

# Sommaire du BIPP n° 44 - Avril 2006

[Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 44 au format PDF](#)

**Editorial - Pierre Cristofari**

**La confidentialité - Jean-Jacques Laboutière**

**L'avenant n° 10 (suite) - Yves Froger**

**Cotation des actes (suite) - Olivier Schmitt**

**Etude contre protocoles : c'est parti ! Patrice Charbit**

**Dossier type de demande d'agrément - Patrice Charbit**

**Au sujet des dépressions chez l'enfant - Martine Fleury**

**Questions à propos d'un licenciement**

**Adressage - Pierre Coërchon**

**Violences urbaines ou suicides urbains ? Françoise Cointot**

**Caille pour ra et vice-versa - Pierre Coërchon**

**Bruits de bottes - Pierre Cristofari**

**Dérapages éthiques - François Oury**

**Traiter et prendre en charge les psychopathes - Jacques Louys**

**Les psychiatres français à la WPA (suite) - Antoine Besse**

**Actualités conventionnelles - Olivier Schmitt**

## Editorial

Pierre Cristofari

C'est sur un triple front que doit se mener aujourd'hui notre lutte syndicale. Curieusement, ces trois fronts rejoignent des préoccupations essentielles, quand les discours liberticides s'affichent sans complexe :

- le libre accès au psychiatre, dont la suspension produit déjà des effets délétères,

- le secret médical, dernier rempart de la liberté individuelle, bousculé pour des raisons qui ne résistent pas à l'analyse,
- l'évaluation, mot emblématique d'un prêt-à-penser à l'œuvre dans l'éducation, la recherche, la médecine.

Evaluation dont s'exonèrent volontiers ceux qui la prêchent pour les autres, comme en témoigne le désolant rapport de l'INSERM sur la prévention de la délinquance. Désolant par ses conclusions, mais aussi et peut-être surtout, affligeant par la médiocrité de sa méthode. Comment un label aussi prestigieux que celui de l'INSERM peut-il servir de caution à un nouveau recul de la démarche scientifique, au profit de dogmes normatifs ?

Si l'évaluation est la fixation du prix, notre travail vient une nouvelle fois d'être évalué à la baisse. L'augmentation d'un euro de toutes les consultations, y compris des nôtres, est une nouvelle injure : augmentation en valeur absolue, et pour nous diminution en valeur relative ; la Confédération des Syndicats Médicaux Français, qui prône l'égalité de traitement de tous les médecins, n'hésite pas une fois encore à sacrifier les moins avantagés.

Mais peut-être veut-elle simplement nous donner là une indication de vote pour les élections (prévues en mai), à ces usines à gaz et à fromages que sont les Unions Régionales des Médecins Libéraux...

**Pierre CRISTOFARI**  
Hyères

## **La confidentialité**

Jean-Jacques Laboutière

Tous les psychiatres, et même tous les médecins la revendiquent et pourtant nous sommes régis par une convention, signée par des syndicats médicaux avec l'aval d'un syndicat de psychiatres, qui limite cette confidentialité au seul respect du secret médical, ignorant que l'exigence de confidentialité va bien au-delà de cela.

En effet, dans leur très grande majorité, les patients sont opposés à ce que nous transmettions des informations à un autre médecin, traitant ou autre, et il nous faut parfois faire preuve de conviction lorsque nous pensons que c'est souhaitable. Cela suffirait à rappeler cette exigence.

La seule réponse faite aux patients, et revendiquée par nos collègues du SPF : « Les patients ont toujours le choix de se mettre hors parcours de soins, et d'acquitter les pénalités financières qui en découlent, ce qui exonère le médecin de toute obligation de transmission d'informations ». Autrement dit, bien sûr c'est understandable, on peut le comprendre, mais ça se paie.

Cela ne serait plus que le choix, l'affaire du patient, le praticien étant dédouané de toute obligation de confidentialité si le patient refuse de payer.

Telle est en effet la ligne conventionnelle.

Nous la refusons.

Il appartient aux psychiatres de préserver l'exigence de confidentialité de la même façon dans tous les cas de figure, accès spécifique, accès coordonné, accès hors coordination.

Depuis toujours nous ne transmettons à nos correspondants que les données qui nous semblent pertinentes.

Depuis toujours nous laissons le soin aux patients d'informer ou non leur médecin traitant de leur démarche lorsqu'elle est de leur propre initiative. Rien ne justifiait d'abandonner cette façon de faire.

La convention ne nous laisse pas d'autre choix que celui d'une opposition militante pour la défense des patients et de la psychiatrie.

Cette convention, à l'instar de la Loi de Réforme de l'Assurance Maladie, repose sur l'idée qu'on ne pourrait pas faire confiance aux patients. Tout doit être écrit, transmis, transparent.

Nous atteignons un degré d'infantilisation et de suspicion à l'égard des patients que nous n'aurions pas imaginé. Il n'y aurait plus moyen de s'en remettre à la parole du patient pour le soigner. Seul compte désormais ce qui est écrit.

Que restera-t-il de la psychiatrie si nous acceptons cette injonction ? Pouvons-nous accepter de réserver les soins psychiatriques au sens vrai du terme aux seuls patients prêts à payer pour cela ?

Depuis l'été 2004, date de promulgation de la Loi, nous maintenons la même position critique de refus et de dénonciation des dangers pour les patients et pour l'avenir de la psychiatrie.

Nous avons refusé d'associer le mode d'accès aux soins et l'exigence de confidentialité.

Notre combat pour l'accès spécifique total repose sur la conviction que toute entrave aux soins, comme peut l'être l'obligation implicite du passage par le médecin traitant, doit être contournée.

L'accès spécifique total permet précisément de dépasser cet écueil. En s'appliquant à tous, sans distinction, il nous permettait de satisfaire aux exigences de la confidentialité pour tous, en continuant de travailler comme nous l'avons toujours fait, et donc en ne transmettant que ce qui nous semble pertinent, et avec l'accord du patient. Nous ne devons jamais perdre de vue que la coordination des soins doit avant tout respecter ces deux principes déontologiques qui priment sur toute écriture conventionnelle.

L'obligation conventionnelle de coordination des soins doit être comprise comme une prédisposition à communiquer ce qui est nécessaire et accepté par le patient.

Nous devons imposer ce point de vue. La situation nouvelle créée par l'avenant n° 10 qui limite l'accès spécifique aux patients de moins de 26 ans nous complique la tâche, mais ne doit pas nous détourner de l'impératif absolu de confidentialité pour tous et de la même façon.

C'est dans cet esprit que nous participons aux travaux préparatoires à la mise en place du DMP.

Il s'agit d'abord de faire appliquer rigoureusement le droit reconnu au patient par la loi de masquer toute information sur le DMP s'il souhaite le faire.

Il s'agit ensuite, et nous l'avons déjà obtenu, que toute inscription de diagnostic sur le DMP soit préalablement négociée avec le patient.

Il s'agit enfin d'imposer l'idée que le DMP ne doit contenir que des informations de nature strictement médicale et incontestablement utiles à la coordination des soins sans jamais porter atteinte à l'intimité du patient.

Cette réflexion ne se situe pas dans le cadre conventionnel qu'elle dépasse très largement puisqu'elle concerne l'un des aspects de la Loi de Réforme de l'Assurance Maladie.

Les interlocuteurs sont plus nombreux et d'horizons beaucoup plus variés, mais hélas le concept de confidentialité est tout aussi difficile à faire passer face à des personnes avides de tout savoir, et surtout ce

que l'on veut cacher, et qui dénie bien souvent l'idée même d'intimité.

