il écrivit une courte autobiographie pour le journal américain de la Clarke University en 1935 et décéda la même année. Son fils Carlo lui avait déjà succédé en pédopsychiatrie, et Mario Ponzio (inventeur de l'illusion appelée effet Ponzio) prit sa suite à la faculté de Psychologie.

Lui-même élève de Cesare Lombroso (avec lequel il eut des divergences dont Philippe Chaslin fut témoin), de l'anthropologue Giuseppe Sergi, et des neuropsychiatres Ezio Sciamanna et Augusto Tamburini, Sante De Sanctis publia de nombreux articles dans les revues médicales de son pays mais aussi en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, ainsi qu'en Belgique et aux États-Unis. Il obtint une reconnaissance très solide de toute la communauté psychiatrique internationale, ce qui contribua indirectement au succès mondial de son élève en pédopsychiatrie Maria Montessori (première femme médecin en Italie). Un peu oublié aujourd'hui, si ce n'est par la sonorité très particulière de son nom, Sante De Sanctis fut cependant systématiquement cité par Kanner et Asperger comme leur principal inspirateur dans leurs publications sur l'autisme, de 1943 jusqu'à la fin de leurs carrières dans les années 1970.

Les textes de Sante De Sanctis sur la démence précocissime complètent le chaînon manquant entre les notions de démence précoce de l'adulte et celui d'autisme infantile, et le situent comme le premier descripteur, ou plutôt comme le père des psychoses de l'enfant.

Jérémie Sinzelle

Compte-rendu des 4^{èmes} Assises Nationales du Médico-social, 23 et 24 juin 2016, « Les liaisons interinstitutionnelles ont-elles un avenir ? »

Les Assises Nationales du Médico-social se sont tenues à Paris, jeudi 23 et vendredi 24 juin. Françoise Coret et Françoise Duplex y ont été présentes successivement, au nom de l'AFPEP – SNPP, au titre de secrétaires nationales du médico-social et de la pédopsychiatrie. Nous avons pu avoir des contacts intéressants et donner un exemplaire de notre BIPP aux collègues psychiatres.

Ces assises étaient placées sous le haut patronage du Président de la République et la question de l'autisme y a été très présente. Avec Pierre Delion qui clôtura les travaux, les interventions avançaient la nécessité de soins essentiellement humains, à la différence du tout-comportemental soutenu par le ministère de la Santé.

Notons que le dossier des assises était dans une pochette entièrement imprimée – sans autre mention – au nom de la compagnie d'assurance « Intégrance ». La privatisation du soin est bien en marche !

Le jeudi 23 juin, l'anthropologue Thierry Goguel d'Allondans a évoqué les difficultés des adolescents qui passent du monde subi de l'enfance au monde choisi de l'adulte à travers le monde révélé de la puberté. D'après lui, les décrocheurs scolaires n'auraient pas de souffrances psychiques. Il regrette que les évaluations ne soient pas aussi développées qu'au Québec.

Jacques Sarfaty regrette les débats sur l'autisme qui ne sont d'après lui que des rapports de force où les statistiques font varier les chiffres dans un rapport de 1 à 40 en ne prenant pas suffisamment en compte les chiffres donnés par les universitaires. Et Marc Devys souligne l'intérêt des prises en charge conjointes IME/Hôpital de jour, en déplorant les conséquences enfermements - « *désenfermements* ».

Quant à la psychologue Chantal Lheureux-Davidse elle a, de façon très intéressante, souligné la valeur de la sexualité à tous les âges de la vie des personnes « avec autisme ».

L'après-midi, Patrick Sadoun, président d'une association de parents d'autistes a montré l'intérêt de la reconnaissance de la souffrance humaine aussi bien des malades que de leur famille.

Quant à Michel Laforcade, Directeur de l'ARS d'Aquitaine, il a réussi le tour de force d'arriver si en retard qu'on a pu croire qu'il ne viendrait pas. Il a bien entendu été péremptoire sur le fait qu'il n'y a de soins que dans les institutions d'État et il était si pressé de repartir qu'il n'avait pas de place pour les questions de

la salle : j'ai cependant réussi à lui demander quelle était la place des psychiatres libéraux. Sa brève réponse n'avait aucun contenu.

José Puig nous a parlé de l'inclusion et de la scolarité des enfants en situation de handicap, pour souligner l'intérêt pour les enfants handicapés de suivre une scolarité normale à condition que chacune de leur problématique particulière soit prise en compte par des enseignants vraiment formés. Il importe aussi qu'ils soient capables de veiller à la place de chaque enfant dans le groupe de la classe et permettre aux parents d'intégrer le travail fait avec leurs enfants.

Enfin, Arnold Munnich a ouvert les questions génétiques, en ne les opposant pas aux questions psychopathologiques mais au contraire en soulignant la nécessité de leur « complète intrication ».

Françoise Coret

La matinée du vendredi proposait 4 ateliers :

- L'inclusion et ses questions.
- Vie sexuelle et rencontre amoureuse chez les adolescents et adultes porteurs de handicap.
- Échanges entre parents et professionnels sur la notion de liens entre institutions.
- Passages et Passerelles aux différents âges de la vie, regards croisés.

Dans le quatrième atelier, des vidéos servirent de support de discussions et d'échanges avec le public. Il s'agissait d'innovations interinstitutionnelles illustrées par trois courts-métrages. Tel, un partage d'expériences entre enfants d'un Centre Aéré et des handicapés mentaux adultes. Telle, une activité exceptionnelle de karting, où les jeunes handicapés entretiennent le circuit de kart et en échange de cette tâche, reçoivent l'autorisation d'apprendre à conduire des karts, passent des niveaux et enfin se présentent aux épreuves d'un permis de conduire officiel. L'éducatrice à l'origine du projet (elle-même motarde) est parvenue grâce à sa ténacité à la réalisation de ce projet qui est autofinancé grâce au travail des jeunes sur place (Brissac-Hérault).

Nous avons ensuite regardé un extrait du film « Autiste, une place parmi les autres » de la réalisatrice Marina Julienne, créé pour la chaîne Arte, et diffusé le 31 mars 2005 (Extrait de la séquence italienne). En Italie, 30 ans après la fermeture des hôpitaux psychiatriques tous les enfants autistes sont inclus à l'école. L'école

y est moins compétitive nous explique la journaliste, et accueille tous les enfants handicapés (autistes). Ils sont accompagnés d'une enseignante de soutien, la même personne tout au long de leur scolarité et à temps complet. En France ce sont des hommes ou des femmes formés 6 heures à la prise en charge de l'enfant autiste. Ils sont nommés Auxiliaire de Vie Scolaire, ou AVS et accompagnent ces enfants pour un maximum de 12 heures par semaine rarement plus, souvent moins. La France s'était promise de suivre un programme aussi ambitieux mais n'ayant pas pu tenir ses promesses, ne se donnant pas ces moyens là, s'est vue condamner à deux reprises par le Conseil de l'Europe en 2004 et après que la loi de 2005 fut votée. Loi qui instaurait l'inclusion de tous les autistes à l'école.

Le début de l'après midi a de nouveau laissé la place à 4 ateliers :

- L'accès au soin psychique « des handicapés psychiques »
- ITEP une plateforme pour l'inclusion : un dispositif modèle pour le médico-social ?
- L'art comme passeport inclusif ?
- Comment construire des projets de dépistage précoce et de soutien aux enfants et jeunes adultes à domicile en s'appuyant sur un réseau partenaire ? L'équipe mobile de PREAUT et CAMSP de Fontainebleau.

Ce dernier atelier répondait plus à ma pratique de psychiatre en C.M.P.P, SESSAD.

Dans le cadre de la prise en charge des personnes atteintes du trouble du spectre autistique et trouble envahissant du développement, pour répondre au nombre insuffisant de structures de soins accueillantes, ou pour y répondre avec des moyens préconisés par la HAS (cf. article du précédent BIPP, mai 2016) hors champ psychanalytique, des associations poussent comme des champignons, dont les financements sont privés – les parents financent avec leurs propres deniers, aidés par des allocations MDPH (Maison Départementale de Handicap), hors AEH (allocation enfant handicapé). Ces structures fonctionnent quasiment sur le mode du bénévolat. Avec peu ou pas d'accompagnement médical-psychiatrique, beaucoup de stagiaires, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues rémunérés peu voire pas... Certaines de ces innovations ne tiennent pas dans le temps, et faute de moyens cessent d'exister.

L'une d'elles, l'association « PREAUT », semble tenir la route. Elle a été présentée par G. Crespin, psychanalyste, au moyen de posters dont voici deux exemples, supports de l'intervention :

« Le dispositif expérimental du Val-D'oise a été mis en place en octobre 2013 pour 3 ans à la demande du conseil général du Val d'Oise, en collaboration avec

la MDPH afin d'offrir 15 places à des enfants et des adolescents de 7 à 14 ans, souffrant de TED/TSA en rupture de soins dans le département du Val d'Oise. Leur dispositif est composé d'une équipe mobile se déplaçant à domicile qui a établi des partenariats avec des institutions existantes APAJH 95/CMPP d'Argenteuil et l'inter-secteur de Pontoise.*

Le RADAP est le Réseau d'Accompagnement autour du Diagnostic d'Autisme Précoce pour les 0-3 ans, dont le projet est évalué par l'équipe de recherche de l'hôpital Necker par des neuro-pédiatres de la consultation autisme ».

L'expérience que mène PREAUT, qui s'est félicitée d'obtenir des résultats encourageants auprès des enfants, témoigne du sérieux du travail mené par leur équipe pluridisciplinaire et permet de penser que cette équipe ne travaille pas de façon dogmatique, en privilégiant le tout comportementaliste. Toutefois leur plaquette annonce le respect des recommandations HAS, on sait lesquelles (2012) ! D'autre part on peut s'interroger sur les moyens mis à disposition par la MDPH et le Conseil Général 95 alors que l'inter-secteur de Pontoise, dont la section des tout-petits, manque cruellement de thérapeutes.

On peut s'interroger aussi sur le fleurissement de structures privées telles que présentées ci-dessus, alors que tout un réseau de soins, (sanitaire et médico-social) est déjà en place et ne peut fonctionner correctement faute de moyens.*

Quels soucis alors de la part de nos gouvernants ? Souci économique, dans le but de réduire des budgets ? Affaiblir les équipes en place qui souhaitent travailler en autonomie et loin des exigences à la mode ? S'agit-il de faire prévaloir la pensée neurologique ?

Le professeur Pierre Delion conclut ces journées et encouragea le travail des équipes présentes. ** Je le cite : *« Je pense qu'il ne faut pas négliger le fait que ce qui se passe actuellement vis-à-vis de l'autisme est purement et simplement un abandon, une lâcheté intellectuelle de la part des politiques, et qu'il faudrait pouvoir leur dire que si on ne continue pas à réfléchir sur une nécessaire ouverture des hypothèses de travail incluant la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle, mais que le débat se laisse contaminer par une orthodoxie et un fondamentalisme de la pensée, c'est la démocratie même qui est menacée. Alors il ne sera même plus question de parler de psychothérapie ».* Référence faite aux dernières mesures d'interdire le packing par Ségolène Neuville, Secrétaire d'État à la Santé et aux recommandations de l'HAS soutenue par la Ministre de la Santé Marisol Touraine en matière de prise en charge de l'autisme.

