

Sommaire du BIPP n° 51 - Avril 2008

[Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 51 au format PDF](#)

Editorial - Olivier Schmitt

Du rapport moral - Yves Froger

Motions votées en AG le 15 mars 2008

Formation Médicale Continue : Agrément de l'AFPEP pour la FMC - Yves Froger

Formation Médicale Continue : Suppression des CRFMC - Martine Dubuc

Permanence des soins - Hervé Granier

La décorporation - Pierre Coërchon

La phobie du doute - Olivier Schmitt

Traumatisme et symptôme - Jacques Louys

Le SNPP au CASP

L'AFPEP à la WPA - Antoine Besse

Editorial

Olivier Schmitt

Extraits du discours de politique générale prononcé lors de l'Assemblée Générale du 15 mars 2008

Rares sont les associations syndicales ou médicales qui n'ont pas chuté en nombre d'adhérents ces dernières années. L'AFPEP-SNPP a conservé son nombre de cotisants malgré la diminution du nombre de psychiatres qui se fait douloureusement sentir.

L'intensité de notre activité n'y est sans doute pas pour rien, mais surtout ce trait d'union entre l'AFPEP et le SNPP (même CA, même Bureau) est une originalité qui a favorisé la cohérence de nos actions syndicales, toujours appuyées sur nos observations cliniques et nos exigences éthiques.

Dès sa création, l'AFPEP a été un lieu d'élaboration pour conceptualiser la pratique de la psychiatrie privée qui a pu se développer en France grâce à la Sécurité Sociale qui assurait un libre accès aux soins de tous, sans contrainte d'orientation thérapeutique ni limitation de prise en charge. Cette conjonction est un phénomène unique au monde et a été la source d'indéniables progrès dans le suivi des malades et l'affûtage de nos pratiques.

Malgré certains échecs cuisants comme la perte de l'accès spécifique total, nous avons pu maintenir, non sans mal, des conditions de travail exceptionnelles :

- Indépendance professionnelle dans les choix thérapeutiques ;
- pas de tri des patients par rapport aux pathologies prises en charge par l'assurance-maladie ;

- consubstantialité de la consultation entre psychiatrie relationnelle et psychiatrie technique grâce à l'unicité de l'acte et à la circulaire Sournia de 1972 ;
- pas de limitation de prise en charge dans la durée et la fréquence.
- spécificité de notre acte concrétisée par sa rémunération particulière.

Pour être exceptionnelle, la psychiatrie privée en France n'en est que plus fragile. On entend déjà, ici ou là, des voix pour contester le bien fondé de cette exception française : « les autres s'en passent fort bien ». Eh bien, non ! Nous devons refuser ce nivellement par le bas. Notre modestie dût-elle en souffrir, l'AFPEP-SNPP s'avère un pôle de résistance majeur.

L'année 2007 nous a donné la mesure de ce qui nous attend.

- Calamiteuse LFSS qui a introduit, entre autres, les franchises médicales.
- Attaques contre notre conception humaniste de la psychiatrie et la volonté d'instrumentalisation des psychiatres avec les lois Dati.
- Ou encore la pression des forces financières des laboratoires dont on a pu mesurer la violence lors de la tentative de liquidation du congrès de Paris de la zone Europe de la WPA qui avait pour thème « La psychiatrie de la personne ».

La précipitation dans la destruction de certaines valeurs nous donne le tournis, voire la nausée. Tout semble fait pour ne pas nous donner le temps de réagir.

À la question qui lui était tout récemment posée sur les nouveaux financements à prévoir pour la Sécurité Sociale, le Chef de l'État répond qu'on va faire des économies sur les ALD, et la charge des soins dits "non indispensables" sera transférée aux assurances privées. Là, nous pouvons le croire ! Il ne faut donc pas compter sur ce gouvernement pour une augmentation des ressources à la hauteur des enjeux concernant l'augmentation de la morbidité et du coût des soins dans notre pays. Et dès lors que l'on parle de panier de soins avec cette violence décomplexée à un tel échelon politique, nous savons bien que notre pratique est en grand danger !

La gestion étatique et régionalisée va s'étendre à la médecine libérale et médico-sociale avec la mise en place des Agences Régionales de Santé en lieu et place des ARH qui ne s'occupaient que de l'hospitalisation ; à voir l'évolution de l'Hôpital, cela n'a rien pour nous rassurer. Agences d'état, les ARS seront dépendantes de décisions régaliennes et exerceront leurs fonctions régionalement sans contre-pouvoir réel au gré des interprétations de ces nouveaux barons que seront les directeurs de ces agences. Nous avons du souci à nous faire...

Nous observons de manière de plus en plus prégnante les glissements conceptuels au service des décisions politiques à visées économiques : il faudra corriger l'anomalie, le trouble, le handicap qu'il soit génétique ou autre. Il faudra les occulter ou les gérer au moindre coût. Tout cela aux dépens de la notion de souffrance, au profit de la notion de désavantage ; tout cela au profit de la gestion aux dépens du soin.

C'est peut-être dans le secteur médico-social que les dérives sont actuellement les plus prégnantes. Avec l'apparition des Maisons Du Handicap, nous assistons à l'accélération d'une évolution redoutable qui consiste à s'occuper de la prothèse aux dépens du soin. Quand je dis prothèse, je pense aux prothèses sociales, gestionnaires, protocolaires ou technologiques. Cela devient le modèle de l'intégration excluante, selon la formule d'Hervé Bokobza. C'est un peu comme si les plans inclinés et les fauteuils roulants pouvaient faire l'économie de la Kinésithérapie. Heureusement, ce secteur est très actif, mais il nécessite une approche pluridisciplinaire. Il est encore un outil formidable de soins, de recherche et de formation qu'on est en train de détruire malgré des lieux de résistance où la lutte est pour le moins complexe.

Les forces rétrogrades et déshumanisantes de la gestion ultra-libérale — qu'il ne faut pas confondre avec l'artisanat de notre activité dite libérale — se parent d'une volonté affichée de soit-disant qualité. Traduisons : il s'agit en fait d'une recherche de rentabilité économique biaisée par les intérêts spéculatifs sous-jacents. L'EPP et la prise en main autoritaire de la FMC en sont les outils avancés. Dans ce domaine, il faut encore

s'attendre à tout car, après la suppression des CRFMC, il semble que nous pouvons sérieusement craindre la suppression du CNFMC, ce qui voudrait dire la disparition de la représentation syndicale dans les instances de décision et encore un peu plus de pouvoir pour l'organisme autocratique et instrumenté⁽¹⁾ qu'est la HAS.

Psychiatres, nous avons certes une obligation de moyen comme tout autre médecin. Mais nous n'avons pas attendu la loi de 2004 pour nous donner ces moyens. Cela est vrai pour la très grande majorité des confrères : lectures, groupes de pairs, colloques, etc. Qu'en cas de difficulté, l'on puisse nous demander la preuve que nous nous sommes donnés ces moyens ne peut être contesté. Par contre, que nous devions d'emblée montrer patte blanche en obtenant des « crédits » ou des « points » est parfaitement infantilisant, bureaucratique, coûteux, chronophage, d'une suspicion humiliante pour le plus grand nombre et illusoire pour ceux auxquels la Loi semble s'adresser. Seule la participation à un groupe de pairs est un gage d'investissement dans les moyens. Mais refusons d'être considérés comme des délinquants potentiellement dangereux a priori. Plus qu'une dérive, c'est un retournement général de civilisation.