**Jean-Jacques LABOUTIERE**  
**Mâcon**

## **L'avenant n° 10 (suite)**

Yves Froger

Vous êtes à ce jour 2 300 à avoir signé la pétition que nous avons lancée.

Ce chiffre est considérable comparé aux 1 100 signatures que nous avons recueillies en avril 2005, et surtout votre soutien massif nous a permis de demander un rendez-vous au directeur de l'UNCAM M. Frédéric Van Roekeghem dont nous attendons la réponse.

Nous pouvons affirmer que nous sommes pleinement représentatifs des psychiatres libéraux, ce qui légitime notre demande d'audience.

Deux syndicats de psychiatres publics, le Syndicat des Psychiatres Hospitaliers et l'Union Syndicale de la Psychiatrie qui soutiennent totalement notre démarche ont accepté de nous accompagner à cette entrevue quand elle aura lieu.

N'oublions pas en effet que le système sera réévalué dans un an, et s'il est difficile d'obtenir un retrait immédiat, il importe de prendre date en réaffirmant le souhait des psychiatres dans leur ensemble et en soulignant d'ores et déjà les difficultés rencontrées.

Vous êtes nombreux à nous écrire pour nous relater les difficultés et les impasses du parcours de soins. Vous êtes aussi un certain nombre à nous signifier une baisse très nette des appels téléphoniques voire de votre activité ce qui fait craindre une réticence des patients à s'engager dans les soins au regard des obstacles rencontrés.

Une autre échéance importante se profile à court terme maintenant, les élections aux Unions Régionales des Médecins Libéraux fin mai. Chacun aura l'occasion de sanctionner les fossoyeurs de la psychiatrie et ceci en fonction de la configuration locale.

Il existe au sein de la Confédération des Syndicats Médicaux Français des courants d'opposition à la ligne directrice qui sont majoritairement présents dans certains départements et qui peuvent être soutenus. Ailleurs ce seront les défenseurs des lignes directrices de la CSMF et du SML qui devront être écartés des suffrages au profit des listes d'opposition lorsqu'elles sont présentes.

**Yves FROGER**  
**Lorient**

## **Cotation des actes (suite)**

Olivier Schmitt

## Une consœur nous envoie le courriel suivant :

*Dans le BIPP N° 43, sur le tableau p. 11, vous indiquez pour les psychiatres en secteur 1, dans le cas de patients de 26 ans et plus en accès hors coordination, un remboursement de 70 % de 37 euros.*

*Or, le site “ ameli.fr “ contient des informations contradictoires :*

*- hors du parcours de soins coordonnés.*

*Psychiatre secteur 1 : base du remboursement :*

*37 euros et taux de remboursement : 60 %.*

*Mais, au paragraphe suivant :*

*- si vous avez déclaré votre médecin traitant ;*

*psychiatre secteur 1 : base du remboursement :*

*40 euros et taux de remboursement : 70 %*

*- si vous n’avez pas déclaré votre médecin traitant ;*

*psychiatre secteur 1 : base du remboursement :*

*37 euros et taux de remboursement : 60 % !*

*Qu’en conclure ?*

## La réponse que nous lui avons adressée :

Voici les textes auxquels nous nous sommes référés.

Article L162-5-3. du Code de la Sécurité Sociale.

*“La participation prévue au I de l’article L. 322-2 [ticket modérateur] peut être majorée pour les assurés et les ayants droit **n’ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.** Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n’est pas appliquée, notamment lorsque est mis en œuvre un protocole de soins”.*

Décret n° 2005-1369 du 3 novembre 2005 fixant les conditions dans lesquelles la majoration prévue à l’article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale n’est pas appliquée.

Art. D. 162-1-7. – “La majoration prévue au cinquième alinéa de l’article L. 162-5-3 n’est pas appliquée lorsque le patient consulte, **sans prescription de son médecin traitant**, des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie.”

Or, la phrase “**n’ayant pas choisi de médecin traitant**” du premier article cité instaurant la majoration du ticket modérateur ne se retrouve pas dans le décret limitant son application. L’UNCAM dans sa “largesse d’esprit”, interprétant à la lettre et donc de manière restrictive ce décret, pénalise donc, même en psychiatrie, les patients qui n’ont pas choisi leur médecin traitant. Donc, dans ce cas, les patients ne sont remboursés que sur la base de 60 %, alors même qu’ils le sont à 70 % s’ils viennent directement dès lors qu’ils ont par ailleurs choisi leur médecin traitant (toutes les CPAM ont reçu une circulaire de l’UNCAM dans ce sens).

Nous n’en avons donc pas fini avec cette usine à gaz... Que faire alors pour aider nos patients ? Sans doute leur signaler l’intérêt de déclarer un médecin traitant pour ne pas risquer de n’être remboursés qu’à 60 %, en sachant que nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour préserver la confidentialité des entretiens...

Olivier SCHMITT  
Niort

## Etude contre protocoles : c'est parti !

Il s'agit de donner un aperçu juste de la clinique, telle qu'elle se présente aux psychiatres d'exercice privé. L'avis de ceux qui voient les patients est a priori plus éclairé que celui d'universitaires qui fréquentent ministères et groupes de pression.

Les tutelles veulent nous cantonner à un avis d'expert du risque suicidaire ou de la psychose décompensée. Une étude des faits permettra de revenir à des préoccupations sérieuses et d'envisager le rôle du psychiatre dans toutes ses dimensions.

Bien que souvent proches de la retraite et fatigués des péripéties angoissantes de l'évolution de leur métier, les psychiatres, surtout dans l'élan des aléas de l'accès spécifique, ne seraient sans doute pas mécontents de témoigner de leur pratique.

C'est en tout cas, le point de vue de ceux à qui j'en ai touché deux mots.

Nous pourrions imaginer les choses de la façon suivante :

Supposons que nous obtenions 500 réponses de la part des 6 000 psy privés ; quelques volontaires du SNPP se répartissent les copies, se retrouvent un premier week-end quinze jours plus tard, digèrent ce qui s'y est dit, se re-répartissent les copies, se retrouvent pour un deuxième week-end encore quinze jours plus tard puis rédigent les résultats qui seront alors discutés au SNPP. Pas de grille de lecture préalable autre que là où nous en sommes pour en juger, c'est-à-dire en moyenne plus de 25 ans d'expérience...

Le substratum serait de demander à chaque psychiatre d'écrire une vignette clinique qu'il juge la plus représentative de sa pratique suivie d'un bref commentaire laissé à sa guise. Nous risquons d'avoir des surprises, c'est justement cela qui peut être intéressant.

Les résultats seraient communiqués aux confrères, à la presse, aux tutelles et pourraient servir de rappel des véritables enjeux.

La clinique ne se décrète ni dans un cabinet ministériel ni dans un conseil d'administration de grande entreprise « opéable » à merci. Les professionnels qui l'observent ont certainement leur mot à dire.

Les temps sont à « l'évaluation des pratiques professionnelles » doublée d'une « formation médicale continue » et dans le même temps l'Etat décrète la formation des psychothérapeutes, décrète ce que sont les troubles du comportement des enfants à partir de 36 mois, décrète les méthodes d'enseignement de la lecture conformes à la neurobiologie. De là à ce que soit décrété ce que doit être la relation des psychiatres aux personnes qui viennent les voir, il n'y a qu'un pas.

La légitimation par la « science » de décisions politiques relève d'une histoire récente que nous ne devrions pas oublier.

La description par des praticiens de leur réalité quotidienne est un moyen tangible de fixer de sérieux indices de ce qui est évaluable ou pas, d'insister sur les vertus de l'inter-formation, d'imaginer des améliorations du système et non sa suppression. Nous serait-il interdit d'avoir des ambitions pour notre métier ?