Françoise Duplex

Notes :

* *Le Vexin, région du Nord-ouest de la France, parc naturel régional, est particulièrement fragilisé sur le plan de la santé mentale des enfants et adolescents du fait de très mauvaises conditions socio-économiques. Cette région n'a plus qu'une seule structure de soins psychiques, le CMPP* de St Ouen l'Aumône. Le CMP de l'inter-secteur de Pontoise l'a déserté.*

** *J'ai choisi pour respecter la pensée de Pierre Delion de transmettre l'extrait d'un de ses articles, écrit sur ce sujet, car ses propos sont du même ordre que ceux tenus en conclusion de cette journée.*

AFPEP – SNPP : *Syndicat National des Psychiatres Privés.*

ARS : *Agence Régionale de Santé.*

BIPP : *Bulletin d'Information des Psychiatres Privés.*

CMPP : *Centre Médico-Psycho-Pédagogique.*

CMP : *Centre Médico-Psychologique.*

CAMSP : *Centre d'Action Médico-Social Précoce.*

DELION Pierre : *in « Autisme, psychanalyse et psychothérapie individuelle », p. 134, « Figure de la psychanalyse », Logos Ananké, Érès, n° 3; Pr. à la Faculté de Lille2, chef du service de pédopsychiatrie du CHRU de Lille. Psychanalyste.*

HAS : *Haute Autorité de Santé.*

ITEP : *Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique.*

Marisol TOURAINE : *Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.*

SESSAD : *Service Educatif de Soins à Domicile.*

Ségolène NEUVILLE : *Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.*

TED : *Trouble Envahissant du Développement.*

TSA : *Trouble du Spectre Autistique.*

Communiqué de la FFP

Communiqué de presse de la F.F.P., du C.N.U. de pédopsychiatrie et du C.N.Q.S.P. du 12 mai 2016

AUTISME : L'HEURE EST À LA MOBILISATION CHEZ LES PSYCHIATRES

La prise en charge de l'autisme en France a toujours manqué de moyens quels que soient les âges des personnes concernées. La psychiatrie, dans le système de santé et de protection sociale français a, depuis des décennies, assuré deux fonctions. D'une part, elle réalise et accompagne des prises en charges actives, désaliénantes, basées sur les acquisitions scientifiques pertinentes et successives. D'autre part, elle est un recours et un accueil ultime, par défaut, quand les carences de places ou le rejet social aggravent le sort, la dépendance et les co-morbidités des personnes autistes, notamment les plus dépourvues de moyens. On doit à la vigoureuse action des associations de parents d'avoir obtenu que l'autisme devienne une priorité de santé publique en 1995. Depuis, les plans autisme successifs ont, année après année, avec leurs différents axes, amélioré la visibilité des problèmes en cours (insuffisance du diagnostic et des prises en charge multipolaires précoces, ruptures de prise en charge aux âges charnières, destin asilaire de certains adultes, insuffisance de l'aide aux aidants, rejet social et rejet par l'Éducation Nationale, etc.). La redistribution des rôles dans l'accompagnement est en marche. Il est en effet heureux que toutes les disciplines concernées soient mieux représentées dans les projets que

souhaitent les familles et les professionnels pour les personnes autistes. Cet éventail va des spécialités de la médecine exploratoire, de l'éveil sensoriel et de la rééducation psychomotrice, de la sensori-motricité, à l'éducation, à la scolarisation, la psychologie, la neuropédiatrie, la psychiatrie, la pédopsychiatrie, et toutes les autres disciplines nécessaires au traitement des co-morbidités somatiques et psychiatriques, à tous les âges de la vie. Dans cet enrichissement pluridisciplinaire progressif, il est heureux qu'un consensus scientifique et international se dégage pour écarter les tentations de toute discipline isolée à exercer une suprématie sur les autres. Il est aussi heureux que le double rôle historique de la psychiatrie ait évolué. Pour les prises en charge actives et multipolaires, elle est en mesure d'aider à fédérer plusieurs disciplines parmi celles qui sont nécessaires. Pour les prises en charge par défaut, le développement du médico-social d'abord, de l'intégration et de l'inclusion sociale ensuite, tendent à diminuer le rôle de « dernier recours » sans moyens spécifiques qui fut longtemps dévolu à la psychiatrie, un rôle assimilé à tort à une captation médicale et abusive par les hôpitaux. Dans ce contexte, les professionnels de santé et singulièrement ceux de la psychiatrie ont été, dans leur diversité, acteurs, souvent moteurs, parfois conservateurs (pour les plus anciens), mais toujours concernés par l'accompagnement de l'autisme, à la fois maladie neurodéveloppementale dont l'origine est diverse, notamment dans ses causes génétiques, et handicap invalidant de gravité variable. Ils sont plusieurs dizaines de milliers, formés et

qualifiés, qui suivent depuis des années les évolutions en cours dans ce domaine. Avec leurs syndicats et leurs instances professionnelles multiples, ils contribuent à ces transformations avec le soutien discret de plusieurs dizaines de milliers de familles. Aujourd'hui, tous sont inquiets.

Avec une extrême violence polémique, certains courants hostiles au système de soins et à la protection sociale se targuent d'avoir droit de cité dans les cabinets de nos ministères. Des lobbyistes s'expriment dans les instances de la République comme s'ils étaient des sous-ministres ou leurs superviseurs. Sous prétexte de désaliénisme, des intérêts privés se sont imposés dans des domaines qui relevaient jusqu'ici du service public et de l'Université. Des organismes en conflit d'intérêt remportent des appels d'offres sans concurrence. Les Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS sont détournées de leur esprit et de leur lettre pour justifier des détournements scientifiques. Un obscurantisme pesant s'installe. Des exemples de Bonnes Pratiques dans des pays étrangers sont avancés comme modèles mais ce sont précisément les mêmes qui aujourd'hui dans ces pays sont critiquées pour leurs effets pervers, après des années d'aveuglement et de dépenses inutiles. Il faut se garder de ces emballements médiatiques qui en matière sanitaire affolent les médias, dérèglent les pratiques (dernier exemple en date : les cabinets dentaires low-cost) et déstructurent les soubassements de l'offre de soins. De plus en plus

nombreuses, des familles inquiètes s'organisent et se rassemblent dans plusieurs associations nouvelles, réclamant de la démocratie et de la transparence, mais elles sont vouées à la discrimination et à l'hostilité des fonctionnaires dans des agences et des groupes de travail de la République où règne une atmosphère de chasse aux sorcières. C'est pourquoi la FFP, le CNU de pédopsychiatrie et le CNQSP avec leurs cinquante associations scientifiques et leurs milliers de membres s'adressent au Président de la République pour qu'il mette bon ordre à des dérives antidémocratiques qui ne peuvent qu'accentuer la réprobation et la colère de ces professionnels et de ces familles. Nous sommes déterminés à faire progresser la prise en charge de l'autisme, en imposant le retour à la démocratie dans les discussions, y compris en engageant des contentieux là où cela est nécessaire et en appelant les personnels de santé et les familles à s'exprimer par tous les moyens autorisés par la loi.

Dr Maurice Bensoussan
*Président du Collège National
pour la Qualité des Soins en Psychiatrie*

Professeur David Cohen
*Président du Collège National
des Universitaires de pédo-psychiatrie*

Dr Bernard Odier
Président de la Fédération Française de Psychiatrie

Actualités cliniques de l'adolescence

Enthousiasme et souci, voilà comment je résumerai ce beau métier de Psychiatre quand il se confronte aux adolescents, à leur mal-être, à leurs exigences, à leur violence parfois, au repli dans leurs capharnaüms intimes, face à des écrans qui les absorbent, non sans danger...

Comment faire partager cet enthousiasme pour la dimension la plus créative et exigeante de notre métier, à ces psychiatres que j'entends dire « les ados, non merci, j'ai déjà les miens » ou autre refus en forme de fuite. Prétexte, probablement, car l'adolescent en soin dérange : il se conforme mal au cadre (absences ou provocation), mais surtout il faut être inventif et précis dans son approche car il peut fuir très vite dans un repli bougon ou agressif, ou un suicide ?

Comment donner le goût aux jeunes psychiatres de revenir vers la pratique privée avec les ados qui est exactement ce qu'il leur faut, taillé sur mesure pour être entendu et reconnu ?

Mais le souci est aussi au rendez-vous, et c'est une actualité douloureuse où l'adolescent peut s'engouffrer, sans toujours en mesurer le risque et la gravité, qui vient à nous. Qu'en faire ?

Les drames terroristes récents mettent en cause des ados, parfois très jeunes ; parmi eux, de plus en plus de filles, et souvent, sous la forme du « héros solitaire » : attentats plus ou moins bien orchestrés, agressions allant jusqu'au meurtre impulsif ou prémédité, violence et harcèlement à travers les réseaux sociaux, suicide mis en scène et filmé en direct...

On le sait, il suffit d'un rien pour que la vie d'un adolescent bascule : rupture sentimentale, échec dévalorisant, mal-être, identification à un héros destructeur... On sait les conséquences dévastatrices du harcèlement psychologique, y compris, de plus en plus, par le canal des réseaux sociaux et les actions violentes associées qui se banalisent, avec ou sans l'arme de diffusion massive de l'intime et de l'humiliation des

réseaux sociaux. Ces comportements induisent chez les victimes d'angoissants traumatismes qui peuvent conduire au repli social et scolaire, à des phobies, et pire, au suicide, parfois en direct (périscope) ou par YouTube.

Que faire pour contenir ce phénomène en expansion ? Comment éviter qu'un ado ne parte à la dérive ? Comment prévenir et combattre l'attraction du terrorisme ? Comment aider tous les ados, qu'ils soient agresseurs ou victimes, à enrayer un processus de souffrance dans lequel ils sont pris ? Comment extraire certains d'entre eux de leur endoctrinement quand on est parent, impuissant mais conscient de la dérive ? Comment, enfin, réparer la blessure psychique d'un traumatisme qui peut compromettre toute une vie ?

Heureusement, aujourd'hui, les adolescents en souffrance demandent de plus en plus à consulter un psy, y compris d'eux-mêmes, quand ils ne trouvent nulle part l'écoute qu'ils attendent dans leur désarroi. Dans un monde en mutation accélérée et incertaine, l'adolescent peine à trouver sa place et à construire son projet de vie. Pris dans des contradictions angoissantes, il a tendance à se réfugier dans des mondes virtuels pour préserver une illusion de satisfaction immédiate. Il a plus facilement accès à ce monde qu'à celui d'une réalité dont il n'a pas les codes d'accès. La manipulation virtuelle et l'enrôlement terroristes utilisent leur désarroi et leur quête d'identité.

Les parents ont aussi à s'adapter dans leur fonction éducative, ce qui est loin d'être simple. Faut-il négocier, sur quoi, comment, dans quelles limites ? Comment informer et assurer une protection face à l'endoctrinement et aux dérives ? Face à ces préoccupations, quelle meilleure réponse que de se parler et tenter de se comprendre. C'est par ce biais que le psychiatre aide les parents et les ados à trouver un mieux-être dans une période où la vie peut basculer brutalement.

(Extrait de « Je suis ado et j'appelle mon psy », éd. Max Milo, 2016).

« Les adolescents, dans leur amorce d'émancipation, sont les plus exposés au risque d'emprise, d'endoctrinement et de mise en danger : terrorisme, jihadisme, suicide et expériences extrêmes de tous ordres. Les tragiques attentats de Paris de 2015 et 2016 nous ont plongés dans l'horreur de cette crise aiguë dont les adolescents et jeunes adultes se retrouvent à la fois les acteurs et les victimes : les acteurs, ce sont les terroristes ; les victimes, nous les avons vues passer du sourire d'un moment de partage et de plaisir à l'effroi et la détresse d'une mort réelle, celle dont ils ne connaissaient que les images frappantes des si nombreux attentats à travers le monde. Mais ne nous y trompons pas, les acteurs, terroristes, sont aussi les objets d'une manipulation savamment orchestrée

par des fous rédempteurs en mal de toute-puissance exterminatrice. Il est facile d'exploiter le malaise et le désarroi d'un adolescent, d'alimenter sa rébellion, de creuser sa faille douloureuse, tout cela pour l'emporter dans une spirale destructrice avec la mort comme destin. Mais ne nous y trompons pas non plus, derrière les beaux visages des victimes saisies dans la force de l'âge, il n'y avait pas que sourire et insouciance ; il y avait aussi, pour certains d'entre eux, le désarroi d'un monde sans avenir, la révolte contre un système qui n'est pas porteur d'espoir, et peut-être même l'idée de tout faire sauter. Mais le rock, la convivialité, le rire, l'alcool permettaient un instant de surmonter les tensions et conflits intérieurs. La frontière entre acteurs et victimes n'est pas aussi étanche que l'on aimerait le penser. On sait que parmi les fanatiques terroristes suicidaires, des adolescents apparemment sans problème, sans confession religieuse, issus de familles aux valeurs républicaines, sont endoctrinés. Vulnérables parce qu'ils sont adolescents et qu'ils recèlent parfois en eux des souffrances bien cachées, ils s'engouffrent dans des pièges habilement tendus au travers des réseaux sociaux, par des acteurs d'autant plus prosélytes qu'intelligents, entiers, et fraîchement convertis à la cause jihadiste.