Les travaux réguliers de l'AFPEP, séminaires et Journées Nationales restent le creuset où se formalise l'idée de la pratique psychiatrique que nous défendons dans toutes les instances. C'est à partir de la réflexion des acteurs de terrain que nous témoignons de la diversité des approches de la maladie mentale et des réponses à la souffrance des patients, ce qui reste l'essence de notre travail.

Cette base théorico-pratique est essentielle pour définir notre position à tous les niveaux où nous sommes engagés. L'engagement est précisément le thème de nos prochaines Journées Nationales et l'intensité des discussions au cours des réunions préparatoires augure des débats passionnants auxquels je vous invite à participer activement⁽²⁾.

Il nous faut renforcer nos actions et accentuer encore notre présence sur le versant scientifique, aussi bien au niveau national qu'au niveau international, nous ne pouvons plus subir la mondialisation en nous réfugiant dans notre pré carré :

ALFAPSY, née en 2000 à l'initiative de l'AFPEP, réunit les associations de psychiatres d'exercice privé des pays partageant la langue française. Pourquoi son activité est-elle importante ? Au-delà de l'intérêt et la richesse des échanges qui s'y nouent dans la confrontation des pratiques et des cultures, elle est une légitimation de l'exercice privé — de libre pratique comme disent nos amis étrangers. On ne saurait sous-estimer l'influence à venir des pays d'Afrique au niveau mondial.

L'Association Mondiale de Psychiatrie, la WPA, est l'interlocuteur privilégié de l'OMS. Or, nous savons d'expérience que l'organisation des politiques nationales de la santé suit ses directives, que ce soit par le biais de la Commission Européenne ou directement nos gouvernements. Cette organisation née en France et dont le secrétaire général avait été Henri Ey, a été investie par le lobby pharmaceutique lors de ce triste congrès de Madrid en 1996 sur le thème de "one world one language" et DSM pour tout le monde ! Une reconquête de la psychiatrie psychodynamique est en route. Nous devons continuer à faire émerger cette tendance et faire vivre la section "psychiatrie privée" au sein de cette organisation. Je vous demanderai de ne pas sous-estimer l'importance des enjeux, la violence de ce combat et l'énergie considérable nécessaire à sa poursuite.

Ce mouvement de reconquête initié par le président sortant Juan Mezzich dont nous avons efficacement soutenu l'élection en 2005 se concrétise par le nouveau concept d'IPPP⁽³⁾ (ou psychiatrie de la personne). Notre étude clinique entre parfaitement dans ce combat pour éviter que l'IPPP ne soit dénaturé par les tenants de la psychiatrie technologique et commerciale. Cette étude sera présentée à Prague lors du congrès mondial en automne prochain dans le symposium organisé par l'AFPEP. Ne sous-estimons pas non plus l'importance des élections qui y auront lieu. Ce jeu des influences, aussi dérisoire peut-il paraître vu de loin, n'est cependant pas sans graves conséquences pour l'avenir de notre métier.

Dans ce contexte, il est important que nous poursuivions la coopération entre les cinq associations françaises membres de l'Association Mondiale de Psychiatrie (AFPEP – Société de l'Information Psychiatrique – Association Française de Psychiatrie – Évolution psychiatrique – Société Médico-Psychologique), avec qui nous travaillons en synergie efficace autant à la Fédération qu'à la WPA.

Il nous faut intensifier nos actions sur le versant syndical :

Au sein du CASP bien sûr. Ce Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie réunit l'essentiel de la

représentation syndicale de la profession. Dynamisé par les États Généraux de 2003, il est un lieu de rencontre incontournable qui a permis de mutualiser nos forces au lieu de perdre de l'énergie en querelles inutiles faites d'a priori imaginaires entre nos divers modes d'exercice. Nos décideurs et surtout la presse, savent maintenant où s'adresser pour avoir une idée globale de la profession et de ses synergies.

Mais aussi au sein d'une centrale syndicale. Nous devons maintenant préparer la prochaine convention entre les syndicats représentatifs et les organismes d'Assurance-maladie.

Cette convention est prévue pour être fonctionnelle début 2010. Il semblerait qu'elle reste nationale — nous avons pu craindre une régionalisation des accords conventionnels avec les ARS, voir une individualisation dont les contrats d'objectif individualisés prévus dans la dernière LFSS pourraient en être les prémisses.

Cette nouvelle Convention Nationale doit être l'aboutissement de négociations qui débuteront dans les mois qui viennent. Pour cela nous devons être représentés par une centrale syndicale qui devra tenir compte de nos aspirations et nous intégrer aux négociations sur les points nous concernant. Nous avons pris la décision de quitter la CSMF lors de notre AG de février 2003 car elle n'avait tenu aucun compte de nos positions et avait même soutenu des positions contraires. C'est pourquoi nous avons proposé à notre AG notre adhésion à la FMF. Cette centrale a bien changé d'aspect et a été ces derniers mois à notre écoute, partageant avec nous des valeurs fondamentales comme l'indépendance professionnelle et la spécificité de notre spécialité. D'ailleurs, nous avons obtenu à travers elle une chose plus importante qu'on pourrait le penser : cette centrale a pu signer le dernier avenant de la Convention actuelle sans adhérer pour autant à celle-ci⁽⁴⁾. Même si cet avenant ne nous concernait pas (paiement de la permanence des soins pour les généralistes), cette signature est un précédent qui signifie que les non-signataires à la convention ne seront désormais plus exclus des discussions sur les avenants à venir. C'était une de nos revendications fortes.

Nous savons maintenant de source sûre depuis notre visite à Hubert Allemand médecin chef de l'UNCAM, que la CCAM clinique à travers laquelle nous pouvions un temps espérer la revalorisation de notre spécialité est illusoire même si elle est remise en chantier, même si certains comme la CSMF veulent encore nous y faire croire : trop chère, trop compliquée à mettre en place. Cependant, le risque était grand de perdre définitivement notre spécificité qu'a toujours bradée la CSMF. Il va de soi maintenant que la légitime revalorisation de notre lettre-clef (le Cnpsy) est la seule voie possible et acceptable pour la revalorisation de notre pratique de cabinet libéral. Mais il ne suffit pas de vouloir pour obtenir. Nos demandes d'entretien réitérées à l'UNCAM sont restées lettre morte. Il va nous falloir passer à la vitesse supérieure et envisager des actions plus musclées soit directement, soit avec l'aide des centrales.

Il faudra aussi poursuivre notre effort de communication en exploitant au mieux les moyens rapides, efficaces et quasiment gratuits d'internet par le développement des informations par Emails. Nous n'oublierons pas pour autant les amoureux du papier, je pense à la revue "Psychiatries" et au BIPP. Il nous faudra sans doute mieux utiliser l'action déjà considérable de notre attachée de presse. Nous devons certainement intensifier notre présence dans les divers colloques auxquels nous sommes de plus en plus conviés pour parler au nom de l'AFPEP-SNPP.