Une observation pas trop longue, dactylographiée et anonyme devrait faire l'affaire ; un simple cachet au dos de l'enveloppe certifiera qu'elle pourra participer du décompte. Le plus court délai possible serait parfait. Vous connaissez l'adresse du SNPP où la faire parvenir.

**Patrice CHARBIT**  
**Paris**

# Dossier type de demande d'agrément (morceaux choisis...)

Patrice Charbit

Nous n'avons pas encore traduit l'intégralité de ce volumineux dossier. Quelques exemples pour **illustrer ce à quoi nous sommes exposés**. C'est à cela qu'il nous faut réagir. **C'est là que notre étude peut servir de levier.**

« Identifier la structure (ou la personne) au sein de l'organisme qui élabore à tout échelon (local, régional, national) la politique de gouvernance scientifique c'est-à-dire le choix des thèmes médicaux des programmes, le choix des critères et indicateurs d'évaluation des programmes et/ou de FMC autour desquels se construisent les programmes et le choix des méthodes qui permettent de garantir la qualité des informations médicales scientifiques constituant les programmes ».

« Qualité des données scientifiques utilisées dans les actions/programmes d'évaluation des pratiques et de FMC.

1/ Sur quels éléments, l'organisme évalue-t-il la qualité scientifique (niveau de preuve) des données sur la base desquelles sont élaborés les programmes.

2/ Quelle(s) procédure(s) permette(nt) :

- de valider le contenu scientifique de chaque action programme
- d'identifier les interventions des différents experts dans chacune des actions/programmes » etc.

**Patrice CHARBIT**  
**Paris**

## Au sujet des dépressions chez l'enfant

Martine Fleury

Dans le bulletin de l'AFFSSAPS de février 2006 : « Ainsi en France, les médicaments anti-dépresseurs sont déconseillés dans le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent », selon l'avis d'un "groupe multidisciplinaire d'Experts".

Je crains que des passages à l'acte donnent tort à l'AFSSAPS, mais il sera trop tard.

Les antidépresseurs ne sont pas la panacée, les neuroleptiques et autres Ritaline non plus. Il serait temps de revenir à du bon sens et penser à repérer les causes des troubles comportementaux, à commencer par la biologie (toute simple).

Les enfants d'aujourd'hui sont polyintoxiqués ou carencés, en fer en particulier.

Je n'apprendrai à personne le "buvard" qu'est le psychisme d'un enfant, par rapport aux fonctionnements familiaux et transgénérationnels, ou plus largement environnementaux, sans parler des violences dont il peut

être victime directement.

Le “tout chimique” ne sauvera pas la planète ni l’espèce humaine, mais dans certains cas, dans l’urgence et sous haute surveillance, l’outil chimique peut aussi sauver des vies.

Chaque cas est un cas particulier et il appartient au médecin et à lui seul de décider, en fonction de sa formation et des connaissances du moment, quelles sont les attitudes thérapeutiques les plus appropriées pour soulager la souffrance d’un individu, enfant ou adulte, à un moment de son existence.

Le risque des recommandations de l’AFSSAPS est de ne pas apporter de preuves scientifiques suffisantes, et en même temps de créer un doute dans l’esprit du médecin, qui n’en est pourtant déjà pas avare !

Il serait temps que ces “recommandations” fassent l’objet de travaux beaucoup plus importants et qui justifiaient des actions de FMC pertinentes.

En conclusion, je propose qu’on évalue l’AFSSAPS !

**Martine FLEURY**  
**Rouen**

## **Questions à propos d'un licenciement... Rénover ! ou les pieds nickelés à la santé**

Le 2 février 2006 le psychiatre d’un ITEP de l’Eure<sup>(1)</sup> a été licencié, sans préavis ni indemnités, pour « faute grave », après dix-huit ans d’exercice dans l’institution.

Cette qualification ne réussit pas à dissimuler la véritable raison de cette mesure : la critique par ce praticien des ravages opérés, au sein des institutions médico sociales, par le modèle gestionnaire, un modèle sommant les personnels de se taire et d’appliquer sans commentaires ni aménagement ce qui leur est assigné, autrement dit la transformation de ces institutions soignantes en « plateaux techniques », visant à un « formatage » des subjectivités, à leur conditionnement comportementaliste ou médicamenteux, certes propédeutiques à l’univers mécanisé de la consommation marchande, mais dont les autres conséquences restent à préciser. Remarquons déjà qu’il s’agit d’une reprise, parfois sous la figure de la farce féroce, des projets biopolitiques de technologisation de l’homme, déjà à l’œuvre dans les années trente, projets supposant la réduction de l’humain à un substrat manipulable en fonction des exigences du politique ou du marché, avec les résultats que même les « ingénieurs du social », petits-fils numérisés de Maxime Gorki et de Eugen Fischer, ne devraient pas méconnaître.

Ce type de licenciement, passage à l’acte permettant d’éliminer efficacement la moindre objection, est loin d’être exceptionnel et leur nombre va manifestement en se multipliant de jour en jour - il s’avère cependant en cette occasion exemplaire par sa violence caricaturale et son cynisme : licenciement sans considération ni pour la dignité médicale, ni pour le travail accompli, ni pour les années passées, ne laissant pas même la possibilité de prendre congé des jeunes et du personnel.

Une telle décision n’a manifestement pas d’autre raison que l’instauration du type de rationalité et de l’éthique régnant dans les supermarchés - autrement dit la crainte et la soumission. Comme de règle, c’est évidemment au nom de prétendus « dysfonctionnements », dont personne ne s’est jamais risqué à indiquer en quoi ils consistaient. Par contre les salariés des institutions spécialisées noteront sans doute avec intérêt que ce qui fait la difficulté croissante d’un travail sous payé peut de surcroît être constamment retourné contre



eux dans un geste dont le cynisme et la tartufferie ne font que dévoiler la structure d'un politique moderne transformé en un nouveau « hache-viande »<sup>(2)</sup> bénévole et doux.

Il est notable que cette mise au pas s'inscrit en particulier dans une démarche de mise en conformité avec la rhétorique explicitement marchande de la très remarquable « loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale ».

Pour témoigner notre soutien à ce praticien, mais aussi pour débattre des effets de la loi 2002-2 et débusquer « l'œuvre » impitoyable de marchandisation et de technologisation du secteur médico social qui accompagne l'inévitable (?) mondialisation libérale :

La section syndicale CFE-CGC  
de l'Institut Les Fontaines Vernon  
L'association « Antigone à Grambois »  
L'association Apolis ont organisé  
une réunion débat le 18 mars à Vernon.

1 Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique ou ITEP depuis janvier 2005 – ex Institut de Rééducation.

2 On trouve ce terme dans L'archipel du Goulag d'Alexandre Soljénitsyne.

## Adressage

Pierre Coërchon

Dans son courrier de clôture de l'année 2005 que le président d'un syndicat psychiatrique voisin envoie à ses confrères à propos de la signature de l'avenant conventionnel numéro dix, le lecteur a pu s'arrêter sur un curieux mot de l'auteur : adressage.

Nous apprenons ainsi à la lecture de ce document que : « d'ailleurs, en moyenne et depuis longtemps plus de 50 % des patients consultant pour la première fois un psychiatre le font sur adressage d'un médecin traitant », ceci venant entériner tout débat sur la question déjà jouée de la liberté d'accès à un psychiatre dans le cadre du parcours de soins.