Cet endoctrinement, légitime préoccupation actuelle, est loin d'être le seul risque auquel se confrontent les adolescents, et par ricochet, leurs familles. Combien de parents disent alors leur cruelle perplexité ; ils sont inquiets et désarmés face à un adolescent qu'ils ne reconnaissent plus, ne comprennent plus et ne peuvent pas aider tant le fossé s'est creusé entre l'enfant qu'ils « géraient » plus ou moins facilement et celui qu'ils voient désormais comme un énergumène, un zombi, une petite frappe, bref, un étranger. Leur enfant est devenu bizarre ; il est, disent-ils, à l'âge bête, idée rassurante qui laisse espérer que la période de crise ne durera pas trop longtemps. Mais la crise, parfois extrême dans son expression, n'est pas que dans la tête de l'adolescent. Elle peut n'être que le reflet d'une crise profonde et insidieuse qui nous concerne tous. L'ado devient en quelque sorte le sismographe qui s'affole quand il enregistre le tremblement du monde environnant. Alors, la crise ou les crises : d'adolescence, de parentalité, de la famille, de la culture, de la société, des institutions, de la civilisation ? Ne nous égarons pas, la crise n'a pas une seule cause, a fortiori celle du prétendu « âge bête » d'un ado qui ne voudrait rien comprendre des messages éducatifs et des valeurs que ses parents lui transmettent tant bien que mal.

Cette fameuse crise, polymorphe, prend non seulement de multiples visages, mais ses diverses significations ne se laissent pas saisir aisément. Elle est notamment renforcée par la crise économique, culturelle, écologique d'une société elle-même en crise, pour ainsi dire par

définition. Il est donc impossible de résoudre les crises que manifeste un adolescent ou qui se manifestent à travers lui, rien qu'avec de l'amour, de bons conseils et l'application de modèles moraux, même si tout cela compte pour l'aider. Il est tout aussi indispensable de contextualiser la crise que manifeste un ado. D'autant que les parents eux-mêmes sont de plus en plus confrontés au chômage, aux ruptures sentimentales, à la précarité, à la nécessité de s'adapter et de se soumettre toujours plus aux nouvelles technologies intrusives, à la mise aux normes de leur existence, à des contraintes socioprofessionnelles qui mettent en danger leur équilibre psychique et physiologique. Ils sont souvent en désarroi, épuisés face à leur adolescent qui devient la cible facile de leur souffrance, dans une spirale infernale d'incommunicabilité ; et pour cause, car il sait toucher là où ça fait mal. Les ados ne sont pas dupes ; ils voient le fossé qui se creuse entre la vie bancale de leurs parents et le modèle éducatif qu'ils tentent malgré tout de leur transmettre, mais sans conviction.

Aujourd'hui, la parole et l'autorité des parents ont perdu de leur exemplarité et de leur consistance, d'autant que « discipline » et « autorité » sont devenues des gros mots à ne pas employer sous peine d'être considéré comme un « vieux réac ». Notre société a mal assimilé et très mal utilisé les propos de Françoise Dolto, psychanalyste d'enfant hypermédiatisée pour le meilleur... et pour le pire. Sa pensée et ses quelques recommandations ont été vulgarisées de façon réductrice car elles sont arrivées au moment propice pour se confondre avec celles de la révolution de 1968, offrant un terreau idéal aux slogans libertaires et à leurs conséquences parfois désastreuses sur l'éducation des enfants. Écouter les enfants et les adolescents, les éclairer sur les dispositions éducatives, leur permettre de les commenter, voire de les contester, ne signifie pas pour autant renoncer à l'autorité nécessaire et à ses règles.

La manipulation médiatique qui prône des modèles stérilisés et dicte les voies à suivre en insufflant des comportements normalisés, fictifs et consuméristes, a pour conséquence la mise sous tutelle et sous emprise d'une famille délégitimée dans ses choix et ses valeurs. Ces modèles factices sèment la confusion dans la tête des ados et des parents qui sont eux-mêmes en pleine mue et luttent souvent contre l'éducation pesante qu'ils ont reçue.

Le désarroi des parents est d'autant plus fort qu'ils vivent une famille nucléaire bousculée, éclatée, recomposée, ce qui remet en question les références d'identification paternelles et maternelles. Que les parents soient

désorientés ne veut pas dire que cette évolution soit néfaste, mais qu'ils la subissent sans comprendre et donc, sans pouvoir réellement guider leur ado dans ce dédale à haut risque aliénant.

L'ensemble de ces facteurs conduit à ce que l'empreinte de la famille agisse moins sur l'adolescent que l'impact des médias qui s'adressent en direct à lui. D'autant que l'accroissement des normes juridiques et des contraintes administratives ont tendance à neutraliser la spontanéité et le savoir intuitif des parents, enseignants et éducateurs.

Enfin, il faut en venir à ce qu'offre la société à nos adolescents, ou plutôt à ce qu'elle ne leur offre plus. Les études actuelles¹ confirment que le chômage des jeunes tourne autour de 25 % et culmine à 40, voire 50 % dans ce qui est pudiquement nommé « zones urbaines sensibles ». Ce sont ces ghettos où les ados vivent un présent sans avenir, une errance sans réceptivité aux apprentissages scolaires tels qu'ils leur sont proposés, et encore moins aux valeurs citoyennes auxquelles ils ne croient pas ou plus. Cette errance est propice à toutes les dérives : du refus des règles familiales et sociales à la horde, de la petite délinquance au gros deal meurtrier.

Mais, fait récent autant que très préoccupant, la quête de repères auxquels s'identifier et de références porteuses d'idéal face à cette errance sans présent ni avenir, conduit certains adolescents à se laisser séduire par les sirènes de clans criminels, de sectes religieuses et d'organisations terroristes. On assiste aujourd'hui à des engagements impulsifs, incontrôlables, avec les conséquences dramatiques que l'on sait pour ces adolescents qui en meurent, héros de pacotille, pour leurs familles qui vivent le désespoir et la honte, pour la société qui, même si elle en porte une part de responsabilité, subit de plein fouet leurs actions destructrices.

Face à l'absence d'idéal porteur, de perspectives et de sens existentiels crédibles, de valeurs fiables et d'espoir, il est logique qu'une attractivité cynique et bien orchestrée, suscite un tel engouement pour l'enrôlement dans des groupes criminels et des actions terroristes. L'adolescent espère y trouver un modèle fort et surtout une possibilité d'identification qui valorise son narcissisme en grande précarité, car il n'est pas porté par un réel projet de vie. Le succès grandissant de ces dérives, qu'elles soient sataniques, djihadistes ou autres, est à la mesure du dépit, de la vacuité, de la solitude et de la révolte d'adolescents qui se sentent méprisés et abandonnés. Mais il ne faudrait pas réduire le drame de ces engagements à des équations fausses : « milieu défavorisé = dérive », « quartier

¹ Parmi elles, les études à intervalles réguliers de l'INSEE dont : <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>

= *délinquance* », « *djihadiste = musulman* ». Cela concerne tout adolescent qui survit, quel que soit son milieu de vie, sa classe sociale et les raisons de son malaise, dans une précarité affective, une souffrance psychique ou une vacuité éducative.

Heureusement, l'adolescence est aussi une période de mue passionnante et passionnée dont il faut savoir tirer le meilleur. Mais il suffit d'un petit rien pour que tout bascule, et l'adolescent avec. Combien de parents et d'éducateurs en font l'amère expérience ? Combien d'adolescents voient leurs vies bouleversées par un défi, une influence néfaste, sur un coup de tête ou une rupture sentimentale ? Et ce peut être l'engrenage de la toxicomanie, de la délinquance, du suicide impulsif, des aliénations sectaires ou terroristes, du crime passionnel... C'est l'échec d'une vie qui, à peine entamée, est prise dans une spirale infernale dévastatrice.

Autre piège préoccupant qui accentue le risque d'égarément à l'adolescence : la vie factice à travers les mondes virtuels en réseau, dont la violence fascine et aspire l'ado, le stimule et gratifie son imaginaire

narcissique. Il n'est donc pas étonnant que cela soit si addictif. La fuite massive dans le virtuel est la réponse actuelle en forme d'impasse et de refuge à la préoccupation du présent, à l'angoisse de l'avenir, à la nécessité d'un effort jugé insurmontable pour assumer une vie autonome, à la peur de l'échec, mais aussi au bombardement médiatique d'un réel lui-même très violent et peu engageant.

Entre ces pièges et les réponses perverses des marchands d'illusions, entre vraies et fausses solutions, comment l'adolescent, ses parents, les éducateurs, les enseignants peuvent faire le tri, éclairer, accompagner et aider l'ado, lui transmettre un message cohérent, crédible, consistant, fiable, capable de le soutenir dans un projet de vie ? Comment prévenir, guider, être à l'écoute au bon moment, faire preuve de fermeté quand il le faut, même si c'est douloureux, mais aussi trouver les bons mots quand l'attitude de l'adolescent laisse transparaître des signes de malaise, de trouble, de souffrance psychique ou d'une soudaine bizarrerie ? ».

Thierry Delcourt

Éthique et pédopsychiatrie

L'éthique en pédopsychiatrie n'est évidemment ni simple ni automatique. Plus encore qu'avec les adultes, elle nécessite une capacité d'inventivité permanente et instantanée. Impossible d'appliquer automatiquement un protocole puisque l'enfant, s'il est comme l'adulte un être humain, est dans la nécessité de devenir ce qu'il n'est pas encore.

Mais il est important de se souvenir que tout adulte a lui aussi, nécessairement, été un enfant et que l'enfant en lui n'a pour autant pas disparu. L'adulte en souffrance, qui a besoin de soins, est dans la société à parité avec le médecin. Ils ont en effet la même carte d'électeur. Et ce n'est pas le cas de l'enfant qui, lui, est sous la responsabilité de ses parents, dont le rôle majeur est de l'élever. En effet, l'être humain est tout à fait immature à la naissance et incapable, contrairement aux autres animaux (comme par exemple le veau) de se déplacer seul et d'aller se nourrir. Cette immaturité neurologique lui est nécessaire pour construire les connexions cérébrales qui lui permettront d'acquérir un langage, notre particularité d'espèce.

La métaphore de l'élévation est riche de signification et si l'enfant doit être « élevé », c'est parce qu'il doit « s'élever ». Il doit aussi devenir, à l'Éducation Nationale, un « élève » et, pourquoi pas, un bon « élève ».

Il paraît important de respecter ces réalités (position éthique) en recevant en premier lieu les deux parents ensemble pour témoigner de la reconnaissance par le

médecin de la réalité de l'enfant qui doit la vie à l'union de son père et de sa mère. Aucune vérité n'est possible en dehors de la reconnaissance de la réalité, et le médecin ne peut valablement soigner les souffrances propres à l'humain sans tenir compte de la vérité. Il est donc important que le médecin propose que chacun des parents demande cette consultation conjointe car il témoigne ainsi de la reconnaissance qu'il a de l'identité de l'enfant, même s'il n'est pas toujours possible de réaliser ce point de départ. Mieux vaut pour cela ne pas passer par un secrétariat car l'outil de travail du médecin est la parole, y compris la sienne et son travail est de soigner.