Vous pouvez voir que nous avons beaucoup de fers au feu, mais, si nous avons placé nos forces dans toutes ces directions, c'est pour préparer les combats à venir qui ne manqueront pas d'être ardu. Notre représentativité maintenant indéniable doit être renforcée par les adhésions et les actions locales, par l'engagement de tous, car nous ne sommes pas à l'abri de la baisse des effectifs évoqués au début de cet éditorial. Nous avons une responsabilité de fait dans l'évolution des choses : ce qui se passe en psychiatrie est paradigmatique de ce qui se passe ailleurs. Luttons pour soutenir et renforcer cette précieuse exception française qui fait entre autres tout l'intérêt de la discipline telle que nous la pratiquons.

Olivier Schmitt

Niort

(1) Cela peut paraître un oxymore, mais il faut savoir que l'EBM, socle de la méthodologie de la HAS, se base sur la littérature « référencée » infiltrée par l'Industrie.

(2) Voir p. 20

(3) Institutional Program on Psychiatrie for the Person.

(4) Contrairement à ce que dit la CSMF qui n'est pas à une désinformation près.

Du rapport moral

Yves Froger

Le rapport moral est l'occasion de balayer l'ensemble des actions de notre organisation, tant sur le versant syndical que scientifique, et de mesurer à quel point ces manifestations sont étroitement liées. Sa publication in extenso serait fastidieuse pour le lecteur. Quelques rappels nous sont cependant apparus nécessaires ici.

Notre action dans le cadre de l'exercice libéral est bien connue :

- Rencontre à la CNAM (accès spécifique, revendication majoration du CNPsy, défense de l'unicité de l'acte dans le cadre de la future CCAM)
- Rencontre au Ministère (réforme de la Loi de 1990, statut de psychothérapeute)
- Rencontre avec la FMF qui apparaît comme la centrale syndicale la mieux à même de relayer nos attentes dans le cadre de la future négociation conventionnelle en matière de respect d'indépendance professionnelle, de valorisation des spécialités cliniques sinistrées, et de prise en compte des spécificités de notre pratique professionnelle
- Participation au groupe de travail sur le DMP pour le respect absolu de la confidentialité (masquage du masquage).

L'assemblée générale est aussi l'occasion de rappeler nos interventions pour la défense des conditions d'exercice des psychiatres travaillant en clinique où les projets de textes sur la permanence des soins et les remaniements politiques et économiques laissent augurer d'un avenir difficile dans ce secteur.

Les perspectives sont également très difficiles dans le secteur médico-social. Elles ont été très largement abordées aux Assises de la Psychiatrie Médico-Sociale à Marseille en mai dernier auxquelles l'AFPEP a apporté sa contribution. En particulier, la diminution vertigineuse du nombre des psychiatres travaillant dans les institutions pose la question de la démedicalisation avec toutes les dérives en termes d'organisation que cela peut entraîner. Nous avons un rôle capital pour rappeler sans cesse l'importance des psychiatres dans ces institutions et envisager les mesures indispensables pour maintenir l'attractivité de ce secteur.

Le versant scientifique de l'année 2007 a été dominé par la demande et l'obtention d'un agrément auprès du CNFMC pour nos actions de FMC.

Les Journées du Havre sur l'Écoute seront validantes pour ceux qui le souhaitent, avec les réserves de prudence (que nous abordons p. 8 et 9) ⁽¹⁾.

Outre nos actions propres (dont l'étude clinique) notre activité scientifique se décline également dans nos participations aux différentes instances nationales et internationales (FFP - Unaformec - Collège de psychiatrie - WPA - Alfapsy).

(1) Nous avons le devoir de permettre à nos mandants de ne pas se mettre en défaut par rapport à la réglementation. Ce n'est pas une caution de celle-ci pour autant. Lorsque c'est nécessaire, nous devons aussi dénoncer ses aspects abusifs et contre-productifs.

Motions votées lors de l'AG du 15 mars 2008

MOTION n° 1

Le SNPP s'oppose au principe de "la rétention de sûreté des criminels dangereux" qui, en introduisant une modification fondamentale du droit français, entretient une confusion inacceptable entre le registre de la sanction pénale et le registre des soins.

La nécessité de soins ne peut temporairement justifier la privation de liberté que devant un état de dangerosité avéré et dûment constaté comme le prévoit la Loi du 30 juin 1990.

Légitimer la privation de liberté par un éventuel état de dangerosité futur est une position politique et non une position médicale.

Le SNPP dénonce le recours à une expertise psychiatrique à visée prédictive puisque l'expertise ne peut valablement porter que sur des faits actuels ou passés.

Le SNPP revendique en l'espèce une politique spécifique d'accès aux soins en psychiatrie pour tout citoyen, y compris emprisonné et ceci dès le début de l'incarcération, bien distincte d'un règlement de contrainte judiciaire.

MOTION n° 2 : à propos de l'adhésion du SNPP à une centrale syndicale

Préambule :

Il est indispensable que la voix du SNPP soit entendue lors des prochaines négociations conventionnelles par le canal d'une centrale syndicale. Ceci pour défendre notre discipline dans sa spécificité : accès direct aux soins, confidentialité, acte unique et revalorisé, indépendance professionnelle dans le soin et dans la formation.

La FMF se déclare prête à défendre les spécialités cliniques et les revendications spécifiques de notre discipline.

Le SNPP réuni en Assemblée Générale le 15 mars 2008 décide de son adhésion en tant que syndicat de spécialité à la Fédération des Médecins de France.

MOTION n° 3 : Convention

Le SNPP s'oppose à toute forme de contractualisation individuelle de l'exercice médical : la médecine libérale doit être exercée dans le cadre d'une convention avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) ; cette convention ne peut être que collective, doit permettre des revenus décents et s'exercer dans le cadre d'un secteur unique, à honoraires librement modulables dans le respect du tact et de la mesure.

MOTION n° 4 : revalorisation des honoraires et pour le retour à l'accès direct spécifique

Préambule :

Deux années déjà d'application de l'avenant de la convention limitant l'accès au psychiatre et réduisant le remboursement de la consultation.

La mise en place du seuil arbitraire de 26 ans se révélant bien un artifice pour faire entrer la consultation du psychiatre dans le parcours de soins, parcours resté le plus souvent théorique.

Deux années déjà depuis la dernière actualisation du CNPsy qui a vu les centrales syndicales accepter une augmentation limitée, en voulant croire au leurre de la consultation d'expert et du DA.

Deux années pendant lesquelles les psychiatres d'un côté ont constaté la baisse de leurs revenus en valeur absolue et par rapport aux autres médecins d'exercice libéral, et les patients d'un autre côté ont subi la multiplication des pénalités et des franchises.

Nous mesurons aujourd'hui combien notre refus de ce dispositif était et reste fondé, tant du point de vue de notre pratique que de celui des patients.

Aujourd'hui nous savons que l'aboutissement du chantier de la CCAM clinique est très hypothétique et lointain.

Nous exigeons, dès maintenant, une revalorisation décente de notre acte de consultation, dans son unicité, et dans le cadre d'un retour à l'accès direct spécifique pour tous les patients.

MOTION n° 5 : EPP

L'AFPEP – SNPP est en désaccord avec la visée normative de l'évaluation des pratiques professionnelles proposée par la HAS.