Nous laisserons de côté l'affirmation statistique péremptoire mais douteuse pour nous intéresser à l'apparition du nouveau terme d'adressage. Nouveauté en effet sur laquelle le professionnel du psychisme ne peut manquer de s'interroger quant à l'intentionnalité inconsciente ou pas de son créateur ou reprenneur.

S'agit-il ici d'un mot d'esprit ? Il n'apparaît pas dans le ton général du texte cette suggestion interprétative autorisant le lecteur à entrevoir une possibilité de libre arbitre lui permettant l'adhésion, la critique ou la résistance.

S'agit-il alors d'un lapsus ? Nous voulons bien accorder à son auteur cette possibilité, mais alors s'y lirait l'expression du désir inconscient d'un sujet en train de batailler avec l'idée d'enfin maîtriser c'est-à-dire de parvenir à dresser l'adresse de son patient, le a privatif venant illustrer par le jeu de la lettre une atténuation de cette intentionnalité dans un débat privé intime contradictoire. Le sentiment du lecteur ne manquerait pas alors de verser vers une indulgence familière dans une sympathie de connivence subjective inconsciente.

Dans une troisième hypothèse, le psychiatre clinicien de formation classique ne peut manquer de repérer dans la création du « néo-mot » d'adressage un néologisme du type métaphore délirante témoignant du travail

langagier de reconstruction d'un individu happé dans une structure psychotique et tentant de rattraper une signification.

Gardons-nous d'un étiquetage définitif parmi ces trois hypothèses. D'autres lectures pourraient certainement être envisagées. Laissons l'évolution naturelle temporelle du cas nous enseigner.

Néanmoins, nous ne sommes pas sans savoir les enjeux fondamentaux éthiques, théoriques et pratiques des modalités d'adresse d'un patient à son psychiatre et de ce fait chacun de nous aura à situer la responsabilité de son acte thérapeutique en fonction de cette nouvelle et malheureuse donne que représente la signature et la parution au Journal officiel de cet avenant conventionnel numéro dix.

**Pierre COËRCHON**  
**Clermont-Ferrand**

## **Violences urbaines ou suicides urbains ?**

Françoise Cointot

Je ne cesse de penser au dadaïsme qui a précédé chronologiquement le mouvement surréaliste depuis l'effervescence en France desdites violences dans les banlieues, sans me résoudre à les réduire à de simples casseurs, de simples sujets manipulés par des groupes religieux ou mafieux... Dada était une révolution absolue à une seule différence et c'est ce qui doit nous interroger profondément : quand en 1916, en pleine boucherie de la sale guerre 14/18, alors que médias et intellectuels sont englués par un endoctrinement et un lavage de cerveaux, Tristan Zara et Hugo Ball entraînent dans leur sillage les plus grands artistes de l'époque : Arp, Aragon, Breton et Duchamp au cabaret Voltaire à Zurich, c'est qu'ils sont encore créateurs pour proposer une attaque en règle contre toute logique et ses contraintes, en faveur d'une liberté totale de l'art délivré de l'obligation de répondre aux canons esthétiques du corps social.

En 2005, dans l'illusion quasi délirante d'équité des démocraties et de la liberté individuelle, les sociétés civiles obnubilées par les options sécuritaires et la tyrannie économique de l'emploi, lénifiées par l'illusion toute-puissante de la liberté individuelle et du libre choix, aveugles à la perte des croyances dans les institutions politiques, syndicales, judiciaires, pédagogiques n'ont pas anticipé que le malaise exploserait chez ceux à qui nous ne transmettons plus rien, ou seulement du cynisme et de la peur. Ce sont des enfants âgés de 10 à 16 ans qui enflamment nos cités, mais peut-on encore parler de « nos » cités quand elles ont été soigneusement excentrées des centres-villes en ghettos de la pauvreté, de la désertification institutionnelle et des chocs culturels et religieux, quand les clivages dans la société civile ont été précédés de clivages territoriaux au sein des villes.

Ces enfants et adolescents nous font la guerre, cassent, brûlent, pillent de façon quasi suicidaire, en explosion de malaise en réponse à l'abandon de la tutelle parentale et civile, comme un cri de désespoir, sans peur de la répression, sans peur de s'y perdre, organisés par leur communauté de conditions, désamarrés de toute culpabilité, de tout frein surmoïque...

Parler de violence à l'adolescence comporte deux risques :

- celui d'assimiler la violence et l'adolescence, ce qui ne manque pas d'être entretenu par l'inquiétude du public envers les adolescents, dont on dit qu'ils ont trouvé dans la violence un moyen naturel et efficient pour qu'on s'intéresse à eux ;
- celui de généraliser en ne recherchant dans la violence à l'adolescence qu'une causalité externe sociologique, faisant l'économie des facteurs internes psychiques.

La violence à l'adolescence met en question la question du normal et du pathologique et non des troubles du comportement dont certaines classifications outre-Atlantique voudraient faire une entité. Ne faisons pas ici l'économie du sens de cette violence.

Ce que montre l'adolescent à travers une violence individuelle, c'est sa crainte de ne pas contrôler son appétence de l'autre, sa peur de ne pas survivre au sentiment d'abandon, ravivé par le travail de séparation-individuation.

Ce que montrent les violences urbaines perpétrées par des bandes d'adolescents, c'est la sommation de détresses, l'attaque de ce dont ils attendent le plus, c'est-à-dire tous les symboles de leur futur, tous les bastions de la génération qui les précède.

Dans ces deux cas de figures, ne négligeons pas que la violence traduit une vulnérabilité psychique, est toujours une solution de ratage car elle piège, enferme, isole et devient le soutien de l'identité du sujet.

Plus l'adolescent a un monde interne avec des images parentales ou institutionnelles non sécurisantes, plus grande est sa fragilité par rapport au monde extérieur et plus important est le risque d'attaque, de violence sur lui-même ou sur le monde extérieur.

Les parents ne sont pas responsables en terme de culpabilité mais ils ont un rôle dans la structuration du monde interne de leur enfant. Les sociétés civiles ont par ailleurs un rôle d'anticipation et d'écoute des mutations séculaires.

L'école et les voies initiatiques que sont les apprentissages de personne à personne sont un pilier incontournable des démocraties et de l'expérimentation de la citoyenneté. Je reprends volontiers une citation de Malraux : « La nouvelle mission culturelle de la collectivité publique implique que l'école ne se borne pas à procurer à l'individu les connaissances et la formation dont il a besoin pour remplir sa fonction ; elle doit le préparer à trouver... les valeurs qui ordonneront sa vie ». La transmission des connaissances et du savoir-faire ne suffit pas ; il y faut la fermeté et la douceur de l'expérience des générations qui se sont auparavant trompées...

Devant le vidage psychique que produit toute forme de violence individuelle ou collective, il y a toujours urgence de penser avant de faire et je propose pour cela trois repères :

- saisir la violence dans une historicité à la fois individuelle, familiale trans-générationnelle et culturelle voire politique, pour repérer les temps manqués de l'évolution du sujet dans ces divers champs,
- résister à la contraction temporelle qu'induit tout acte violent, pour éviter le court-circuit age de la pensée, c'est-à-dire œuvrer pour un travail de mise en sens et de détoxification de la violence,

- fuir la complaisance qui pousserait à la justification trop hâtive ou au mimétisme de cette violence, ce qui ne permet pas à leurs auteurs de choisir de s'en dégager.

Quand les politiques et la justice ont leur rôle à jouer nous avons nous aussi le nôtre.