L'enfant sera reçu dans un deuxième temps, seul, et le médecin donnera ensuite son avis au(x) parent(s) en sa présence pour qu'il puisse apprécier la façon dont sa parole est respectée, et qu'il n'a pas été réduit à un objet de soin. Ensuite, en fonction de chaque situation et de chaque diagnostic, les soins seront mis en place, surtout avec l'enfant ou avec l'un ou l'autre parent, dans la mesure où l'étiologie de la souffrance infantile a pu être reconnue.

Dès que l'enfant a atteint son adolescence et acquis sa parole propre, il sera bien sûr le sujet de ce travail. Encore une fois, ces généralités devront être individualisées en fonction de chaque cas particulier.

Françoise Coret

La pédopsychiatrie en libéral est-elle encore possible ?

Responsabilité et pédopsychiatrie

Introduction : « je suis une bande de psy à moi toute seule » aura pour vocation d'encourager et rassembler afin de les publier dans notre bulletin BIPP, les témoignages d'expériences d'exercice de la pédopsychiatrie en cabinet libéral. On conjugue au masculin ou féminin le « tout seul ». Pour commencer, ci-dessous, le témoignage d'une psychiatre compétente en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent qui pendant 22 ans a reçu enfants, adolescents, familles dans son cabinet. Puis a choisi quasiment exclusivement la voie du médico-social pour recevoir des jeunes.

« Retrouver mon enfance perdue grâce à la psychanalyse, fonder une famille, furent des circonstances déterminantes pour m'autoriser à ouvrir la porte de mon cabinet à des enfants et leur famille. En province où j'étais installée, la demande était grande et durant toutes ces années la salle d'attente a accueilli des patients de 7 jours à 87 ans.

Parisienne, étudiante en médecine à l'hôpital St Antoine (Paris VI) j'ai continué de me former dans le service de psychiatrie du Pr Jean-Marc Alby. J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt le séminaire du Pr Michel Soulé à l'Institut de Puériculture boulevard Brune. Le travail de l'analyse, les séances de supervision et les séminaires de psychanalyse ne furent-ils pas en définitif ma meilleure formation ?

La pratique de la pédopsychiatrie, si l'on obtenait cette qualification restreignait le travail aux consultations d'enfants et adolescents, réservant les consultations adultes aux seuls parents. Aussi bons nombres de psychiatres recevaient des jeunes sans cette qualification. Vers les années 90 le Conseil de l'Ordre attribua sur dossier une équivalence : « psychiatre compétent en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent ». L'élément déterminant était le RIAP⁽¹⁾ affichant le pourcentage de patients moins de 16 ans, reçus par les praticiens. Je peux supposer que les nombreux stages réalisés en pédiatrie puis pédopsychiatrie ont influencé cette décision qui me fut accordée.

La tâche s'est révélée difficile, beaucoup plus que le travail avec les patients-adultes car elle requiert généralement, un nombre de partenaires importants. La responsabilité de ces prises en charge commence là.

Lors des premiers, vous ne recevez pas un(e) patient(e) mais deux, trois, le ou les parents, la mère le plus souvent, parfois l'assistante sociale, l'éducatrice, et la famille d'accueil lorsque l'enfant est placé. Ses parents lorsque vous les aurez convoqués.

Les consultations dites « faciles » relèvent de « petits cas winnicottiens » Expression empruntée à Catherine Vanier. Les symptômes sont des petites phobies infantiles, et sont liés au développement psycho-affectif-moteur. Ce sont des troubles qui s'analysent dans la relation aux proches du jeune. Les choses se gâtent lorsque l'enfant est objet du conflit conjugal de ses parents, le psychiatre (thérapeute) se trouve pris dans les rets de la relation conflictuelle parfois très violente.

Plus graves sont les situations qui relèvent du médico-légal, les agressions sexuelles sur mineurs, par un parent, un adulte proche, un membre de la fratrie. Où il n'est pas question de rester seule. Avant le signalement j'ai souvent interrogé le conseil juridique du Sou-Médical, du Conseil de l'Ordre, des confrères spécialisés rencontrés au gré des colloques. Ces situations sont difficiles complexes et exigent une prise de recul coûteuse en énergie. Il faut faire preuve de courage et prendre ses responsabilités.

D'une autre manière, il en va de même de la prise en charge des enfants présentant un TED, trouble envahissant du développement, catégorie dans laquelle se rangent selon la CIM 10⁽²⁾ les autistes, les troubles psychotiques de l'enfance et l'adolescence, les schizophrènes. Lorsque plusieurs intervenant spécialisés sont mobilisés et ne fonctionnent pas en équipe. Cf. mon article BIPP n°66 mai 2014, à propos d'Alexis soigné de ses 4 ans à 17 ans.

Je cite : « *Ces incidents sont anecdotiques mais aussi emblématiques de la prise en charge de cet enfant autiste, où chaque professionnel intervenait sans partage ou en partageant mal avec les autres partenaires, et le chef d'orchestre de cette harmonie qui ne jouait pas de concert était représenté par le couple, parental, le résultat fut dissonant* ».

J'ai rencontré beaucoup d'agressivité de la part des familles mais pas uniquement, parfois des enseignants également, des collègues eux-mêmes.

(1) RIAP relevé individuel d'activité et de prescriptions de chaque praticien ; bi annuel.

(2) CIM 10 Classification internationale de m

Les suivis d'enfants durent de quelques mois à quelques années. Je garde des souvenirs émus.

- De moments drôles, à ma question : Et qui a ramené la pomme de terre d'Amérique ? Hachis Parmentier ! A répondu gaiement Willy.

- De moment pathétique, La douleur de Victoria dont la petite sœur placée dans la même famille d'accueil, était décédée accidentellement. Le malheur absolu.

- D'un garçonnet d'une dizaine d'année qui tenait à ses séances, lesquelles me semblaient bien moins nécessaires, et pour cause ! À l'orée de cette prise en charge, il se jette enfin à l'eau et annonce douloureusement que son frère aîné le sodomise régulièrement. Ses parents se sont rendus chez le juge des enfants m'épargnant d'avoir à rédiger un signalement. En écrivant cet article, alors que je n'avais pas douté de leur bonne foi alors, je me demande s'ils m'ont menée en bateau et ont bien écrit au juge ? S'ils m'ont manœuvrée évitant ainsi le signalement ?

En secteur 1, on ne gagne pas bien sa vie en faisant de la pédopsychiatrie, eu égard au temps nécessaire pour écouter les parents, l'enfant. Ce ne sont pas des consultations de 20/30 mn plutôt de 45 mn, 1 heure. Et comme la médecine libérale est une médecine à l'acte, on finit par faire les comptes, faire marcher la calculatrice dans la tête, facteur d'encombrement de la pensée dont on se passerait bien...

Au fil du temps j'ai modifié ma cotation, en me permettant de facturer un acte enfant et un acte adulte, (ça ne fonctionne pas si l'enfant est placé par des institutions). Certains actes ne vous sont jamais réglés, telle la rencontre préalable avec le psychologue et l'éducatrice du service de placement, sans la présence de l'enfant : « On voudrait savoir si vous travaillez comme Rosine et Robert Lefort ? »⁽³⁾ Et puis quoi encore ?

Et ce papa très absent de la vie de son fils, je l'avais convoqué : « Pourquoi dois-je payer ? c'est vous qui m'avez fait venir ».

Et pourtant, tenter de soigner un enfant en faisant fi de ce qui constitue son Grand Autre n'est pas envisageable aussi ai-je fini par accepter un poste dans le médico-social, malgré les difficultés institutionnelles connues du dit lieu. Dans certaines villes de province, on a peu de choix, ou alors il faut déménager...

J'ai apprécié la multidisciplinarité à commencer par le travail des secrétaires. J'étais une sorte de Shiva au féminin, (autre métaphore), je me suis trouvée entourée d'une équipe ; chacun connaît le travail en institution, lieu de partages et d'échanges. Le travail salarié accordant une grande liberté d'action. Ne plus compter les actes enfin, pour autant que l'ARS⁽⁴⁾ ne le réclame.

Désormais, en libéral je reçois au compte-gouttes quelques cas très triés, petits cas winnicottiens.

Ainsi telles une comédie musicale, à la façon dont l'inconscient associe expériences de vie et musiques, cité par Annie Stammeler⁽⁵⁾ dans son livre « Handicap Mental profond et musique » les paroles de la chanson chantée par Renaud⁽⁶⁾ sont venues se plaquer sur ma réflexion, livrée dans ce numéro du BIPP, en attendant vos récits.

Françoise Duplex

Psychiatre compétence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Paris

(3) *Rosine et Robert Lefort, psychanalystes d'enfants sont des références théoriques et cliniques chez les enfants notamment Autistes.*

(4) ARS.

(5) *Annie Stammeler Handicap Mental profond et musique ed Campagne première Diffusion PUF cité dans le BIPP Mai 2005 N°68 par Françoise Duplex. « Désir de Livres ».*

(6) « *Je suis une bande de jeunes à moi tout seul* ». Auteurs: Sechan Compositeurs : Bernheim Chanté par Renaud.

Enfance effacée... ? Résister, inventer

Le groupe enfance du Collectif des 39 organisait ce dimanche 16 octobre un meeting politique et poétique à la « Parole Errante » (lieu créé par Armand Gatti qui accueille de beaux meetings) à Montreuil.

Constellé d'interventions poétiques et artistiques tout au long de la journée, le ciel de l'enfance, trop souvent métaphore d'un futur sans promesse d'avenir, comme l'a si bien dit Liliane Irzenski dans son introduction, fut exploré par les intervenants tout au long d'une réunion sérieuse et chaleureuse. Comment prendre soin des enfants sans fixer le symptôme, en ces temps de pseudo science où la prédictibilité et la notion de handicap règnent, interdisant aux enfants d'être dans la lune ou d'avoir la bougeotte. Il est urgent d'apprendre et de leur apprendre à ne pas s'en laisser « compter » pour reprendre une des formules heureuses de cette journée.

Une première table ronde, politique, animée par Hervé Bokobza, mit en perspective la création de la HAS, le rôle des préfets de santé que sont les directeurs d'ARS, la destruction programmée via les GHT de la pédopsychiatrie de secteur, et les machines à effacer la formation interrogeant, en écho à nos questionnements afpepiens, l'imposition de la norme via le DPC. Il fut donc beaucoup question de l'effacement du débat démocratique escamoté par le discours de la science

Il faut noter que fut évoquée à cette occasion, la mainmise de la finance assurantielle sur la psychiatrie libérale par le biais du tiers payant généralisé ; nous n'aurons pas prêché dans le désert.

Suivit une table ronde de témoignages intitulée « Inventons des pratiques » réunissant parents et professionnels.

A son habitude Pierre Dardot nous donna à penser, en analysant ce que serait l'antipsychiatrie d'aujourd'hui, agent du pouvoir libéral, qui dans psychiatrie entendrait effacer la psyché, quand l'antipsychiatrie d'hier faisait contre-pouvoir en interrogeant et dénonçant le pouvoir médical (la partie iatros de ce qui reste le beau signifiant de psychiatrie).

La première table ronde de l'après midi « les machines à effacer l'enfance » mit sur la sellette la notion de handicap, la surmédicalisation, et la question de l'école.

L'invention des pratiques fut à nouveau mise en avant dans la dernière table ronde qui précéda l'intervention de Christian Guibert, pédopsychiatre qui mit en lumière l'écart contemporain entre savoir et culture, puis la philosophe Marie-José Mondzain rappelant l'étymologie commune d'hospitalité et hostilité évoquant toutes les deux l'étranger, qui peut être nommé comme l'ennemi, mais tout aussi bien celui qui est accueilli. Elle nous parla donc de notre humanité.

Résistons mais en pensant et en inventant, comme nous y fûmes invités au long de cette revigorante journée.