L'AFPEP – SNPP réaffirme que l'évaluation des pratiques professionnelles, constante ancienne et bien antérieure à la Loi de 2004 dans l'exercice quotidien des psychiatres privés, ne peut se réaliser qu'en référence au concept d'Écart-qualité.

En d'autres termes, la notion de qualité en psychiatrie repose sur la capacité du praticien à pouvoir s'écarter autant que de besoin des normes et protocoles en vigueur et de pouvoir soutenir une démarche spécifique, sans cesse réinventée face à la singularité de chaque patient, seule garante de la vitalité des soins.

Seuls les dispositifs à même de tenir compte de cette particularité seront reconnus valides par l'AFPEP-SNPP pour l'EPP en psychiatrie.

Les psychiatres privés les appliquent déjà de longue date dans des groupes de réflexion et d'analyse des pratiques centrés sur le concept d'inter-formation.

MOTION n° 6 : FMC

Depuis bientôt 40 ans, l'AFPEP s'est engagée à proposer aux psychiatres une formation continue attentive à la spécificité de leur pratique et poursuivra la tâche qu'elle s'est fixée.

Par la mise en place d'un contrôle a priori, la Loi d'août 2004 est déjà contraire au principe d'une confiance indispensable de l'Etat envers les professionnels qu'il a formés.

Aujourd'hui, la disparition programmée de la représentation professionnelle dans l'organisation de la FMC (suppression des CRFMC) laisse présager d'une bureaucratisation autoritaire plus grande encore.

Pour rétablir le principe de la preuve a posteriori, l'AFPEP, organisme agréé validant, invite les psychiatres privés à la résistance au système bureaucratique de FMC obligatoire tel qu'il se met en place. Autrement dit, un contrôle ne devrait être possible qu'en cas de contestation. Le SNPP donne donc consigne syndicale aux psychiatres privés de surseoir à tout enregistrement officiel auprès des organismes qui se mettent en place et d'attendre pour faire valoir les certificats de participation aux formations qu'ils auront suivies.

Formation médicale continue

Yves Froger

Agrément de l'AFPEP pour la FMC

Nous venons de recevoir du CNFMC l'agrément que nous avons demandé pour la FMC et qui permettra que toutes les actions de FMC de l'AFPEP soient validantes pour les psychiatres qui s'y inscrivent, quel que soit leur cadre d'exercice, libéral, public ou salarié du médico-social ou autre.

Ainsi la participation aux Journées Nationales sur 2 jours validera 16 points, la participation à une journée de Séminaire validera 8 points. L'abonnement à la revue PSYCHIATRIES validera 2 points sans dépasser 10 sur 5 ans

Cet agrément est d'abord la reconnaissance de la qualité des Journées et des Séminaires que nous organisons. Il repose aussi sur notre totale indépendance vis-à-vis de tous les groupes de pression, notamment pharmaceutiques. Ce point était tout à fait important dans notre dossier. C'est pour nous la garantie de choisir librement les thèmes, les intervenants qui structurent nos Journées.

Cet agrément nous incite aussi à proposer localement des journées ou des soirées de travail sous l'égide de l'AFPEP, dès lors qu'elles respectent le cahier des charges que nous avons déposé. Nos délégués régionaux prendront des initiatives dans ce sens ou seront joignables pour recueillir vos idées et vos demandes. Cet

agrément doit être une opportunité pour développer la formation continue des psychiatres dans le cadre de groupe d'interinformation puisqu'il s'agit là du principe fondateur de l'AFPEP en 1970 (cf. statuts⁽¹⁾).

Tous les participants aux Journées du Havre en octobre 2007 vont recevoir une attestation de participation avec les points correspondants.

J'attire néanmoins votre attention sur le fait que l'obligation sur 5 ans commencera à courir à partir de la première date de FMC que vous déclarerez or, pour le moment tous les textes, depuis la suppression des CRFMC, ne sont pas parus (voir encadré ci-dessous). Nous pouvons donc encore attendre avant de faire la première déclaration ce qui retardera d'autant l'échéance des 5 ans.

Je rappelle aussi que l'obtention de l'agrément ne vaut que pour la validation de la FMC. Il n'ouvre pas droit à une formation indemnisée. Celle-ci obéit à ces critères beaucoup plus stricts définis par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel⁽²⁾ qui d'une part impose que les thèmes des journées proposés rentrent dans le cadre défini par l'OGC des priorités de santé publique à développer chez les médecins, et d'autre part donne lieu à des bagarres intestines entre les différents acteurs de la FMC pour l'obtention de crédits vitaux pour ces organismes. La répartition, en fin d'année dernière, des sommes allouées pour 2008 a suscité de vives protestations chez les organismes lésés dans la mesure où ces choix sont aussi très politiques puisque ces organismes sont tous rattachés à des organisations syndicales. Face à de tels constats, l'AFPEP n'a pas fait de demande de formation indemnisée pour le moment.

Yves Froger
Lorient

(1) Disponibles sur le site internet de l'AFPEP-SNPP

(2) L'Organisme Gestionnaire Conventionnel et le Conseil Scientifique du Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle (CPN FPC) , arrête chaque année les thèmes de FPC, qui doivent être en rapport avec les thèmes conventionnels de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et avec les objectifs de la loi de santé publique. Le financement de la FPC est assuré par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Formation médicale continue

Martine Dubuc

Les Conseils Régionaux de Formation Médicale Continue (CRFMC) viennent d'être supprimés par décision ministérielle et le Conseil National de FMC (CNFMC) est maintenant la seule structure professionnelle habilitée face de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour agréer les organismes (OA) pour la formation des médecins.

Mais de façon plus concrète nous attendons toujours le décret d'application de FMC pour savoir quand débute la période de référence légale (5 ans).

Actuellement la commission juridique du conseil d'état examine la possibilité de faire paraître ce décret. En effet, l'architecture de la loi Kouchner du 4 mars 2002 ayant été modifiée par la suppression des CRFMC, il revient aux trois Conseils Nationaux (salariés, libéraux, hospitaliers) regroupés dans le CNFMC de valider

les actions de formations des 200 000 médecins Français.

Deux possibilités : soit l'analyse juridique considère que les décrets écrits par la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS) sont valables de façon transitoire, soit ils sont rejetés et il faudra attendre la loi de modernisation de la santé (2009) pour modifier la réglementation.

Dans cette dernière hypothèse, la suppression du CNFMC comme du CRFMC est tout à fait envisageable. Cela deviendrait plus facile pour le gouvernement puisque la HAS, agence d'État, pourrait alors décider seule des règles à suivre sans s'encombrer de la représentation professionnelle !

Martine Dubuc
Secrétaire à l'information AFPEP
Membre du Bureau de l'UNAFORMEC

La permanence des soins : le syndrome de Pinocchio

Hervé Granier

La permanence des soins dans les cliniques psychiatriques privées est, depuis longtemps, l'objet d'une erreur manifeste d'appréciation. Celle-ci repose sur le fantasme, communément partagé par les dirigeants de l'hospitalisation privé, du peu d'intérêt des médecins de garde et de l'insuffisance d'engagement des psychiatres dans leurs établissements.

Remplacer des médecins inutiles par des psychiatres à tout faire devait donc être l'axe idéologique choisi. Il suffisait alors d'invoquer une politique de la nécessité (manque de moyens, manque de médecins...) pour demander une avancée libérale du droit dans ce domaine et ainsi régulariser le fantasme précédemment cité.