Du côté du thérapeutique la violence doit solliciter chez nous, plus que la fonction alpha décrite par Bion, ou l'écoute, l'art et le savoir-faire du conteur, rendant possible la rencontre de ces adolescents avec des adultes en mesure d'entrer en relation avec eux, pour se saisir de leurs histoires en la leur racontant comme de l'extérieur, afin de se centrer sur le sens de cette violence.

Nous aurions alors à nous transformer en conteur, nous mettant nous-mêmes en pensée à la place du patient en action, pour lui raconter ce qu'il n'a pu penser de ses actes, si celui-ci le veut bien ou nous en donne le temps...

**Françoise COINTOT**  
**Saint-Malo**

## **Caille pour ra et vice-versa**

Pierre Coërchon

Item 1 : Opérer une chirurgie du mot, le couper réellement et le traiter comme corps littéral malade.

Item 2 : En inverser les syllabes.

Item 3 : En faire signe d'appartenance à un groupe.

Item 4 : Laisser la scarification chéloïdaire évidente, apparente et sans équivoque.

Item 5 : Lorgner dessus avec envie, crainte, dégoût ou indifférence.

Item 6 : Faire scandale médiatique en franchissant une limite insupportable voire soi-disant dire tout haut ce qui serait pensé tout bas.

Item 7 : Remettre de l'ordre par raison.

Item 8 : Et vice-versa.

Racaille et caille-ra :

De quel franchissement scandaleux s'agit-il ?

Si ce verlan n'est pas l'envers de l'inconscient, la « crise-passion » directe de sa remise en ordre vient-elle solutionner l'affaire ?

De quel ordre s'agit-il ? De quelle raison ?

Observons ici des manifestations peut-être, mais probablement pas celles d'un sujet de l'inconscient pour de tels inconscients.

Références bibliographiques : DSM n+1

## **Bruits de bottes**

Pierre Cristofari

Lundi 20 mars vers 17 heures une vingtaine de gendarmes assistés de chiens ont pénétré dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Pierrefeu (Var).

Ils ont pénétré dans plusieurs pavillons pour rassembler les patients, les ont fouillés et les ont fait renifler par les chiens qui les accompagnaient. Alors que le directeur de l'établissement et le directeur des soins étaient présents, aucun médecin n'avait été prévenu...

Notons que cette opération spectaculaire, n'a permis de trouver aucun produit illicite... Mais ce genre de conduite, que l'on aurait bien tort de prendre pour un incident banal, doit montrer que les psychiatres sont vraiment en première ligne devant toute dérive policière et normative de la société.

Les malades à l'hôpital ou en ville, les enfants en institution, sont les victimes facilement désignées d'un « ordre moral » dont il faut garder toujours présent à l'esprit le danger.

Les collègues d'exercice public ou privé mènent incontestablement le même combat, dans lequel la position du sujet doit être considérée comme prioritaire et dans lequel on doit être du côté du plus faible.

Nous attendons les éclaircissements que les administrations (hôpitaux, DDASS, préfecture) devraient être obligées de donner devant des conduites aussi intolérables.

**Pierre Cristofari**  
**Hyères**

## **Dérapages éthiques**

François Oury

Historiquement, il est largement avéré que les dérapages éthiques en psychiatrie préfigurent ceux de la médecine.

Médecine à deux vitesses ? Et, pour les pauvres, traitement symptomatique, soins palliatifs ? Et normes consensuelles ?

Ce n'est pas pour demain ? En psychiatrie, c'est pour aujourd'hui.

Comme officier de santé, il peut être pertinent d'abattre une partie du cheptel, de fusiller les pestiférés pour éviter la contagion.

Ce n'est pas mon métier.

(N.B. : ce point n'est pas discutable)

Consentir à gérer scientifiquement<sup>2</sup> le comportement de mon prochain en est même l'exacte négation.

Alors, J'ACCUSE.

J'accuse les masses économiques représentant la bio-logique<sup>3</sup> et la technologique<sup>4</sup> de gestion d'affaires<sup>5</sup> en psychiatrie.

1 Point critique : cf. "point de catastrophe" dans la morphogenèse (R.Thom).

(A comparer avec "information" par code boire = action de rendre informe.

2 Scientifique : réduction par une suite finie d'algorithmes de tous les degrés de liberté du comportement d'un phénomène.

3 Bio-logique : selon Schrodinger, exportation de l'entropie hors d'une "cellule" (c'est également "la logique de l'Entreprise" post moderne.)

4 Techno-logique : efficace = bien, juste moins efficace = mauvais, faux.

5 En droit : "Acte d'une personne qui a voulu agir pour le compte d'un tiers, dans son intérêt, sans avoir reçu mandat de celui-ci".

(En médecine, l'innocence, la bonne foi - bref, l'incompétence - ne sont aucunement des circonstances atténuantes).

**François Oury**  
**Toulon**

## **Traiter et prendre en charge les psychopathes, sociopathes, personnalités "borderline"**

Jacques Louys

### **Introduction**

Ce que nous appellerons ainsi est centré, au niveau clinique, sur le passage à l'acte agressif, impulsivité incontrôlée et malheureuse particulièrement mal supportée quand elle se porte sur d'autres que la personne et les amène à souffrir considérablement, mais qui est un symptôme pouvant très bien être dirigé sur la personne elle-même afin de la faire souffrir directement.

Nous considérerons que le passage à l'acte agressif résulte de deux effondrements successifs de fonctions psychiques opposées normalement en équilibre oscillatoire harmonieux (homéostasie psychique). Un pôle de l'oscillation s'effondre puis l'autre pour aboutir à un passage à l'acte hétéro ou auto-agressif.

Il ne faut pas confondre la psychopathie avec la personnalité antisociale, plus proche de la perversion. Nous la distinguerons aussi de l'écroulement résultant du caractère hystérique dont les défenses sont débordées

(même si une personne peut présenter des traits impulsifs appartenant aux deux types d'écroulement psychique, notamment quand apparaît une tentative de suicide).

### **Les deux effondrements successifs**

Premièrement, des personnes ont des capacités d'adaptation faibles au préalable dans leurs relations sociales ou personnelles, sexuelles ou dyadiques. Un épuisement de leurs capacités d'action structurée se produit un jour dans ces registres relationnels ou dans un registre plus particulier. Cela se passe lors d'un changement de responsable ou de règles dans la collectivité dont elles participent ou lors d'un changement des responsabilités sociales qu'elles doivent elles-mêmes tenir ou par immersion dans un champ social trop difficile pour leurs capacités d'adaptation ou par fatigue corporelle s'accroissant ou vieillissement se profilant ou par difficulté d'assumer une position sexuée ou une relation de pouvoir.

Arrive un état d'épuisement de l'action structurée provoquant, en contrecoup, un état hyper émotionnel. Il peut être déjà «réactionnel» si cet effondrement est soudain : peur horrible («attaque de panique»), dépression réactionnelle, gaieté irraisonnée, honte insupportable, culpabilité intense, colère déchaînée etc.

Mais il peut s'établir plus lentement, ou bien les moments réactionnels peuvent devenir de plus en plus rapprochés, jusqu'à ce que l'hyper affect devienne chronique comme moyen de défense contre le risque que la personne sent venir d'apparition du symptôme de passage à l'acte agressif. Un état prolongé d'hyper affect peut se réaliser alors, état que la personne tiendra plus ou moins longtemps jusqu'à l'épuisement secondaire de ses capacités à le tenir. On parlera de dépression, de manie ou d'équivalent dépressif ou maniaque puisque les autres affects, hormis l'humeur, sont très mal repérés et pris en compte pour eux-mêmes en clinique (au mépris de la réalité).