Françoise Labes

Droit de réponse

La lecture de l'article sur le «Terrorisme, des questions et des non réponses»¹ et le «droit de réponse» de son auteur² suscite un profond malaise, surtout après l'attentat de Nice, de Saint Etienne du Rouvray, d'abord teinté de stupéfaction puis de colère.

La méthode utilisée par son auteur est bien connue : «le terrorisme est quelque chose d'affreux, de condamnable et universellement condamné mais tous les peuples, toutes les nations y ont eu recours à un moment donné de leur histoire, les chrétiens à l'époque des croisades (contre les arabes et les juifs), et les juifs aujourd'hui encore ...».

C'est un moyen commode, nous le savons, de ne pas se confronter à la spécificité de l'actuel terrorisme arabo-musulman dans le monde contemporain qui vise l'Occident dans ses fondements, ses valeurs morales judéo-chrétiennes et tous ceux qui s'en réclament, musulmans compris.

Trois remarques :

- 1) Le monde occidental a su renoncer au terrorisme grâce à un puissant travail de civilisation mené par ses élites éclairées par les Lumières sauf pendant le nazisme à cause justement de la lâcheté de ses élites.
- 2) Ce dont on parle ici c'est du terrorisme institutionnel, d'État, encouragé, valorisé par ses dirigeants comme cela a été le cas sous le Nazisme et aujourd'hui par Daech et le Hamas. Il suffit d'ouvrir les yeux pour voir ces scènes de liesse populaire dans le monde arabo-musulman à l'annonce des assassinats de civils occidentaux ou assimilés, par ce terrorisme institutionnel. On distribue des bonbons aux enfants dans les rues, les mères des terroristes morts après leurs crimes louant leurs fils martyrs encourageant d'autres enfants à en faire autant sous l'œil ému et satisfait des élites au double discours : bienveillant et encourageant à l'intérieur, regrettant (à voix basse) à l'extérieur.

C'est là que commence le fait intellectuel fruit du travail de civilisation, dans ce distinguo entre le terrorisme d'État, de Daech, du Hamas du Nazisme compris établi et institutionnalisé et le terrorisme de groupuscule ou d'individu isolé que nous devons comprendre (et la psychiatrie a quelque chose à en dire) et combattre. C'est ce distinguo qui a été établi par le Tribunal de Nuremberg et le procès d'Eichmann.

- 3) Mettre sur le même plan, confondre littéralement, les écoles des Kibboutz inspirées par le Socialisme, laïc par essence, prônant les valeurs de la philosophie

des Lumières avec les Madrasas et les écoles coraniques, mettre sur le même plan, confondre littéralement les soldats de l'armée légitime d'un État de droit, démocratique avec les terroristes de Daech et du Hamas, est suffisamment abject pour se passer de tout commentaire.

La méthode bien connue utilisée par l'auteur de l'article et du «droit de réponse» consiste à discréditer les fondements politiques et moraux de la civilisation occidentale en son cœur judéo-chrétien de façon à nier le drame interne qui se joue dans le monde arabo-musulman, incapable, actuellement, de faire ce travail de civilisation, légitimant de facto le terrorisme qui y est éclos.

Lorsqu'on observe que la Tunisie est actuellement l'un des premiers pourvoyeurs de djihadistes en Syrie et en France, on éprouve de la nostalgie pour la Tunisie du Président Bourguiba. Lui-même éclairé par les Lumières, entouré par une élite courageuse, il savait parler au peuple, le guider, l'éclairer. Pendant la période du Ramadan il avait fait un discours en direct à la télévision. Il expliquait que le Djihad tant prôné pendant cette période de Ramadan était d'abord une guerre contre le sous-développement, l'analphabétisme, l'obscurantisme. Il fallait y consacrer toutes ses forces. Et il but un verre d'eau en direct à la télévision.

Les propos de l'auteur de l'article et de son «droit de réponse» sont donc ceux d'un discours politique, chichement habillé de quelques références «scientifiques». Voilà pourquoi la réponse doit être politique.

Une question se pose alors : Le bulletin du Syndicat National (français) des Psychiatres d'Exercice Privé est-il le lieu pour ce type d'échange ? Est-il acceptable que la rédaction du bulletin laisse passer de tels propos idéologiques d'abord de façon subreptice dans l'article puis clairement sans ambiguïté dans le «droit de réponse» agressif, voire injurieux à l'égard d'un pays à l'État de droit et démocratique. Le bulletin est-il une tribune politique ?

Si c'est le cas, il faut que les choses soient dites très clairement et je pense que nous sommes un certain nombre à pouvoir nous engager dans ces débats.

Je vous prie de publier ce texte comme droit de réponse dans votre prochain Bulletin.

Sincères salutations.

Marc Hayat
Psychiatre, psychanalyste

¹ Bulletin N° 69 Novembre 2015

² Bulletin N° 70 Mai 2016

DÉSIR DE LIVRES

La parole oubliée

Karima Lazali – Érès, 2015

« Ce livre tourne autour d'une question portant sur le statut de la parole en psychanalyse et pour la psychanalyse et ce, quel que soit le lieu d'effectuation de la rencontre entre un analyste et un analysant. Cependant, cette affaire comporte quelques particularités lorsque la cure s'exerce dans un contexte politique où la parole dite « libre » est exclue ou plus précisément mise à mal.

Mon expérience de la psychanalyse à Alger dans un contexte où elle ne fait pas « symptôme social » pour reprendre cette formulation de Lacan, dans le sens où d'une part la psychanalyse se trouve éloignée du bain culturel dans lequel elle est née, et d'autre part où il n'existe ni tradition ni institution analytique, nous confronte à un certain nombre de questions sur les possibilités/limites de la cure.

D'une manière étrange, ces questions peuvent se retrouver actuellement dans les institutions éducatives et de soins en France. En effet, une protocolarisation incessante vise à évacuer l'épaisseur de la parole et la pluralité des pratiques et des discours.

Comment et en quoi ces situations rendent-elles lisibles l'étroitesse du lien entre psychanalyse et politique ? Et que révèlent-elles de l'indissociabilité entre psychisme singulier et collectif ?

La réflexion proposée là s'engage comme une ballade autour de la parole, du corps et du Politique en psychanalyse à partir de situations géographiques, linguistiques et culturelles distinctes. Peut-être que le féminin pourrait être envisagé là comme une chance face à la soif de culture et la haine du multiple et du divers ».

Ainsi Karima Lazali présente-t-elle elle-même son travail lors d'une soirée du Cercle Freudien.

Il s'agit de la réunion de textes et articles parus dans différentes revues, et c'est à la lecture de celui intitulé « Les enfants de la carence » que Jean Pierre Lebrun lui proposa de les publier dans un ouvrage de sa collection.

La réflexion de Karima Lazali se fonde sur une solide pratique et un profond questionnement politique, alimentés par des consultations dans des lieux aussi divers que Noyon, Paris ou Alger. Au fil des textes elle interroge les conditions sociales et politiques qui permettent une prise de parole un tant soit peu émancipée, voire la possibilité de la parole elle-même.

Des vertiges du féminin à la question de la guerre civile, en passant par l'expérience de la pratique en CMPP dans une région où les effets de l'histoire et l'extrême misère sociale privent de parole des générations successives, pourtant entrées dans le langage, elle explore l'histoire, ses traces et surtout les impasses contemporaines résultant de la non inscription des traces, de la mémoire, qui peut conduire à la catastrophe.

Comme la cure analytique, son travail est une opération de déconstruction des évidences, fondée sur une réelle connaissance des textes de Freud et de Lacan, mais aussi bien de Frantz Fanon ou Georges Bataille. On sent une grande proximité avec la pensée de Jacques Hassoun.

Réglant au passage son compte à une certaine ethno psychiatrie, elle présente la cure comme « le terrain d'exercice d'un pacte et d'un contrat d'altérité selon la découverte freudienne de son dispositif, prélude au renouvellement du lien social ».

Avec Karima Lazali, il est impossible de penser la psychanalyse en dehors du politique.

Françoise Labes

D'un bord à l'autre

Le burn-out et la dépression à la lumière des traumatismes de l'enfance

Témoignage

Marie-Christine Adam – L'Harmattan., 2016, 225 p.

De nombreux bords ont jalonné la vie de l'auteure de ce témoignage, de sa conception à sa détresse d'enfant, jusqu'à l'âge adulte, avec la mort en filigrane. Elle aborde le burn-out en termes de symptôme, face visible d'une faille bien plus profonde, mais aussi d'issue inconsciente pour sortir d'une impasse. Une expérience éprouvante mais positive car synonyme d'ouverture vers un possible. Un témoignage vibrant dans une écriture spontanée, au plus près du vécu.

Écoutons Marie-Christine Adam :

Mon livre s'adresse davantage au «un par un».

A celle ou à celui qui cherche dans les livres des mots qui lui parlent ;

A celle ou à celui chez qui les maux et les mots de l'enfance ont laissé des traces ;

A celle ou à celui dont la vie est freinée, empêchée par ce qui revient, insiste et ne cesse pas ;

A celle ou à celui dont le burn-out, la dépression sont venus bouleverser la vie et qui tente de trouver dans l'épreuve une raison d'espérer ;

A celle ou à celui qui hésite encore à prendre le crayon pour poser les mots ;

A celle ou à celui que la psychanalyse intéresse, vue du côté analysant, avec des mots simples ;

Et à quelques autres...

Je vous le livre et je m'y livre avec un zeste d'humour, un brin de recul, une bonne dose de positivité et de l'audace pour être allée jusqu'au bout de l'écriture et du reste ...

Excellent témoignage, comme il en faut pour mieux comprendre ce qui se joue de douleur et de créativité chez nos patients, ce qui se dit avec intelligence des situations, de l'intérieur et d'une altérité erratique jusqu'à s'ancrer dans un combat pour soi... et pour l'autre.

Thierry Delcourt

Duane Hanson, une représentation non traditionnelle de la vie ordinaire

Nouveau Musée National de Monaco : Villa Paloma

Je voulais proposer un détour par une exposition qui s'est déroulée à la Villa Paloma à Monaco (du 20/02/2016 au 28/08/2016) et qui présentait un artiste américain Duane Hanson, peu connu en France.

Cet artiste est un contemporain d'Edward Hopper et d'Andy Warhol qui crée des sculptures qui représentent de manière très réaliste des personnes grandeur nature, prises dans des scènes de la vie quotidienne. Ce sont des moulages réalisés à partir de modèles vivants et fabriqués avec des matériaux qui ont changé au fil du temps: initialement en résine de polyester et fibres de verre puis en bronze.

Dans une première période, Duane Hanson s'est beaucoup intéressé aux événements politiques et sociaux des années 60 aux USA notamment la guerre du Vietnam, les violences policières, la misère, la maltraitance, la société de consommation marquée par l'abondance et la profusion des objets. Il s'attelle ensuite

plus avant à parler de la solitude dans l'existence, de l'isolement, de la résignation des personnes face aux promesses déçues du rêve américain.

Pour ce qui concerne le thème de l'exposition de la Villa Paloma, Duane Hanson représente sans complaisance les banalités de la vie quotidienne, les activités du travail, surtout celui des plus humbles, de ceux qui ne se distinguent pas.

Les sculptures donnent l'illusion de présences humaines tant le détail est précis : couleur et grain de la peau, taches de rousseur, détail anatomique. Les vêtements et les accessoires sont aussi minutieusement choisis au cas par cas, prélevés dans la réalité et l'abondance de *l'American way of life*.

La mise en place des habits et des objets (livres, magazines avec publicité, sacs, jeux, électroménager...) rend compte d'une activité sociale, plutôt banale, d'un instant particulier au sens d'un instantané

photographique et au-delà témoigne à la fois d'une appartenance à un groupe social et de la diversité des origines constitutive de la société américaine.

Les accessoires ne constituent pas de simples éléments de décor mais apportent force et précision à l'œuvre par la façon dont ils inscrivent les personnages dans leurs vies quotidiennes, dont ils participent à raconter leurs histoires.