C'est le sens du décret du 7 novembre 2006, hâtivement rédigé à l'initiative de l'UNCPSY avant toute réflexion préalable sur la refonte des normes de fonctionnement des établissements qui s'imposait. Attaqué par notre syndicat devant le Conseil d'État, il est à présent critiqué même par ceux qui l'ont inspiré.

Ce décret, modifiant les anciennes dispositions de l'annexe 23, pose comme principe premier l'obligation d'une présence permanente des psychiatres 24 H/24, mais, par ses dérogations, permet aux établissements de mettre en place une simple astreinte psychiatrique et d'organiser la prise en charge des pathologies somatiques, en clair, de se passer de médecins résidents en dehors des heures ouvrables et de créer le nouveau concept de clinique sans médecin. La logique de son action est, bien sûr, la démedicalisation progressive de la psychiatrie privée.

Pour les nombreux établissements qui ont eu la sagesse de garder des médecins de garde, l'UNCPSY se réfère à un récent arrêté de la Cour d'Appel de Montpellier du 5 novembre 2007 (renvoyé devant la Cour de Cassation) qui invoque, entre autre, les articles 47 et 77 de notre code de déontologie, pour faire payer la facture aux psychiatres par le biais des redevances prélevées sur leurs honoraires !

Les médecins généralistes de garde sont alors assimilés à un service rendu aux psychiatres qui sont ainsi dégagés de leurs obligations déontologiques de permanence des soins !

Mentir, et faire en sorte que ça ne se voit pas, a déjà fait le malheur de Pinocchio. Pourquoi diable insister ?

D'une part, les psychiatres privés ont une obligation déontologique de continuité des soins qu'ils ont toujours respectée.

D'autre part, les médecins de garde ne sont pas un service rendu aux psychiatres, mais un service rendu aux patients.

En effet, en psychiatrie, comme dans les autres secteurs, seuls des omnipraticiens (qu'ils soient médecins généralistes ou urgentistes) sont qualifiés pour répondre à toute situation pathologique et constituent le meilleur garant de la qualité et de la sécurité sanitaires.

Ils ne remplacent en aucune façon les psychiatres qui d'ailleurs ne sont ni qualifiés ni compétents pour pratiquer des actes de médecine générale ou de médecine d'urgence, conformément à la déontologie médicale. Nous serons d'ailleurs particulièrement attentifs à l'avis du Conseil de l'Ordre que nous avons saisi sur cette question.

Dirait-on, dans une clinique chirurgicale, que les anesthésistes sont un service rendu aux chirurgiens et qu'ils doivent être ainsi rémunérés par eux ? De même, demanderait-on à des chirurgiens d'anesthésier eux-mêmes leurs malades, sous prétexte qu'ils sont médecins ?

Il n'y a pas équivalence mais coopération des compétences.

Les médecins résidents constituent une ressource médicale indispensable à une permanence et une coordination des soins essentielles à une psychiatrie moderne.

Ces praticiens devraient être justement reconnus et financés dans le cadre de nouvelles dispositions normatives et d'une gestion des établissements à repenser suivant leur offre de soin et leur activité. Comme on pouvait d'ailleurs s'y attendre, les discussions en cours sur ces sujets s'enlisent et risquent de s'éterniser. Les psychiatres n'y sont de toute façon pas conviés et de tels épisodes juridiques donnent la désagréable impression que les cliniques satisfont leurs intérêts sans assez prendre en compte le sort de leurs praticiens pourtant de plus en plus sollicités.

Les dirigeants de l'hospitalisation privée devraient se rapprocher des psychiatres et des conférences médicales de leurs établissements pour que notre secteur retrouve plus de cohésion et d'autorité face à un gouvernement pour l'instant plus soucieux de « rationaliser » les dépenses de la psychiatrie publique que d'offrir un financement décent aux cliniques psychiatriques privées.

**Hervé Granier
Montpellier**

La décorporation ou les risques de l'au-delà du décorporatisme

Pierre Coërchon

Si le corporatisme, au même titre que le paternalisme devient tellement encombrant dans notre société, comme le manifestent les velléités à se débarrasser autant du « vieux papa » que du syndicalisme voire du familiarisme, il n'est pas impossible d'envisager, dans ce passage par l'acte, la tentative de réorganiser notre vision du monde, c'est-à-dire aussi de la structure du fantasme, la lucarne qui vient cadrer notre réalité. Pourquoi pas ? Mais il s'agit là, bien sûr, d'un saut éminemment périlleux (l'adolescent ne cherche-t-il pas à nous le faire savoir ?), ce d'autant plus qu'il aurait l'ambition d'y embarquer le collectif.

L'A.F.P.E.P.-S.N.P.P., parfois qualifiée par certains d'« archaïque », qualificatif qu'il nous est arrivé d'entendre à notre rencontre, ne peut pourtant être considérée que comme une association représentative des psychiatres privés modernes. Qui pourrait en effet le lui contester, pas autant pour sa participation à l'acronymie généralisée actuelle, que pour le fait que ses membres sont des praticiens avant tout, donc solidement tenus au réel actuel de leur praxis. Autant dire que si nous pouvons parfois nous autoriser, dans une certaine mesure, à « planer » quelque peu sur le plan théorique, en revanche notre pratique nous ancre au terrain de nos patients dans une clinique qui s'impose à nous et nous lie à eux par un petit bout de savoir que nous n'avons pas tant à défendre qu'à faire savoir et interroger plutôt que de nous en défendre.

Aussi, l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. a t'elle toujours signifiée son attachement au principe de la convention, convention avec le pouvoir politique, convention avec le pouvoir économique, convention avec le pouvoir universitaire, convention avec le pouvoir du patient qui vient d'ailleurs en général nous consulter surtout quand il n'en peut plus. Cependant convention conditionnelle, c'est-à-dire à la condition d'une certaine correction du traitement symbolique (scalpel et fil chirurgical du psychiatre quand il opère par la parole) des termes qui nous lient.

Ainsi, l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. tient à la convention, dans la mesure où celle-ci marque un progrès de civilisation majeur par rapport à la sauvagerie instinctive d'une loi « de la jungle », à la débilité de l'ignorance, au risque de folie de l'intuition visionnaire ou utopique, à la fascination perverse et enchaînant du contrat, au leurre de l'arbitrage non moins enchaînant de la compétition, au rejet ségrégatif pousse au meurtre. Elle y tient donc dans la mesure où cette convention participe du pacte symbolique, reposant seulement sur l'acte de foi du crédit accordé à l'autre, c'est-à-dire de l'acte symbolique qui seul permet de tisser le lien social et subjectif avec la possibilité à partir de là de son effet de responsabilité dans sa lecture d'après-coup. Elle y tient d'autant plus que cette convention organise la structure articulée, permettant séparation et lien, dont un patient en demande pourra tirer profit, à venir en ce type d'adresse accoster, pour mettre au travail les troubles psychiques faisant pour lui ou son entourage difficulté. Car c'est uniquement sur ce type de bord qu'un individu souffrant psychiquement peut tenter le pari de venir rejoindre un psychiatre pour aborder et traiter ses conflits internes, comme de voisinage ou de relations avec autrui. Il peut s'y arrimer s'il le souhaite et participer ou pas, selon son choix, à un travail de débrouillage de ses nœuds symptomatiques, voire à des « dénouements réformateurs », certes parfois nécessaires, mais pas sans que ceux-ci soient préparés par l'assurance d'une sérieuse élaboration ne supportant guère la précipitation et se devant de développer l'aptitude au moment de la chute des histoires à un renouage solide mais souple.