Surgit alors chez ces personnes en état hyper affectif au long cours, la réapparition de l'action sous une forme impulsive et malencontreuse : le passage à l'acte agressif. La personne peut pendant longtemps s'accrocher à son état hyper affectif, lutter contre l'envie du passage à l'acte et essayer de le retenir. On parlera, par exemple, de l'apparition d'obsession-impulsions ou d'intuitions délirantes et d'hallucinations survenant à bas bruit avant que l'explosion ne se fasse.

Mais, chez d'autres personnes, la surcharge des capacités psychiques affectives est telle et/ou la faiblesse de celles-ci si prononcée d'emblée, que se provoquera un deuxième effondrement quasi-immédiat des capacités affectives. On aura un passage à l'acte quasi simultané de l'effondrement des capacités d'actions structurées, comme une déstructuration massive et soudaine de l'action face à un obstacle.

C'est cela qui qualifie au mieux la personnalité borderline. Les deux effondrements se suivent alors quasi immédiatement, souvent dans un aspect d'intolérance totale à la moindre frustration, mais parfois par simple épuisement des capacités psychiques de la personne.

Les passages à l'acte agressifs rencontrés peuvent être des destructions d'objets incohérents, de la violence sociale idiote, de la domination interindividuelle soudaine et méchante, des vols irraisonnés, des attentats à la pudeur irrésistibles, des viols impulsifs, des dons sexuels de soi-même inconsidérés à l'ogre pervers rencontré... Sur soi-même, on aura aussi les différents types d'automutilations avec des objets tranchants, avec les ongles, avec les dents, avec des seringues pour s'injecter des produits divers, avec des manœuvres de vomissements, l'utilisation de moyens de purges incoercibles, de produits capables de provoquer des ivresses aiguës...

En soi-même, plus intériorisées, les impulsions agressives auront l'aspect de brusques hallucinations péjoratives et injurieuses, d'interprétations persécutrices immédiates. Il est important de ne pas trop séparer ce qui est impulsivité interne de ce qui est automutilation ou impulsivité externe, car si une personne peut garder une certaine monotonie de ses passages à l'acte, répétant sans cesse le même type d'auto ou d'hétéro-agressivité, car s'effondrant généralement dans le même registre psychique, elle peut parfois varier et symptomatiser dans un autre registre : un halluciné habituel reste fort capable aussi d'automutilation et de

passage à l'acte hétéro-agressif.

Cela complique considérablement la prise en charge de ces états.

La logique du deuxième effondrement, à savoir celui des capacités affectives, explique pourquoi le borderline passe à l'acte sans rien éprouver affectivement, sans frein perceptible à ce niveau. Il n'éprouve rien dans son ressenti. Il ne pense à rien non plus sur le moment. Cela explique aussi que l'acte agressif n'est pas un retour à une action structurée réussie sur soi-même ou sur l'autre comme une manœuvre disciplinaire, mais reste un symptôme d'agressivité inconsidérée et malheureuse pour tout le monde, y compris pour la personne au vu des conséquences immanquables de ses impulsivités.

Mais que la personne tienne durablement ses moyens de défense affectifs ou que ce passage à l'acte borderline surgisse dans un double effondrement quasi instantané, changera toutefois la manière d'aborder la prise en charge de ces problèmes souvent très éprouvants de comportement.

Dans le premier cas, on traitera la personne comme une personne présentant des troubles de l'humeur ou assimilés, comme une psychose affective. Y compris avec des médicaments, mais au risque de provoquer intempestivement le passage à l'acte par une sédation brusque de l'affect (avec des neuroleptiques) et une exagération soudaine des capacités d'action (avec des antidépresseurs IRS) si l'on est pas loin de l'effondrement des défenses affectives de la personne quand on s'en occupe. Mais ne penser qu'aux médicaments entraîne tout de suite le risque d'oublier les problèmes des autres registres qui facilitent l'épuisement psychique de la personne et de ne pas réussir vraiment à résoudre le problème.

La prise en charge dans le deuxième cas est la prise en charge proprement dite de la personnalité borderline et de ses symptômes si pénibles que sont les passages à l'acte agressifs, brusques et souvent très répétitifs. Au moindre blocage d'action et à la moindre surtension affective, elle s'effondre et passe à l'acte. Tout le traitement consiste donc à traiter le passage à l'acte puis à limiter les apparitions des passages à l'acte en veillant à éviter les surtensions affectives et les effondrements affectifs concomitants des épuisements d'action. Cette surtension calamiteuse a un seuil d'apparition très bas dans ce type de caractère. Il n'en faut souvent pas beaucoup pour que la personne borderline passe à l'acte.

### **Le traitement et la prise en charge**

Le traitement d'urgence commence par la mise au repos, à la fois le repos de l'action et le repos affectif. Il faut amener la personne borderline à s'isoler, à rester tranquille, à éviter les risques de surtension affective. S'il est en institution, une mise en chambre d'isolement peut être très utile. Mais il s'agit de concevoir cette "chambre d'isolement" (selon le terme réglementaire utilisé) comme une chambre de repos et non comme une cellule encore plus stressante pour la personne que l'on "punirait" ainsi d'avoir présenté des symptômes insupportables. Il faut concevoir une chambre de repos où la personne ne peut pas se blesser mais où tout est mis en œuvre pour qu'elle s'apaise. C'est faire la différence entre un moyen thérapeutique et un mitard de prison. Le personnel doit être suffisamment informé pour ne pas être hostile ni trop empathique, afin de ne pas reprocher des passages à l'acte par un surcroît affectif chez la personne. Le repos, c'est le repos, dans toutes ses dimensions. On voit ici que la "neutralité bienveillante" nécessaire est une façon de comprendre le problème de l'autre. Par après, il s'agit de comprendre comment la personne est amenée à s'épuiser au niveau de l'action et à présenter des moments de surtension affective insupportables pour ses moyens propres et d'amener un changement de la prise en charge institutionnelle de ces personnes pour corriger cela. Hors institution, la prise en charge consiste à trouver de même le moyen de mettre la personne au repos le temps suffisant pour que se calment les passages à l'acte.

Des calmants (benzodiazépines) qui dépriment les circuits d'action ainsi que du Sulpiride (Dogmatil\*) ou de l'Amisulpride (Solian\*) à dose faible, qui stimule l'émotivité, peuvent aider à passer un moment de décompensation impulsive. Mais le risque est alors de se limiter à ce genre de traitement alors que le traitement médicamenteux de fond est le même que celui des dépressions et équivalents dépressifs, avec le



rôle central des régulateurs d'humeur, et le contraire exactement du traitement symptomatique immédiat...

La psychothérapie a ensuite un rôle important pour amener la personne borderline à prendre conscience de ses limites, à la fois de ses limites d'action structurée et, à la fois, de ses limites affectives. Cela afin d'arriver à ne pas dépasser ses limites. Le travail à ce niveau est de trouver cela pour chacun. Un travail de groupe peut être envisagé tout de même, car entendre les recettes que les autres ont pu trouver est toujours profitable.

Au niveau social, il faut que les politiques se rendent compte de l'importance de ce problème et le comprennent en terme de santé mentale. La société devient de plus en plus complexe. Les capacités d'adaptation à une action structurée deviennent de plus en plus fragiles. Les états dépressifs ou assimilés sont de plus en plus nombreux. Il est donc normal que les passages à l'acte sociopathiques ainsi que les auto-agressions deviennent de plus en plus fréquents aussi. Mettre les borderline en prison comme cela arrive si souvent n'est vraiment pas une solution réaliste même avec un suivi socio-judiciaire à la sortie.