Ils témoignent d'une expérience individuelle en tant qu'inscrite dans une catégorie sociale (femme de ménage, peintre en bâtiment, cowboy, femme au foyer...). Il ne s'agit pas de portraits individuels.

L'aspect non personnalisé des œuvres est renforcé par leur titre qui ne renvoie pas à un nom ou à un prénom mais qui est descriptif (Dame au marché aux puces, Bébé dans une poussette, Homme sur une tondeuse). Ce faisant l'intitulé des œuvres renverrait plutôt à une identité qui serait liée à une appartenance à la «*middle class*» américaine.

Il y a cependant une exception, c'est celle d'une sculpture qui s'intitule «Queenie II» réalisée en 1988. Il s'agit d'une femme de ménage, issue d'une communauté afro-américaine, poussant un chariot et saisie dans un moment d'arrêt. Son nom épinglé sur son vêtement de travail, lui confère une identité que l'on suppose inscrite dans une lignée, dans une génération. On pourrait là, entendre la coexistence de deux types d'identifications possibles dans l'Amérique de la fin du XX^{ème} siècle.

Le regard des personnages apparaît souvent figé, immobilisé dans une lecture de journaux ou dans la contemplation d'un vide, comme expression d'une résignation face à la vacuité entretenue par la société de consommation et par la difficulté à y occuper une place en tant que sujet. Ce regard commun à tous les personnages opère comme la signature de l'artiste.

Les premiers pas dans l'exposition amènent la surprise de se confronter à des personnages qui peuvent être pris pour d'autres visiteurs: le bouleversement a lieu là, dans cet instant de retournement où le spectateur se trouve un parmi d'autres dans cet espace narratif.

L'exposition présente un nombre très limité de sculptures et se distingue par la détermination d'un espace. Chaque œuvre est habituellement disposée dans une pièce. La sculpture ne représente pas un corps dans un espace mais elle installe un espace ouvert, bien au-delà du visible.

Pour appréhender l'œuvre, le spectateur doit se déplacer. Il peut faire entièrement le tour de la sculpture si elle n'est pas adossée à un mur. Il n'y a ni socle ni périmètre de sécurité.

Les gardiens veillent discrètement à ce que les spectateurs ne touchent pas l'œuvre mais ne l'anticipent pas. Ils invitent même les visiteurs à se déplacer autour des sculptures dans un accueil chaleureux et

engagé pour faire partager le travail de l'auteur. Les visiteurs sont encouragés à prendre des photos ce qui renforce l'interaction avec les personnages ainsi que le sentiment de se promener dans un monde familier.

Cette configuration s'avère déroutante et subvertit l'espace de la représentation. Il y a d'emblée une perte des repères visuels habituels. Les sculptures et leur agencement impliquent d'emblée le sujet, non pas au titre d'observateur en une place centrale, mais au titre d'un point parmi une multitude de points possibles dans le champ du regard.

Si l'observateur accepte de s'aventurer dans cet espace en renonçant à la vision, au sens de la perception visuelle soutenue par une image dans un espace plan, sa position de sujet peut se trouver déplacée. Il n'y a plus de dehors ni de dedans. On peut alors faire l'hypothèse d'un espace de type moebien qui peut s'ouvrir avec un endroit qui est aussi un envers (et inversement) et un bord qui cerne un trou, un vide.

Si nous suivons la proposition de cette figure topologique, nous pouvons concevoir que le décentrage du sujet dans l'espace de la représentation peut amener un mouvement vers l'altérité, dans le sens où il devient possible de rentrer dans un discours qui n'est pas organisé comme le sien. Un discours où l'autre peut être pris en compte dans sa différence. Cette aptitude à toucher l'autre, à faire ressentir ce qu'il y a de vivant en chacun de nous, à faire parvenir cette dimension sensible de la vie auprès des autres, témoigne par la création de cet espace de perception de la facture si particulière de Duane Hanson.

A l'heure du numérique où la question du corps est pour une part court-circuitée, les sculptures de Duane Hanson apparaissent saisissantes tant elles mettent au centre de chaque œuvre des corps dans une représentation non naïve, des corps bousculés par la vie dans un lien avec l'autre qui paraît énigmatique. Comme nous venons de le voir, au fil du parcours de l'exposition, le corps du spectateur est aussi mis en jeu. Il est là, il est dans la représentation, il est convoqué à partager une relation presque intime avec le personnage. On passe du lointain au proche, ce qui est donné à voir s'associe à ce qui nous échappe. La proximité entre les œuvres et le spectateur, introduite par l'illusion du réel a pour effet de faire surgir à la fois la part de vide de nos existences et un bord auquel se tenir.

Les corps, les marques laissées par la vie qui passe, les postures, appellent des émotions auxquelles on ne peut se soustraire. On devine bien cette difficulté de tisser et d'entretenir les liens humains, liens qui en passent nécessairement par le langage. On peut percevoir des personnages au bord d'une certaine lassitude qui semblent hésiter entre résignation et résistance dans une humanité touchante.

De mon point de vue, ces sculptures révèlent autant qu'elles isolent les personnages. C'est dans ce mouvement paradoxal qu'apparaît quelque chose de la division du sujet dans sa relation à l'autre. Elles mettent bien en évidence le caractère incontournable de la solitude et une sorte de pacification qui en résulte dans la relation à l'autre: une façon d'être seul avec l'autre.

Certains de ces personnages font écho à la précarité actuelle qui frappe de nombreuses personnes dans notre société. La dimension politique des travaux de Duane Hanson, parfaitement audible paraît aussi d'une étonnante actualité quant aux enjeux de l'actuelle campagne présidentielle aux USA.

Quand on termine la promenade, il s'est irrémédiablement passé quelque chose : le regard est plus large et plus attentif aux personnes qui nous

entourent, la façon dont chacun aborde la solitude, au cœur des organisations sociales, au cœur des familles, est étonnamment rehaussée par ce ressenti commun, simple et juste des émotions. Cette façon de réintroduire la notion du vide par l'expérience créatrice donne vraiment la possibilité de réveiller l'élan vital de chacun et de ré-enchanter un peu le monde d'aujourd'hui.

Pour terminer, je souhaiterais amener ces quelques mots de l'auteur : « *Mon art est pour tous les hommes, il rejoint les gens à travers les musées et les galeries* ».

Les photographies des œuvres sont accessibles via le lien <http://www.nmm.mc>

Dominique Dal Bo Rohrer

Laetitia ou la fin des hommes

Yvan Jablonka – Seuil, Paris, 2016

« Mon pari est que pour comprendre un fait divers en tant qu'objet d'histoire, il faut se tourner vers la société, la famille, l'enfant, la condition des femmes, la culture de masse, les formes de violence, les médias, la justice, le politique, l'espace de la cité ».

Yvan Jablonka, dont nous avons déjà commenté l'« histoire des grands parents que je n'ai pas eus », retrace, avec le même engagement d'historien sociologue assumant pleinement une position subjective, la vie de Laetitia Perrais, enlevée et assassinée dans la nuit du 18 au 19 janvier 2011. Cette reconstitution est entrecroisée avec celle de l'enquête et du procès qui s'en suivit. Ses recherches en tant qu'historien sur les orphelins et les institutions qui les recueillent ont sans doute contribué à la sensibilité et la proximité qu'il s'autorise tout en maintenant sa rigueur d'historien qui lui fait rétablir une vérité :

L'existence de Laetitia est emblématique d'une époque, révélatrice d'une condition.

L'assassin est un « *sale type* », un criminel, mais il n'est pas « *délinquant sexuel multirécidiviste* ». La différence est d'importance. Puisque Nicolas Sarkozy, se sert de cette qualification pour attaquer la justice. Il désigne des coupables : les JAP, les services de la pénitencière, se saisissant de la détresse des proches. Il déclenche ainsi une grève sans précédent dans la magistrature. Les enquêtes administratives diligentées montreront qu'il n'y eut aucune faute, mais une dramatique pénurie de moyens.

Comme souvent en particulier lors de ce quinquennat, dans des situations aussi intenses en émotion, un texte de loi est proposé. La « loi Laetitia » vise à lutter contre la récidive, à empêcher quiconque commet un tel crime de sortir autrement de cellule que « les pieds devant ». Les attaques d'un président de la République contre la magistrature sont inédites, voire incompréhensibles.

Jablonka rappelle lui que « *la société a beaucoup fait pour Laetitia. Les travailleurs sociaux, les juges des enfants, les éducateurs, les psychologues, les enseignants, les formateurs, toutes ces professions qu'on appelle service public ont accompagné une petite fille que les fées n'avaient pas entourée au berceau. Mais sa vie s'est terminée par un crime qui a bouleversé la France et provoqué une crise entre l'exécutif et la magistrature* ».

Le projet de l'auteur : « *ouvrir l'affaire, montrer qu'elle n'est pas réductible à un crime, qu'elle renvoie à quelque chose de plus large. Eclairer un état de la société, distinguer un moment, saisir des représentations, des discours, des conflits, comprendre qu'il y a quelque chose à comprendre au-delà des apparences... passer du meurtre aux victimes, de l'enfant aux familles, de l'individu aux trajectoires, du relationnel aux structures sociales* » ne tire pas le fait divers vers la fiction, mais comme il la nomme lui-même, vers « *une littérature du réel, cette exploration du monde guidée par les sciences sociales* ».

Françoise Labes

Mon combat pour une psychiatrie humaine

Pierre Delion avec Patrick Coupechoux – Albin Michel, Septembre 2016

Un livre vraiment passionnant sur un objet qui intéresse chacun de nous, psychiatres : la psychiatrie.

Ce livre est écrit à la première personne par deux sujets : Pierre Delion que nous connaissons tous et dont le nom est lié au packing chez les autistes, et Patrick Coupechoux, journaliste ayant publié dans Le Monde Diplomatique à propos de l'opposition entre psychiatrie et santé mentale.

La folie – la santé mentale – est une question présente dans toutes les sociétés et toutes les époques. Mais sa prise en compte évolue constamment en fonction des modifications de la vie ensemble des êtres humains et des gouvernances qu'ils se donnent.

Bien sûr, c'est évident mais les changements qui se sont produits en France au long de la vie professionnelle de Pierre Delion sont très intéressants à connaître ou à revoir pour mieux être au fait de ce que nous faisons chacun dans l'exercice quotidien de notre métier de psychiatre et de pédopsychiatre. D'autant plus qu'à l'heure actuelle des menaces se précisent sur sa disparition et le retour à des pratiques de ségrégation qu'on aurait pu croire révolues.

La connaissance scientifique des objets de la nature ne cesse de progresser et permet à la médecine de mieux soigner les maladies de tous les organes du corps ; mais réduire la souffrance psychique exclusivement aux conséquences des troubles cérébraux plus ou moins génétiquement acquis (p. 125) est une grave méconnaissance du statut de l'être humain qui ne devient ce qu'il est qu'en se construisant de relations avec les autres êtres parlants que sont les humains : les parents d'abord, les autres ensuite, ceux de la classe de l'école, sous la gouvernance de l'adulte enseignant, des voisins et ceux qui partagent les mêmes activités, jusqu'à devenir un « citoyen », dans une société structurée.

Après avoir été infirmier pour payer ses études, Delion est devenu psychiatre dans un hôpital psychiatrique et a finalement décidé de présenter une thèse d'université pour pouvoir diriger un service hospitalo-universitaire. Il a ainsi pu repérer que si le médecin était le chef du service de soins, ce n'était pas en exerçant son pouvoir qu'il était véritablement un soignant : donc pour lui, exit le mandarin.

Ensuite il a tiré de réels enseignements de tous ceux qu'il a rencontrés et, ayant repéré l'intérêt d'une hiérarchie subjectale (pages 35 et suivantes), a mis en place ce qu'il a appelé la constellation transférentielle (pages 41 et suivantes).