Or, force est de constater que l'actualité sociale manifeste une volonté toute différente dans la dite « organisation des soins », mettant en péril par là même tant la possibilité de ce nouage conventionnel que la possibilité de pérennité de la structure de corporation par le biais de principes qui cherchent à prendre des tangentes vis-à-vis du manque ou de toute métaphore s'en référant. Principes qui se trouvent importés pour la plupart du monde de la production et de la gestion des biens commercialisables. Règle de l'interaction de l'offre et de la demande, réseaux de production et de distribution, contrôle de qualité, obligation de résultats et de rentabilité, rapidité et facilité de la satisfaction, efficacité immédiate impossible à différer, communication publicitaire, management, recertifications incessantes faute du crédit, alternance contradictoire entre crédulité et incrédulité, libre accès à l'information, transparence d'utilisation...

Bref : de l'être à l'aise en veux-tu en voilà.

Dans ce contexte et afin de résoudre les impossibles et la complexité de l'alliance conventionnelle, pourquoi pas comme dans certains arrangements conjugaux ou le monde de l'entreprise, ressortir ce bon vieux contrat qui se passe très bien du fantasme de papa, du corporatisme et son impossible rapport au corps, au profit du sarcasme pervers ? Si le fantasme organise une réalité qui cherche à nouer tout en laissant libre, le sarcasme pervers désacralise et déréalise en réinjectant la chose directement au niveau de la métaphore. Et encore, peut-on créditer Sade d'un petit reste d'humour là où dans notre actualité l'on ne plaisante plus. Toujours est-il que par son pouvoir de fascination, le sarcasme pervers enchaîne quiconque viendrait le contracter dans une alternative ne laissant jamais de choix tiers : soit tu t'enchaînes totalement, soit tu te déchaînes aussi totalement.

Une telle organisation vient régler son compte à toute corporation, car si via le pacte symbolique celle-ci permet de tenir compte de ses membres comme de ceux des autres corps et permet de faire crédit, la décorporation démembre et discrédite sans honte.

Alors, qui signe quoi ?

**Pierre Coërchon
Clermont-Ferrand**

La phobie du doute : une nouvelle entité nosologique ?

Olivier Schmitt

Nous connaissons la folie du doute qui entraine dans le cadre d'un tableau obsessionnel grave pouvant se voir chez des personnalités névrotiques mais aussi chez de grands psychotiques, qui ne peuvent s'empêcher de douter et s'épuisent en vérifications itératives. Depuis la volonté taxinomique du DSM, l'affaire semble classée : on ne parle plus que de TOC. Les fous du doute sont maintenant simplement toqués sans autre forme de procès.

À ma connaissance, un tableau pathologique concernant le doute n'a pas été exploré alors même que nous le rencontrons fréquemment : je veux parler de la phobie du doute touchant les personnalités qui mettent, eux, toute leur énergie à éviter les situations de doute. Le terme de "phobie" classerait cette entité plutôt du côté de la névrose. D'ailleurs, nous allons voir qu'à ce titre, c'est une tendance largement partagée dans la population générale qui va du simple trait de caractère à des tableaux beaucoup plus graves, handicapant et délétère pour l'entourage.

L'anxiété primordiale concernant cette manifestation névrotique serait provoquée par toute situation d'incertitude. L'incertitude pouvant porter sur une pensée comme sur une situation. La symptomatologie porte donc essentiellement sur les moyens de contournement de ces situations phobogènes :

Le sujet établit de manière compulsive des lignes de conduite préétablies et occupe une grande partie de son champ vital à construire ses croyances, ses certitudes, ses protocoles et à tenter de les imposer à son

entourage. Il évitera soigneusement de se trouver dans des situations non prévues et l'on voit poindre le caractère obsessionnel sous-jacent et l'incapacité à supporter les trous de savoir, les listes incomplètes, les degrés d'incertitude comme la complexité troublante. Il a besoin d'anticiper. Une surprise n'est bien venue que si elle apporte une diminution de l'incertitude. Peu importe qu'une étude, qu'une description, qu'une théorie ou qu'une mise en œuvre quelconque soit compliquée, l'essentiel est qu'elle ne laisse aucun trou, aucune zone d'ombre où pourrait s'insinuer le doute abhorré, l'incertitude redoutée. Il a horreur des exceptions, des inclassables.

Dans cette pathologie, le sujet est bien sûr attiré par tout ce qui peut l'aider dans cette auto protection contre les trous de savoir et les situations de choix incertains. Sa fascination pour la bureaucratie en témoigne. Mais aussi pour la science en ce qu'elle peut réduire pour lui l'ignorance dubitative sur les choses. Il est volontiers naturaliste, rassuré par les listes, les classements exhaustifs, la démarche encyclopédique plutôt que la démarche associative analogique. Cependant, il a tendance à nier le fait que, chaque fois que la science résout une question, elle en pose de nouvelles souvent plus nombreuses encore. On pourrait parler chez lui d'un abus de science partielle, ce qu'en langage courant nous appelons le scientisme. Il vit souvent cela comme une religion et, d'ailleurs bien souvent, il trouve un apaisement dans la certitude de ses croyances, religieuses ou autres, avec une faveur particulière vis-à-vis de certains cultes dogmatiques.

Il y a chez ces malades comme un détournement de leur énergie vitale. C'est comme si leur pulsion de vie elle-même, leurs créations, n'étaient qu'au service de leur pulsion de mort, c'est-à-dire la recherche de systèmes fermés, auto-justifiés, prévisibles, sans aléa, sans ouverture. On comprend pourquoi le risque-zéro les fascine !

Comme dans la phobie d'impulsion, il s'agit d'un système défensif d'évitement dans un processus en fait obsessionnel.

Et, de la même manière, l'association avec une croyance délirante n'est pas impossible non plus, des aspects psychotiques ne sont pas exclus. En effet, le déni des faits n'est pas rare chez ces sujets lorsque les circonstances viennent contrecarrer leur construction rassurante. Ils peuvent élaborer des constructions parfaitement logiques sur des bases qu'il est hors de question de remettre en doute à leurs yeux. Nous voyons même poindre chez certains un délire de grandeur un sentiment de toute puissance, toute puissance que la société est parfois prête à leur accorder dans la réalité. Sans aller jusqu'à l'hypertrophie du Moi, ils peuvent donc paraître un peu paranoïaques car, à l'extrême, cela peut entraîner une certaine psychorigidité d'une part et d'autre part une méfiance, parfois agressive, vis-à-vis de ceux qui sont susceptibles de s'opposer à leur système de protection contre le doute.

Ai-je besoin de vous donner quelques vignettes cliniques ? Je suis sûr qu'en me lisant vous avez eu quelques cas en tête.