Développer une prise en charge collective, socialiste au sens large, pour venir en aide à ces personnes épuisées, leur ouvrir largement les CAT par exemple, ou en créer pour eux avec la présence d'un personnel soignant formé en leur sein, devrait être la moindre des choses. Cela ne veut pas dire collectiviser tout le monde, mais tenir compte des problèmes que crée une société en pleine mutation et en plein bouleversement pour certaines personnalités.

### **Note pour les analystes**

Peut-on aller plus loin, c'est à dire dépasser le niveau traitement quantitatif de la pulsion chez les personnalités borderline et arriver à un traitement qualitatif des représentations, c'est-à-dire à une prise en charge de type psychanalytique ? Oui, une fois la stabilisation de la situation à peu près obtenue. Le cadre doit alors être particulièrement immuable pour ne pas mettre en tension les qualités d'adaptation de l'analysant et la neutralité affective doit être soigneusement préservée aussi. Tout est dans le doigté nécessaire à ne pas provoquer un passage à l'acte qui est, pourtant, inévitable à un moment donné. Et tout est dans la manière de récupérer alors la situation pour ne pas retomber dans un coaching régressif. Le but de l'analyse sera d'arriver à ce que la tentation de l'écroulement ne soit pas confondue avec la recherche de la jouissance mais qu'elle soit prise au contraire pour ce qu'elle est : une figure de la pulsion de mort.

### **Clin d'œil**

On consultera avec un grand intérêt à ce sujet le travail considérable de synthèse bibliographique du Docteur Linda Sarfati pour les journées d'«Audition publique - Prise en charge de la psychopathie» de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) les jeudi 15 et vendredi 16 décembre 2005 au Ministère de la Santé et des Solidarités (à charger au format pdf à l'adresse web suivante : [http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/AT\\_MALV-6JLG9U](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/AT_MALV-6JLG9U)).

**Jacques LOUYS**  
**Haguenau**

## **Les psychiatres français à la WPA (suite). Les enjeux, les rencontres et les confrontations**

Antoine Besse

L'Association Mondiale de Psychiatrie (AMP) fut fondée dans les années cinquante par Henry Ey et Jean Delay.

**Erratum :** Dans l'article du BIPP précédent (L'AFPEP à la WPA), plusieurs omissions sont à rectifier concernant les acteurs français au sein de cette grande société médicale. D'abord, celle de la création, lors du congrès de Yokohama de la section de suicidologie par le professeur Soubrier : il la préside actuellement. Le Congrès du Jubilé de l'AMP à Paris en 2000, fut organisé par l'ensemble des associations psychiatriques françaises qui avaient toutes décidé de faire leurs journées annuelles à cette date et pendant ce congrès international WPA. Deux psychiatres français, au sein de la FFP en avaient été les artisans : Jean Garrabé et Jean-Michel Thurin.

Nous sommes plusieurs collègues français à avoir été choisis ou élus dans les instances de cette A.M.P. Une erreur nous a fait intervertir Yves Thoret et Antoine Besse comme membres respectivement du "Operational Committee on Publications" et du "Standing Committee on Nominations".

Lors de son passage à Paris, samedi 11 mars 2006, son nouveau président Juan Mezzich a réuni des responsables des cinq associations françaises membres de la WPA et il nous a présenté les grandes lignes du programme qu'il prépare pour le triennat 2005-2008.

Voici traduit de l'anglais l'essentiel de son propos.

Il nous a confirmé sa volonté de tout mettre en œuvre au cours de ces trois prochaines années pour retrouver une psychiatrie centrée sur la personne et dont les acteurs seraient respectés en tant que personne : les malades, en insistant sur la relation médecin-malade – maladie et l'entourage familial et social.

Il propose un ambitieux travail autour de quatre grandes directions :

1/ réfléchir **aux fondements historiques, philosophiques et éthiques de la discipline.**

Il prépare déjà plusieurs recherches historiques sur les racines "roots" de la psychiatrie soit au niveau des archives de la WPA, soit auprès de nous sur le rayonnement de Bonneval ou à d'autres lieux ressources concernant l'action d'Henry Ey, en insistant sur les premiers efforts de celui-ci d'ouverture au monde entier. En même temps l'effort de ressourcement se porte vers les alternatives autres qu'une psychiatrie exclusivement syndromique.

2/ le domaine **du diagnostic** est aussi à réformer par un retour à la relativité des classifications seulement comme des outils mais jamais plus comme des buts en soi. La logique narrative : "narrative identity" intégrant le récit. La logique indicielle aux sévères connotations négatives et iatrogènes pour la dynamique du soin est remise à une place plus relative puisque standardisée.

Souvenons-nous des engagements que nous avons pris aux Etats Généraux de la Psychiatrie en matière de recherche nosographique. La préparation de la C.I.M.11 en sera donc l'occasion.

3/ Dans **le domaine du soin** tout particulièrement, Juan Mezzich confirme qu'il se battra comme il l'avait dit lorsque nous (l'AFPEP) l'avons soutenu lorsqu'il fut élu au Japon. Il envisage d'entreprendre un plan d'aide pour le développement de l'approche pluridisciplinaire d'une clinique du lien intégrant l'approche contextuelle et personnelle des patients par des praticiens explorant et respectant l'ensemble de la personne du malade, l'histoire de sa vie, ses références culturelles, etc.

L'approche bienveillante des familles dans le processus de soin, et l'intégration des dimensions biologiques, psychothérapiques et sociales dans le sens d'une élaboration d'un traitement adapté à chaque individu.

4/ La dimension de **Santé Publique** n'est bien sûr pas oubliée. Là aussi, c'est d'une nouvelle épidémiologie dont il est question appelée à tenir compte d'une double polarité, en vue d'adopter une approche positive non stigmatisante respectant la totalité de la personne et sa place dans la communauté.

Là aussi, il est question de clinique proche de notre tradition française, qui n'est donc plus "exceptionnelle".

Il nous demande de le soutenir en poursuivant nos divers engagements tant dans les sections que dans les congrès internationaux WPA comme le prochain à Istanbul du 12 au 16 juillet 2006, où l'AFPEP organise un atelier (Workshop) comme d'autres associations françaises, la S.I.P. un Symposium. Juan Mezzich compte réunir les jeunes psychiatres (moins de 40 ans) en leur facilitant la venue à Istanbul. La question de la traduction systématique d'un résumé en français dans les publications WPA a reçu une réponse favorable. L'affiliation de la Fédération Alternative Francophone des Psychiatres privés (ALFAPSY) est aussi bienvenue. La venue de Juan Mezzich à son congrès de mai 2007 à Neuchâtel l'est également tout comme les nouvelles sections en voie de création ou en projet par nous.

Pour vaincre l'hégémonie d'un courant d'origine outre-Atlantique (voir l'article du précédent BIPP) qui prend de l'ampleur chez nous, ce sont des collègues américains qui nous demandent de les rejoindre. Ils se réfèrent aussi à notre savoir-faire, nos idées et notre réflexion qui intègrent les questions que se posent les praticiens de terrain publics et privés, nous dirions les "cliniciens" face aux psychiatres "technologiques". Fort de l'entente, réunissant des Australiens, Indiens, Français, Africains et d'autres pays, il va soutenir ce programme pour une psychiatrie de la personne, comme au prochain congrès de la puissante Association Américaine de Psychiatrie (APA), qui se tient à Toronto, en mai 2006.

Lors du C.A. de l'AFPEP-SNPP du 29 janvier dernier, nous avons invité Michel Botbol, le représentant élu de l'AMP pour la zone 6 (Europe de l'ouest), qui nous a présenté son projet triennal 2005-2008.