Que ce soit concernant

- le diagnostic (connaître quelqu'un en avançant avec lui dans le temps et l'espace) (p.80 et suivantes),
- l'institution (non pas celle de l'administration mais celle qui se construit sur les expériences partagées) (p. 91),
- le travail avec les enfants et pas sans les parents (en incluant ce qui peut lui être apporté par la neuropédiatrie dont le professeur Louis Vallée qui sera pour lui un ami proche) (p. 182 et 247),
- la contention internalisée dans le soin (Comment fonctionne le packing, p. 223-231),
- des options opposées comme la psychanalyse et la méthode ABA (p. 217 et suivantes),
- les contraintes administratives de rentabilité chiffrée,
- le DSM (créé lorsque la psychiatrie américaine a eu besoin de justifier ses dépenses auprès des assurances complémentaires (p. 237),
- les symptômes comme moyens de défense nécessaire contre l'angoisse (p. 238),
- la psychothérapie institutionnelle (p.68),

ou de nombreuses autres questions précises, je vous laisse le plaisir de les découvrir : le livre ne coûte que pas tout à fait 20 €. Avec en prime : Qu'est-ce donc que la psychiatrie ?

Françoise Coret

Mon combat pour une psychiatrie humaine

Pierre Delion avec Patrick Coupechoux – Albin Michel, Septembre 2016

Voilà une parution bienvenue et une lecture aussi passionnante que foisonnante. Elle nous entraîne sur les traces de l'auteur, nous y retrouvons la chaleur de l'homme, sa simplicité de contact, ses qualités il faut bien dire exceptionnelles, l'ampleur de ses explorations et l'inouï des attaques dont il a été l'objet.

Pierre Delion a eu la riche idée de se tourner vers un journaliste pour l'aider à faire témoignage de son parcours professionnel. Il a adressé ainsi ce qu'il avait à dire à un premier témoin, oreille attentive et très éveillée aux problématiques de la psychiatrie contemporaine. Patrick Coupechoux en effet est un témoin averti, qui a entrepris de s'attacher à la souffrance psychique et à l'univers de la psychiatrie, avec la publication de trois livres depuis 10 ans.

Il résulte de cette alliance une tonalité très particulière à ce livre. Le lecteur lit cette histoire qui lui est racontée comme quelque chose de simple et extraordinaire à la fois. Pierre Delion est ainsi fidèle à ce qui l'a toujours animé : sortir des pratiques d'enfermement, être en prise avec les patients, chercher inlassablement comment faire pour les aider, sans jamais oublier leurs familles et l'entourage social. Dans la lecture, on le voit à l'œuvre, pas à pas, un psychiatre pas ordinaire dont le contact rend intelligent. Et l'intelligence ainsi éveillée est ouverte à tout un chacun, la frontière des spécialistes n'a pas lieu d'être.

Il s'agit véritablement de témoignage du « combat » tel que le dit le titre du livre. On y entend ce que Pierre Delion a dû puiser en lui-même pour durer et endurer, une persévérance à l'épreuve de toutes sortes de réalités. Il nous apprend comment il a appris, et ce n'est pas la moindre qualité de ce livre dans ces temps d'asservissement qui s'abattent sur nous.

Les concepts, il les emprunte à d'autres, les prédécesseurs, les anciens, les praticiens ou les chercheurs de disciplines connexes. Le livre est de ce fait truffé de noms propres, une vraie cartographie de ses « erres » (pour reprendre l'expression de F. Deligny) de connaissances. La théorisation s'élabore à partir des rencontres, et il nous en fait témoin, de toutes les rencontres où il se trouve engagé. On est loin de la langue de bois, toujours au plus près de l'étonnement comme moteur de la force d'agir et d'inventer. Le transfert dans tous ses états et l'inconscient à l'œuvre.

Au départ, il y a le refus de la conception déficitaire de la folie et de l'univers concentrationnaire de l'asile. Pierre Delion nous rappelle ce que, avec ceux de sa génération, nous avons connu des misères et hontes de l'hôpital psychiatrique, de la détermination aventureuse et passionnée pour, selon la formule de Lucien Bonnafé, « construire le contraire sur ses ruines ».

Il nous fait une leçon de choses de sa visite de la mine d'ardoise de Trélazé où le conduisent ses interrogations sur l'alcoolisme de ses patients. Où encore, comment vient l'idée du poney pour une jeune fille autiste à partir de la remarque de son attirance et de son intérêt pour les odeurs fortes.

Ainsi, il trace le croisement entre les héritages et les avancées de la psychiatrie en cette deuxième moitié du XX^{ème} siècle, acteur et passeur des deux grands courants progressistes de la psychothérapie institutionnelle et du secteur. Il en dessine moult contours, non pas sous forme d'un étendard mais, pas à pas, dans un langage recevable par un large public.

Avec lui, le tissu social n'est pas un vain mot, il est vivant et pétri de langage. Avec simplicité, il nous fait part au passage de sa rencontre avec l'inconscient, lors d'un épisode où il s'est trouvé littéralement pris à la gorge par un patient dont il découvre que ce patient était persécuté par sa séduction, à son insu.

On le suit de service en service, entre Angers et ses environs et le Mans, avec un tropisme qui se confirme pour la pédopsychiatrie. Chaque prise de ses fonctions de chef de service est ici l'occasion de décrire la situation nouvelle, le panorama, l'existant dans lesquels il va se situer. Il met ainsi le lecteur au plus près, pour sentir, saisir un peu comment il s'y prend.

Puis il nous emmène sur sa route de « professeur », une bifurcation qu'il n'avait pas envisagée à l'origine mais qui s'est dessinée pour lui à partir des années 90, dans la préoccupation d'assurer au mieux enseignement et transmission, en se démarquant de la tradition des praticiens hospitaliers de service public.

Il se prépare donc à une carrière universitaire, puis passe l'agrégation et trouve un poste à Lille (il n'y avait pas de tapis rouge pour lui dans le milieu !). Là, en 2003, nous continuons à suivre un Pierre Delion inventif, et se déployant à grande échelle.

Il multiplie les lieux de rencontre et de formation. Les enfants en grande difficulté restent son point d'ancrage infaillible. Non seulement les enfants mais leur contexte, familial, hospitalier, enseignant, les « potentiels soignants » avec lesquels il établit des ponts et qu'il met au travail. Travail en réseau, projets de formation en écho à ce qui s'éveille sur le terrain, et les terrains où on le sollicite sont étonnamment variés et multiples.

Il continue pour aborder « l'enfance en difficulté », à chaque fois, à se conjuguer avec les forces vives sur place. La fidélité aux préceptes de la psychothérapie institutionnelle doit se faire discrète, mais les outils sont à l'œuvre.

Son récit de la consultation conjointe avec le neuropsychiatre est la traduction directe de sa façon d'aborder les troubles d'un enfant : un débat in situ plutôt qu'un combat par enfants et familles interposés. La psychanalyse n'est pas le centre, mais elle a toute sa place comme aiguillon et référence dans les rencontres.

Impressionnante est la liste des diplômés universitaires et instituts initiés ou organisés par Pierre.

Ce qu'il nous dit des accusations et poursuites qui lui sont tombées dessus en 2012 nous rappelle des événements qui ont secoué toute la profession. Période douloureuse dans laquelle il se situe avec courage, dignité, justesse, grandeur. Cependant, l'homme et le psychiatre ont été blessés, « triste affaire » en effet.

Enfin, et peut-être surtout, il faut dire qu'il s'agit d'un livre d'une brûlante actualité. Pierre Delion situe son combat de toujours au regard des enjeux actuels. Ces enjeux ont commencé à se profiler au tournant historique des années 90. Notre métier a été disqualifié dans toutes ses dimensions fondamentales, dont la valeur d'humanité, et la psychiatrie se trouve en réel danger. « Police de la pensée », « folie sous contention », « victoire du scientisme », il faut suivre l'auteur jusqu'à la fin de son livre, et jusqu'à sa dernière phrase : « la démocratie constitue bien le cœur du problème ».

Monique Thizon

« Transmettre - Psychiatrie, psychanalyse et psychothérapie institutionnelle »

Sous la direction de Patrick Chemla¹ – Editions Érès

Cette 9^{ème} publication s'inscrit dans la série des actes de colloques – au succès incontesté – organisés tous des deux ans, par l'association « La Criée », de Reims. Dans l'attente impatiente de la lecture des communications du rassemblement 2016 : « *Le collectif à venir* », dont les 400 participants et intervenants disent l'attraction des personnes concernées pour cette manifestation, et l'actualité des valeurs portées par ses organisateurs et acteurs, nous disposons, pour notre instruction et notre plaisir, des communications de 2014.

Si des ombres mauvaises obscurcissent et menacent ces dernières années les terroirs de la psychanalyse, de la psychiatrie, du médico-social, au risque de parfois nous accabler, c'est de tout autre chose (un inverse paradoxal ?) dont témoignent en sécurité, dans l'ici et maintenant des assemblées reimoises, les conférenciers et participants aux tables rondes et ateliers. Comment nos succédants demeurent-ils privés, frustrés, castrés des licences expérimentales de nos prédécesseurs – une génération généreuse, ravie et fière ? L'assemblage des communications, attractives, hétérogènes, saisissantes, agit comme le mot d'esprit dans la théorie freudienne : il révèle autre chose, bien autre chose que ce qui s'énonce et provoque de la joie et de l'intelligence, ouvre des séries

associatives, des pistes de réflexion et d'action, des réjouissances et de l'espoir.

La « *dialectique désaisissement/réappropriation* », dans les processus de soins et de savoirs, implique l'infamante reconnaissance de l'altérité, que l'autre – irréductible, inconnu – n'est ni un soi potentiel, ni un soi en devenir. Nombre de communications témoignent courageusement des dispositifs de reconnaissance des effets transférentiels, des opportunités de transmission, évitant les clonages et fétichisations toujours en embuscades. Les réticences à transmettre les codes, empêchements brutaux à enseigner, s'avèrent à travers ces récits, débiles ou malveillants, mais surtout impuissants. En-deçà de décrets de gouvernants ignares ou d'agents perversément intéressés à la ruine de l'expérience freudienne : – « Interdit de prononcer le mot psychanalyse ! Sinon je coupe les vivres ! », l'insu psychique, l'inconscient, ses accointances avec la langue et l'après-coup intrigue en toute sérénité sans attendre l'ébauche d'une convocation. Ses usages sont objet de persécutions. La distinction peut être aidante et justifier à la fois la véracité de propos découragés et l'extraordinaire vigueur d'équipes ou d'individus voués à accueillir et à traiter la folie dans l'ordinaire quotidienneté des dispositifs de soins.

¹ *Psychiatre, chef de service, psychanalyste, Reims.*

Transmettre ne porterait pas sur les gains, les aboutissements supposés des initiatives de l'après seconde guerre mondiale en psychiatrie, ou sur les leçons du contexte politique et idéologique d'alors : – « Toi ! Que sais-tu de la psychothérapie institutionnelle, de son corpus théorico-pratique, de ses figures de proue ? Réponds ! » Transmettre serait plutôt du registre de l'éprouvé initiatique et, secondairement, de l'accueil du récit ou de la mise en actes des affrontements à la folie, aux dispositifs, affects et représentations qu'elle sécrète (clinique, établissements, flux d'argent, division des tâches, textes, rapports de forces, etc.). Transmettre serait plutôt produire – ingénus en ingéniosités – ses propres instruments et discours, tant avec ses pairs qu'avec les moyens du bord, pour panser et penser l'épreuve toujours singulière de l'insensé, des failles de la raison, des perturbations mentales incarnées en un sujet et ses entours. Transmission par le vécu inestimable, par le traumatisme, et non pas héritage déloyal destiné à stériliser les héritants ?

Dans ce contexte, « *Qu'en serait-il d'une théorie de la pratique ?* » la théorie de la pratique ne serait autre que « *la psychopathologie de chacun* », reprend en références aux audaces de Lantéri-Laura, l'un des contributeurs. Aurions-nous retranché notre choc des rencontres avec la psychose, avec nos déraisons, nos blessures sociales et mentales, nos aliénations et leurs folles guerres ? Aurions-nous retranché les tourments de tortueux chemins de traverse pour offrir nos étapes balisées, voire terminales et faire économiser à notre descendance le filage des déplacements et conversion, des résistances ?