Veuillez me pardonner si j'ai succombé à la tentation d'abus de psychiatrie ! Cependant, je me suis aperçu après avoir écrit ce qui précède qu'il n'était pas nécessaire d'être psychiatre pour être sensible à ces travers galopants de notre société. On en trouve un bel exemple dans le dernier livre de Daniel Pennac « Chagrin d'école » (p. 204).

**Olivier Schmitt
Niort**

Texte écrit pour le colloque organisé le 1er mars 2008 à Strasbourg par la Collège de Psychiatrie avec la participation de l'AFPEP et qui avait pour thème : « Abus de science, abus de psychiatrie ? ».

Traumatisme et symptôme : point de vue

Jacques Louys

Dans un fait clinique réactionnel, notre conception du psychisme doit nous permettre d'articuler sans pour autant les séparer complètement les deux processus suivants :

- Un événement de vie provoque chez quelqu'un un effondrement des régulations homéostatiques du psychisme et réalise une véritable effraction traumatique sans qu'apparaisse pour lui apparemment une possibilité de métabolisation et d'apaisement.
- La même sorte d'événement peut engendrer chez un autre l'échec de l'utilisation habituelle d'un mode de défense entretenu par refoulement dans un ou plusieurs registres psychiques ; cela va provoquer chez lui un retour du refoulé sous forme du surgissement forcé et douloureux de symptôme(s) incompréhensible(s).

1) En effet, lorsqu'un fait clinique persistant apparaît comme traumatique, secondaire à une atteinte importante, à un effondrement plus ou moins complet des équilibres délicats des fonctions contraires inhérentes au psychisme, devant la persistance de la reviviscence de la scène traumatique, le clinicien doit se poser la question : Pourquoi cette blessure ne cicatrise-t-elle pas ? Pourquoi le refoulement ne résorbe-t-il pas l'imprévisible atteinte fonctionnelle ? Le traumatisé, dans sa persistance à rester sous le coup du trauma, ne présente pas de symptôme conçu comme retour du refoulé car il ne peut/veut plus revenir à un fonctionnement psychique basé sur les modes de défense qui n'ont pas tenu le coup dans le choc rencontré. Le traumatisé résiste justement à ce retour à la situation antérieure en continuant à être un "traumatisé", en utilisant l'effondrement traumatique à cette fin, en y stagnant. Plus la personne s'obnubile sur son trauma — hors jeu du lieu et du temps présent —, plus elle cherche à pousser le clinicien à croire qu'elle est incapable de refouler et ne peut donc que rester une pauvre et complète victime des circonstances.

2) D'une autre manière, lorsque quelqu'un "symptomatise" sans cesse et ne peut/veut pas remettre en question son fonctionnement psychique dysharmonique et déséquilibré résultant de l'utilisation habituelle du refoulement, on est amené à considérer en clinique qu'il ne peut/veut plus aborder le côté traumatique de son existence. Il réduit, par exemple de façon névrotique, le conjoncturel et le moment du traumatique à un élément de fantasme. L'oubli du réel est corollaire du refoulement, quels que soient l'aspect et la manière de celui-ci. De continuer, de façon répétitive et monotone, d'être pervers, névrosé, autiste, dépressif, etc. est sa manière de mettre sa volonté au service de son incapacité d'aborder facilement le "trauma" et l'imprévu avec les capacités d'adaptation que cela nécessite. Du coup, cette difficulté est considérée et présentée par lui comme foncière, comme totale et irrémédiable. Il oublie par là ses oublis en quelque sorte. Le clinicien tombe dans le piège tendu s'il se met à y croire lui aussi, à se dire par exemple : le Réel n'est pas la réalité, on n'a pas accès au Réel qui est toujours hors du monde représentatif de l'être humain. Alors qu'il ferait mieux de considérer que nous avons accès à un réel limité, que notre réalité humaine est un réel limité, réduit à cause de nos filtres transducteurs inconscients. Ce n'est pas un en deçà du Réel. On ne fonctionne pas psychiquement hors du lieu et du temps réel. Le psychisme utilise des bouts du réel en les actualisant, en révélant leurs potentialités articulatoires mais le réel n'est pas un au-delà inaccessible, un Réel philosophique avec un grand R.

Opposer ainsi ce qui serait chez certains "traumatisés", avec son absence foncière de refoulement, de ce qui serait chez d'autres "refoulement" chronique et indépassable à la source du symptôme, est se mettre dans

l'incapacité de prendre en charge et de traiter les problèmes psychiques des personnes.

S'il échappe au piège tendu par un traumatisé, le clinicien doit, sans nier la difficulté de la personne choquée dans des circonstances et moments particuliers, arriver à l'interpeller ainsi : d'accord, vous avez des difficultés à oublier mais vous vous ingéniez aussi à croire ces difficultés complètes, comme si vous n'aviez jamais connu un état préalable, comme si vous n'aviez pas de passé ni d'avenir. À faire cela, quelle est alors votre recherche ? Ne voulez-vous pas vous apercevoir que la danse psychique nécessite un choix des éléments retenus pour danser et qu'un choix n'est pas un refoulement calamiteux ? Que cela ne vous empêchera pas de vous adapter quand même aux circonstances !

Le traumatisé sera considéré ainsi comme quelqu'un qui redoute trop le refoulement, comme quelqu'un qui doit rester sans cesse dans l'insupportable sous peine de ne plus être jamais capable de s'adapter à l'imprévu.

Par contre, avec quelqu'un ne voulant pas sortir du refoulement et du symptôme, avec quelqu'un ne voulant plus jamais se confronter au réel si insupportable, le clinicien doit pouvoir l'interpeller sur son refus de considérer que la joie de vivre existe. Il doit lui témoigner que la réalité n'est pas d'abord traumatique et souffrante malgré ce que le "symptomatisant" a pu tirer de son expérience de vie et qu'il voudrait absolument oublier. Il devra lui dire que la jouissance de vivre nécessite une utilisation du réel même si elle n'est que partielle, que cela lui permettra justement de supporter les inévitables blessures de la vie qu'il peut encore rencontrer.

Être thérapeute consistera donc à amener le traumatisé scotché à l'événement effroyable, à décoller du pont de son bateau une fois la tempête passée pour regagner une cabine plus vivable. Ce sera aussi considérer avec le symptomatisant qu'il n'est pas condamné aux fers, que la résilience n'est pas réservée à une élite mais qu'il peut toujours arriver à sortir de son fond de cale et voir de nouveau le soleil.

Conclusion

Le clinicien doit apprendre à être prudent quand quelqu'un se présente à lui comme un traumatisé ou comme un symptomatisant. Car, coller à la clinique revendiquée, l'entériner, lui ferait perdre aussitôt ses capacités de thérapeute. Il persisterait alors lui-même dans l'éternité de l'indépassable du traumatisme ou dans la répétition monotone et stérile du symptôme.

Bien sûr, cela lui donne dans ce collage au patient la possibilité de créer des tableaux cliniques particulièrement complets et immuables, "caractérisés", c'est-à-dire suffisamment congelés et stables pour qu'il puisse les travailler à coup de statistiques vérifiables sur de longues périodes. Mais en satisfaisant les épidémiologistes de la Santé mentale et les utilisateurs du DSM/CIM, il choisira de devenir parjure en renonçant dans les faits à soigner les souffrances qu'il aura démontrées !

**Jacques Louys
Haguenau**

Le S.N.P.P. au C.A.S.P.