Déjà, avant nous, le Royal Collège britannique l'avait reçu et lui a proposé une place permanente dans leur instance internationale.

*"Durant mon mandat de trois ans comme représentant de Zone, je ferai tout ce qui sera possible pour renforcer les liens entre l'AMP et les associations membres de la Zone 6. J'aurai le constant souci de favoriser la coopération entre les sociétés membres en m'attachant tout particulièrement à accroître l'implication des associations qui sont actuellement peu actives dans l'Association Mondiale (et notamment celle des associations francophones).*

*Je m'efforcerai également de donner plus de visibilité et de consistance à la Région Europe de l'AMP en travaillant conjointement avec les autres représentants de Zone de la Région.*

*Je tenterai également de tirer profit des liens historiques et académiques entre les sociétés membres de la Zone 6 et les sociétés de pays économiquement moins favorisés, notamment en Afrique, afin de favoriser leur plus grande implication dans l'AMP. Je m'impliquerai tout particulièrement dans la promotion des associations des pays africains francophones qui sont actuellement très sous représentés dans l'AMP.*

*Pour atteindre cet objectif :*

*Je chercherai à promouvoir la participation des associations membres dans les activités de l'AMP et particulièrement dans le travail et les réunions des sections.*

*Je publierai un bulletin de Zone deux fois par an afin d'informer des activités des sociétés membres et renforcer les liens entre elles.*

*J'aurai également le souci de renforcer les liens avec les organisations psychiatriques européennes scientifiques comme l'AEP et professionnelles comme l'UESM.*

*Je contribuerai aux actions déjà entreprises par mes prédécesseurs pour promouvoir la psychiatrie et les patients psychiatriques auprès des autorités politiques et administratives européennes.*

*Je rechercherai une forte alliance avec les associations d'usagers de la psychiatrie pour développer des programmes de soin, des recherches et la préservation des droits des malades mentaux.*

*En tant que représentant d'une zone riche en ressources et traditions psychiatriques, je m'attacherai au développement d'aides gouvernementales et non gouvernementales aux pays moins favorisés afin de leur permettre un meilleur développement de leur système psychiatrique.*

*Je contribuerai également aux actions qui seront menées pour sauvegarder les droits des psychiatres et des patients psychiatriques et défendre les importants acquis de la Santé Mentale européenne contre les attaques qu'ils subissent au nom d'objectifs économiques mal conçus. Dans cette ligne l'un de mes objectifs essentiel sera de tout faire pour permettre à la psychiatrie de maintenir la diversité de ses moyens thérapeutiques et la multiplicité de ses références théorique. J'impulserai l'organisation d'un congrès Régional de l'AMP en France après la fin de ce triennium en 2009 à Lyon."*

## **Actualité conventionnelle : évolution des tarifs**

Olivier Schmitt

À compter du 31 mars 2006, la MCS passe de 3 € à 4 €, et la MPJ (enfants de moins de 16 ans) passe de 5,70 € à 6,70 €.

Ce qui entraîne logiquement une hausse du plafonnement des D.A., qui passe de 47 € à 49 € ( $17,5 \% \times 41 \text{ €} = 7,175$ , arrondi à l'euro supérieur soit 8 €).

À compter du 1er août 2006 le C passe de 20 € à 21 €, ce qui entraîne aussi une hausse du C 2,5 qui passe de 50 € à 52,50 €

### **À partir du 31 mars 2006**

Vous devrez donc coter vos actes comme indiqué ci-dessous. Au vu de la complexité du système, nous ne sommes pas à l'abri d'interprétations diverses des caisses d'assurance-maladie comme nous avons pu le constater ces derniers mois. À l'heure qu'il est, le site internet « ameli » de la Sécu. n'est toujours pas à jour. Aussi n'hésitez pas à nous signaler toute divergence.

#### **A. POUR LES PATIENTS DE MOINS DE 16 ANS :**

**a) Secteur 1 :** CNPSY + MPJ = 41 € (base de remboursement sécurité sociale\* 41 €)

- DE non cumulable avec la MPJ (base de remboursement sécurité sociale\* 34,30 €)

**b) Secteur 2 :** Honoraires libres (base de remboursement sécurité sociale\* 34,30 €)

**c) Secteur 2 ayant signé l'option de coordination :** CNPSY +MPJ = 41 € pour 100 % des actes avec les moins de 16 ans comme en secteur 1.

#### **B. POUR LES PATIENTS DE 16 ANS À MOINS DE 26 ANS (accès spécifique)**

**a) Secteur 1**

- Sans D.E : CNPSY + MPC + MCS = 41 € (base de remboursement sécurité sociale\* 41 €)

- Avec D.E. : CNPSY + MCS + D.E. (à définir par vos soins avec « tact et mesure ») (base de remboursement sécurité sociale\* 38,30 €)

**b) Secteur 2 n'ayant pas signé l'option de coordination**

- Tarif libre (base de remboursement sécurité sociale\* 34,30 €)

- CMUc : CNPSY + MPC + MCS = 41 € (base de remboursement sécurité sociale\* 41 €)

**c) Secteur 2 ayant signé l'option de coordination**

- CNPSY + MPC + MCS = 41 € (base de remboursement sécurité sociale\* 41 €)

- CMUc : idem ci-dessus.

**C. POUR LES PATIENTS DE 26 ANS ET PLUS**

**a) Secteur 1**

1 - Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (soins itératifs et ALD) : CNPSY + MPC + MCS = 41 €

- Sans D.E. : CNPSY + MPC + MCS = 41 € (base de remboursement sécurité sociale\* 41 €)

- Avec D.E. (à définir par vos soins avec « tact et mesure ») : CNPSY + MCS + D.E. = XX € (base de remboursement sécurité sociale\* 38,30 €)

2 - Hors parcours de soins coordonnés : CNPSY + MPC + D.A. = maximum 49 € (base de remboursement sécurité sociale\* 37 €).

**b) Secteur 2 n'ayant pas signé l'option de coordination**

Rien ne change sauf :

CMUc : CNPSY + MPC + MCS = 41 € (base de remboursement sécurité sociale\* 41 €)

**c) Secteur 2 ayant signé l'option de coordination**

1 - Dans le cadre du parcours de soins coordonnés

- Consultation, soins itératifs et ALD :

Pour au moins 30 % des actes :

CNPSY + MPC + MCS = 41 € (base de remboursement sécurité sociale\* 41 €)

- CMUc : idem ci-dessus

## 2 - Hors parcours de soins coordonnés : sans changement

**À partir du 1er août 2006**

Pour un avis isolé de consultant, vous devrez coter :

- a) Secteur 1 dans le cadre du parcours soins coordonnés : 2,5 C = 52,50 € (base de remboursement de la sécurité sociale\* 52,50 €)
- b) Secteur 2 n'ayant pas signé l'option de coordination : Tarif libre (base de remboursement de la sécurité sociale\* 52,50 €)
- c) Secteur 2 ayant signé l'option de coordination : 2,5 C = 52,50 € (base de remboursement de la sécurité sociale\* 52,50 €).

**Olivier Schmitt  
Niort**

*\* Rappelons que les patients qui ne sont pas répertoriés comme ayant choisi de médecin traitant auprès de leur caisse ne sont remboursés que 60 % au lieu de 70 % sur la base indiquée. Lors d'un tiers payant, c'est le médecin qui doit demander le complément au patient s'il veut être honoré à hauteur de ce qui lui est dû. Au-delà des insupportables tracasseries et complications, cette réforme met le médecin et son patient dans un intolérable conflit d'intérêt.*