– « Non ! », démontrent les 26 auteurs², aux postures hétérogènes et aux communications souvent radicales quant à l'intelligence de ce qui se passe sur le terrain, et gouverne ce temps de partage hors-normes des rencontres de « La Criée ». Ce qui fait transmission, dans l'assemblage des récits des orateurs et écrivains, est la liberté prise – et donc offerte et due – que chacun puisse parler sa langue, dire son territoire et ses éclats d'histoire, de luttes, traduise l'ingéniosité de l'outil (de l'arme ?) thérapeutique que sont les clubs, les associations culturelles, les comités hospitaliers,

bref l'usage sans équivalence de l'associatif en psychothérapie institutionnelle. Transmettre notre outillage, nos instruments ? Peut-être, mais le savoir-faire en reviendra à ceux qui en feront usage. Il est évident que faire état de nos cumuls n'aidera guère nos jeunes compagnons à élaborer. Au mieux – et tant mieux – une impulsion joyeuse les tractera, apaisera les révélations du fait inconscient et l'emprise de l'étrangeté sur le familial, induisant alors des possibilités de créations.

S'il fallait accabler quelques causes, quelques responsables des détresses qui nous laissent tremblants et troublés, on pointerait les prédateurs qui accaparent les savoir-faire et savoir-être de tout un chacun pour brandir un savoir-dire estampillé, au nom de leur appartenance de classe, de leur érudition, de leur pouvoir et de ses abus. Ce sont ces meurtres de la connaissance et de la science que tentent et globalement réussissent à contourner (via des initiations et des retrouvailles) l'organisation et le fonctionnement de ces journées de Reims, comme de quelques autres regroupements, frappées du même sceau de l'associatif et de la « valeur humaine de la folie ». Non pas tant : – « Ah, bon ! Vous vous référez à la psychothérapie institutionnelle, comment faites-vous ? Nous c'est défendu, empêché », que : – « Dis-nous, comment es-tu affecté par l'insensé, par ta propre déraison, tes actes aliénés ? Comment t'en dépatouilles-tu, comment vous en dépatouillez-vous, collectivement, là où vous œuvrez ? ».

« *Résistance et vigilance* » insistait Jean Oury, à qui cet ouvrage est dédié, puisqu'à l'heure de ce colloque, son décès nous priva de son regard, de ses mots et sa voix, de son intelligence en analyse institutionnelle, de l'accueil interprétant et transmettant de son écoute de l'inconscient manifeste, là et quand la folie se niche et secrète de l'asile.

Marie-Odile Supligeau

Août 2016

² Alain Abrieu, Janine Altounian, Anna Angelopoulos, Olivier Apprill, Françoise Attiba, Amélie Barbier, Fethi Benslama, Patrick Chemla, Jean Cooren, Pascal Crété, Jean-Louis Giovannoni, Pierre Kammerer, Magali Latil, Émile Lumbroso, Sophie Mailhe, Faïka Medjahed, Simone Molina, Marie-France Negrel, Raymond Negrel, Françoise Nielsen, Virginie Périllhou, Benjamin Royer, Alexandra de Séguin, Nawal Souissi, Annie Topalov, Thérèse Zampaglione.

TDAH ? Pour en finir avec le dopage des enfants

Jean-Claude Saint-Onge – Éd. Ecosociété, 2015

Jean-Claude Saint-Onge qui est Docteur en socioéconomie a déjà publié il y a dix ans un livre sur les « Dérives de l'industrie de la Santé ». Puis « L'Envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique », et « L'influence de l'industrie pharmaceutique ».

C'est dire qu'il a la compétence, et pris le temps de mettre en lumière l'emprise de la finance mondialisée sur le soin, et les chemins empruntés pour la rendre possible, bien intéressante et très rentable.

Dans ce livre de 180 pages – et de 16 € –, l'usage sans faille de la logique permet de découvrir les manières de « communiquer », de fabriquer l'opinion publique et d'utiliser la signature du médecin, tout ce qui permet à l'industrie pharmaceutique d'augmenter ses bénéfices, ce qui est son but premier.

Les outils du diagnostic ne sont pas objectifs, ils sont en fait dans leur essence subjectifs et n'ont donc rien de scientifiques, ce qui a pour conséquence des nombres variables d'enfants (et même d'adultes) diagnostiqués TDAH³ en fonction des pays, ce qui fait le lit « d'épidémies » propices à la vente de médicaments. Quand les experts de ces « médicaments » sont liés financièrement à l'industrie pharmaceutique, ils sont alors réputés être les plus efficaces de la pharmacopée. En fait, à court terme et faible dose, ils peuvent atténuer un peu le symptôme, accroître la concentration et relancer l'activité. Mais à plus long terme, la plupart des enfants médicamentés présentent davantage de symptômes que ceux qui ne l'ont pas été.

De plus leurs effets indésirables soulignent l'intérêt fondamental qu'il est nécessaire d'accorder à la balance bénéfice/risque.

Pour la biopsychiatrie américaine, la cause du TDAH est un déséquilibre chimique du cerveau, inné, génétique que les médicaments corrigeraient : pourquoi ne nous dit-on pas lequel ? Serait-ce parce qu'il ne s'agirait que d'une croyance ? Mais la désimplification des parents dans les difficultés comportementales de leurs enfants soulage leur culpabilité, ce qui les lie aux pilules.

D'autant que l'industrie pharmaceutique investit des millions de dollars dans la « communication » promotionnelle. Comment ne pas être capté par le sophisme qui dit : « Si votre enfant avait le diabète, vous lui donneriez de l'insuline, n'est-ce pas ? » et d'ailleurs le TDAH est maintenant un « trouble à vie ». Certes l'information est nécessaire mais elle ne doit pas être incomplète, tendancieuse, biaisée voire mensongère.

Allen Frances, qui a dirigé les travaux du DSM IV, a reconnu sa responsabilité dans le déclenchement de trois « épidémies » : autisme, TDAH et bipolarité. (« No child left undiagnosed. The latest ploy to make childhood a disease » *Psychology Today*, 12 avril 2014) ; il critique très fortement et précisément la cinquième mouture du DSM, qui s'écrit maintenant en chiffres arabes et non plus en chiffres romains. Mais médicamenteusement les troubles du comportement est devenu un must absolu au point même qu'on appelle cela « médicaliser ».

Résultat, en 2013, les revenus de l'industrie Shine qui vend l'amphétamine Vyvanse au Canada et aux États-Unis ont été de 1 milliard 230 millions de dollars et, la même année les enfants d'âge préscolaire ont bénéficié aux USA de 396.000 ordonnances. La même industrie a créé un site internet qui vient de mettre en avant une nouvelle maladie, un sous-type de TDAH qui n'a pas encore de nom en français, le sluggish cognitive tempo dont 8 millions d'enfants sont atteints aux États-Unis.

Les adultes sont aussi très intéressants pour les producteurs de psychostimulants car le marché des autres psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques) est relativement saturé.

L'auteur qui avait écrit en 2013 à Montréal « Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie » aurait bien voulu appeler ce livre « Tous hyperactifs » mais c'est le titre qu'a donné Patrick Landman à son ouvrage de 2015.

La toute fin du livre, avant les index et les tables des matières, nous ouvre un terrible horizon : le classement, en commençant par la plus grosse, des amendes imposées par la justice à l'encontre de chaque industrie pharmaceutique pour ses transgressions de la loi. En 2012 GlaxoSmithKline a dû payer pour ses nombreuses infractions trois mille millions de dollars d'amende. La 22^{ème} n'a eu à payer que trois cent quarante cinq millions de dollars. La source est vérifiable puisqu'il s'agit du département de la Justice des États-Unis (p. 177). Le total de ces amendes se chiffre à presque 20 milliards de dollars en deux ans et ce chiffre ne prend pas en compte le règlement des indemnités aux victimes des effets secondaires. Faut-il que l'intérêt – financier – de ces industries soit supérieur à toute éthique du soin pour que ces industries n'hésitent ainsi pas à être condamnées. Le chiffre est beaucoup plus attrayant que le « savoir soigner vrai ».

Aussi vais-je ajouter : ne vient-on pas de mettre en lumière comment, en Allemagne, la découverte au milieu des années 30 de l'intérêt individuel et social des psychostimulants et la production à grande échelle de la métamphétamine par l'industrie Merck a permis de contribuer à soumettre toute une société pour le plus grand bénéfice du régime nazi. 35 millions de doses de métamphétamine ont été commandées pour la Wehrmacht au début de la guerre et si cette drogue a

permis le Blitzkrieg, elle a aussi entraîné les désastres militaires ; toute une société s'est trouvée dans la dépendance et la soumission.

Je vous propose alors d'enchaîner sur : « **L'extase totale**. Le III^e Reich, les allemands et la drogue » de Norman Ohler, éditions La Découverte, Paris, septembre 2016.

Françoise Coret

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



Le Centre Henry Dunant, pôle d'établissements de la Croix-Rouge française situé à Amiens recherche **un ou plusieurs psychiatres** pour : son EME : 1 ETP, son SESSAD : 0.5 ETP et son ESAT : 0.15 ETP. **Postes en CDI.**



Le Médecin Pédopsychiatre ou Psychiatre h-f travaillera sur une ou plusieurs structures au sein desquelles il effectue les soins ou traitements médicaux qui nécessitent des moyens diagnostiques et thérapeutiques particuliers et assure les interventions pour traiter les maladies propres à son domaine d'exercice. Il intervient auprès des partenaires concernés par les prises en charge et les suivis, et contribue à créer et à développer les relations avec les partenaires externes de l'établissement.

Il participe aux projets d'établissements du pôle, travaille en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires psycho éducatives autour des projets personnalisés des personnes accueillies, participe à la commission médicale et à la démarche qualité. Il assure un accompagnement médical de qualité et veille au bien être des enfants, adolescents et adultes accueillis dans le respect des valeurs de l'association.

Le profil du candidat :

Docteur en médecine h-f inscrit-e à l'Ordre des médecins avec DES de Pédopsychiatrie ou Psychiatre h-f ayant une expérience avérée auprès des enfants. Vous êtes doté d'un bon relationnel et souhaitez vous investir au sein d'une association vous permettant de prendre part aux projets des différentes structures.

**Candidature avec lettre et CV par courrier à : Madame la Directrice du Centre Henry Dunant
287, Rue de Paris - 80 000 AMIENS ou par mail au : centrehdunant.amiens@croix-rouge.fr**



La Clinique des Portes de l'EURE à VERNON
[45 min en train de Paris St Lazare]

recherche **deux psychiatres**
dont un avec une spécialité addictions.
Statut libéral de préférence (non exclusif) en CDI

Cette Clinique du Groupe Sinoué à vocation régionale, d'une capacité de 80 lits et 20 places développe une activité de Psychiatrie Générale et de Psycho réhabilitation destination des patients dès 15 ans et trois mois.

Merci de contacter Dr Martine Wonner - 06 09 66 53 19
martine.wonner@groupe-sinoue.com



PSYCHIATRIES

Revue de recherche et d'échanges

N'hésitez pas à vous connecter

sur le site : www.psychiatries.fr

Courriel : info@afpep-snpp.org

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

A NOTER
NOTRE NOUVELLE ADRESSE

AFPEP, SNPP et ODPC - PP
21, rue du Terrage – 75010 PARIS

Nos prochains rendez-vous :

SESSIONS DPC

- ◆ **Approche psychodynamique de l'addictologie**
11 mars 2017 à Paris
- ◆ **Psychosomatique**
25 mars 2017 à Nice
- ◆ **Éthique et Psychiatrie**
24 juin 2017 à Paris

XLVI^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA PSYCHIATRIE PRIVÉE

- ◆ **28 au 30 septembre 2017 à Lille**
-
-