Le SNPP, présent aux réunions mensuelles du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie, participe activement aux débats qui aboutissent, sous la présidence du Docteur Olivier Boitard, à la rédaction de

communiqués de presse.

Ils sont donc le reflet des positions de l'essentiel de la représentation syndicale des psychiatres de notre pays.

30 octobre 2007 :

Création d'un contrôleur général des lieux de privations de liberté.

Communiqué de presse :

Le CASP a pris acte de la création d'un contrôleur général des lieux de privations de liberté.

Nous sommes favorables à ce que toute privation de liberté – y compris en psychiatrie – puisse donner lieu à un recours et demandons un renforcement des moyens de la commission départementale des hospitalisations en psychiatrie qui exerce déjà ce contrôle et dont la composition pluriprofessionnelle donne satisfaction à la majorité des soignés et des soignants.

Dernière minute : Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (JORF n° 0062 du 13 mars 2008, texte n° 21)

Le 30 janvier 2008 :

Projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à l'irresponsabilité pénale

Communiqué de presse :

Le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à l'irresponsabilité pénale, après avoir été adopté par l'Assemblée Nationale, va être discuté ce 30 janvier 2008 au Sénat.

Il a été largement critiqué par la grande majorité des organisations professionnelles judiciaires et les syndicats de médecin.

Nous soulignons trois points qui nous paraissent particulièrement contraires à la déontologie médicale et à une bonne administration de la justice :

- L'abolition du secret professionnel pour les soignants en milieu pénitentiaire à la moindre suspicion de dangerosité.
- L'application de mesures de sûreté aux personnes irresponsables.
- Et bien sûr, la création de centres de sûreté où seront détenus des personnes sur une simple présupposition de dangerosité.

Le CASP est favorable au développement de secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et à l'amélioration du suivi après la détention.

Nous demandons ainsi au Sénat de suivre sa commission des lois qui a rappelé le principe de la non-rétroactivité des lois et sanctions pénales.

Le 17 mars 2008 :

Réforme de la maquette de l'internat en psychiatrie

Communiqué de presse :

Le Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie qui regroupe des syndicats de psychiatres publics, privés et salariés s'inquiète des propositions concernant la réforme de la maquette de l'internat en psychiatrie.

Avec l'association des internes en psychiatrie, le CASP s'oppose en particulier à l'obligation de faire 4 stages en CHU (au lieu d'un actuellement). Le CASP n'est pas favorable non plus à l'instauration obligatoire d'un stage hors filière psychiatrique.

D'une manière générale, nous pensons que la liberté de choix des stages pour les internes en psychiatrie devrait être le plus large possible à partir du moment où les services sont reconnus comme qualifiants par l'université.

L'A.F.P.E.P. à la W.P.A.

Antoine Besse

De Melbourne à Prague via Paris

Le congrès européen de la WPA prévu du 6 au 9 février 2008 à Paris a dû être annulé en raison du retrait unilatéral de l'organisme privé qui était en charge de son secrétariat et de son organisation économique (recueil des sponsors et des inscriptions ainsi que des tâches administratives et de secrétariat).

Après l'énorme déception de cette annulation et la partie de bras de fer qu'il a fallu soutenir face à cet organisateur défaillant en cette fin d'automne, une forme alternative de congrès a été mise en place.

Il s'est agi là de remédier à cet abandon vis-à-vis des collègues venant de diverses parties de la planète et ayant déjà organisé leur déplacement.

Mais surtout nous voulions soutenir la dynamique initiée de par le monde par le programme triennal de la présidence de Juan Mezzich qui rappelle les valeurs d'une psychiatrie centrée sur la personne (IPPP : Institutional Program on Psychiatry for the Person) et luttant contre l'EBM en psychiatrie.

La première réunion des cinq représentants régionaux européens WPA a été un temps fort de ces journées. Elle a permis des échanges sur les problèmes des psychiatries de chaque zone européenne et des différentes politiques en ce qui concerne la psychiatrie en Europe. Enfin une réunion des différentes sections de la WPA a montré l'investissement des Européens qui s'y sont impliqués.

En ce qui concerne la présence de l'AFPEP, Jean-Jacques Laboutière a présenté le travail en cours sur l'étude clinique et l'importance des travaux de recherche basés sur les pratiques dans sa conférence : « Guideline for Person-centered Clinical Care » (Recommandation pour les soins cliniques centrés sur la personne). J'intervenais dans une table ronde passant en revue les différentes politiques dans les différentes zones de l'Europe. Sont également intervenues les quatre autres associations françaises membres de la WPA avec lesquelles nous avons organisé ce congrès alternatif.

Finalement, 70 intervenants du monde entier ont présenté leurs travaux sur le thème de la psychiatrie de la personne en présence du représentant de l'OMS pour la psychiatrie en Europe et du bureau exécutif de la WPA. L'amphithéâtre prêté par l'hôpital Saint-Anne a permis d'accueillir plus de deux cents psychiatres.

La veille nous avons emmené nos hôtes étrangers visiter les lieux historiques de la psychiatrie : Bicêtre où Pinel libéra les aliénés de leurs chaînes, La Salpêtrière et la bibliothèque de Charcot et Saint Anne où la WPA a vu le jour dans sa bibliothèque avec Jean Delay et Henri Ey.

La surprise de nos invités a été grande de nous voir organiser ce congrès sans l'aide de l'industrie. Cette dimension a été également saluée par eux comme un point fort, eu égard aux développements à venir dans les pays émergents.

Ce congrès alternatif aura permis aux cinq associations françaises membres de la WPA de s'unir en une association et ainsi constituer une force de proposition incontournable au niveau international et continuer à l'avenir nos actions au sein de la WPA.

Au prochain Congrès Mondial, à Prague du 20 au 25 septembre 2008 (Science and Humanism : for a Person-centered Psychiatry), l'AFPEP présentera un symposium sur « la recherche clinique de l'AFPEP », contribuant à illustrer le courant de Psychiatrie de la Personne sur son versant des praticiens de terrain.

Antoine Besse
Saint-Germain-en-Laye

Le Symposium proposé par l'AFPEP à Prague
sera présidé par Patrice Charbit et co-présidé par Sofiane Zribi (secrétaire général d'ALFAPSY) :

Psychiatry for the person : an ethic investment

Son argument est clair :

Cent psychiatres français ont témoigné de leurs pratiques au travers de vignettes cliniques qu'ils ont considérées exemplaires de situations critiques et inhabituelles.

Au-delà des protocoles ou des options théoriques, la réappropriation par le praticien de l'outil thérapeutique, l'élaboration singulière d'un « contrat de soins », le rapport du sujet à son symptôme, se révèlent être des éléments clefs du processus à l'œuvre. Adaptation et inventivité sont dès lors au centre d'une « psychiatrie pour la personne ».

Cette étude, pointant l'engagement du praticien, insistant sur la réinterprétation de toute technique, tente une mesure de l'éthique de l'acte psychiatrique.

Intervenants :

Chantal Jacquié : Is there another way of thinking Psychiatry ?

Marie-Lise Lacas : Is Science harmful for patients ?

Anne Rosenberg : Therapeutic repercussions of an unusual intervention during the course of treatment.

Claude Gernez : Singularity : conceptualization of a practice beyond ethics theory.