

Sommaire du BIPP n° 58 - Janvier 2011

Editorial - Yves Froger

Quelle psychiatrie demain ? - Michel Marchand

Sur la réforme de la Loi de 1990 - Bernard Odier

Sur la décision du Conseil Constitutionnel - Pierre Cristofari

Communiqué du CASP

Non à l'instauration de juges d'application des soins ! - Olivier Schmitt

Communiqué du groupe des 39 contre la nuit sécuritaire

Que peut-on dire à Monsieur Lefrand ? - Hervé Granier

Communiqué à propos du Rapport Bockel

Le métier de psychiatre - Thierry Delcourt

Élections de conseillers régionaux

Maltraitements à nos patients - Hélène Baudoin

La télé médecine ou la mort programmée de la clinique. Quand le corps est réduit à une image virtuelle... - Dominique Texier

L'AFPEP et son action internationale - Antoine Besse

Chronique internationale ALFAPSY - Paul Lacaze

Colloque du CASP

Le mur des violences - Thierry Delcourt

Revue PSYCHIATRIES - Thierry Delcourt

Colloque de Cerisy

Séminaire 2011

Editorial

Yves Froger

Bonne Année 2011

Ce vœu pourrait relever de l'anachronisme sous la plume d'un responsable syndical tant l'année 2010 a été noire pour les psychiatres.

Avons-nous des raisons d'espérer un avenir meilleur en 2011 ?

Plus que les années précédentes la pression sécuritaire, la pression économique et financière, la volonté de reprise en main idéologique avec une accentuation du réductionnisme aux seules données neuroscientifiques ont oeuvré pour verrouiller notre pratique quotidienne et nos revendications syndicales en les maintenant en dehors du champ des discussions.

Est ce que cela peut changer en 2011 ?

La centrale qui nous représente, la FMF, et relaie tout notre programme n'a pas remporté les élections aux URPS mais elle est néanmoins représentative pour les spécialités cliniques et continuera de soutenir et de promouvoir la reconnaissance et la revalorisation du travail des psychiatres libéraux dans la négociation conventionnelle qui va s'ouvrir. Le SNPP sera présent à ses côtés pour soutenir et enrichir cette argumentation.

La majorité gouvernementale a proposé en 2010 un projet de réforme de la Loi de 90 qui doit être discuté en assemblée le premier trimestre 2011, et dont nous vous avons déjà largement informé dans le précédent BIPP. Ce projet soulève de multiples objections fondamentales au regard du respect de la liberté des patients et du respect de la liberté des psychiatres. Le Conseil Constitutionnel a pris fin novembre une décision qui va contraindre le Gouvernement à revoir sa copie, puisqu'en matière de privation de liberté il est rappelé que le recours au juge est incontournable. Sage décision qui aurait dû survenir depuis longtemps et qui nous impose à nouveau la vigilance quant à la lecture que feront les politiques et les administratifs de cette nouvelle obligation et la réécriture du projet de réforme qui en découlera.

Le SNPP est associé dans ce combat aux autres syndicats de psychiatres au sein du CASP pour que tous les aspects tant du côté des hospitaliers que des libéraux soient pris en compte et nous devons prochainement rencontrer le député rapporteur du projet de loi, M. Guy Lefrand.

J'évoquerai un troisième combat que nous menons depuis deux ans maintenant au sein de la FFP dont l'AFPEP est un membre éminent. L'enjeu est la représentation de la psychiatrie au sein de la FSM chargée de constituer le CSI qui est l'un des organes pilotes du dispositif du futur DPC. La FFP s'est heurtée à l'opposition du CNQSP, représentant essentiellement les universitaires, ou plus précisément certains d'entre eux.

Notre engagement dans ce combat est de faire en sorte que le point de vue des psychiatres privés tant sur le plan scientifique que syndical soit pris en compte dans les orientations futures du DPC, autant dire que l'enjeu n'est pas mince si on ne veut pas se retrouver avec des obligations aux antipodes de notre exercice quotidien et de nos références les plus habituelles. Le SNPP va adhérer au pôle syndical nouvellement créé au sein de la FFP à côté de la représentation scientifique plus ancienne de l'AFPEP.

L'engagement syndical est un travail au long cours à renouveler et réélaborer chaque année, dans la continuité des bases posées les années précédentes et pour lequel nous devons toujours nourrir des espoirs de réussite que nous souhaitons partager avec vous.

Bonne Année 2011 à tous.

Quelle psychiatrie demain ?

Michel Marchand

Cette question constitue le thème du colloque organisé le 3 février prochain au Sénat par le Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie pour mieux faire comprendre aux parlementaires les enjeux des projets de lois qu'ils s'apprêtent à voter ou à modifier.

Il n'est pas inutile de rappeler que ce qui fait la particularité de notre discipline, telle qu'elle a été longtemps enseignée et telle qu'elle est encore pratiquée par la plupart d'entre nous, c'est la prise en compte de la personne à la fois dans sa dimension intra subjective et dans sa relation aux autres et à l'environnement social.

La clinique nous enseigne la place centrale de la parole et de l'écoute dans une relation singulière qui exige temps, liberté, indépendance, confidentialité pour que soit possible l'élaboration psychique et la reconstruction.

Notre pratique quotidienne nous dit les effets dévastateurs de toutes les formes de violence, individuelles, institutionnelles, professionnelles, et les effets dévastateurs de l'exclusion.

Cette conception de notre métier, qui suppose une solide connaissance de la psychopathologie et de la dynamique intersubjective, est-elle aujourd'hui dépassée face aux impératifs économiques et normatifs qui nous sont opposés ?

Nous sommes en effet face à un assaut sans précédent de prescriptions, normes, protocoles référés à des principes et critères gestionnaires et sécuritaires.

Ainsi l'obsession de la réduction des coûts fait oublier que l'amélioration de la santé de la population est corrélative du développement de la société, et que les coûts sociaux engendrés par un affaiblissement des conditions du soin sont bien plus importants que la nécessaire croissance des dépenses de santé.

L'obsession de la norme rabote les différences, étouffe la créativité et conduit à l'exclusion, et gagne maintenant le cursus de formations de plus en plus réductrices.

L'obsession de la sécurité rejette et prive de liberté celles et ceux qui précisément se sentent exclus et prisonniers de leur propre souffrance, et laisse le soin au second plan.

L'obsession de la rentabilité conduit à la dégradation de nos conditions d'exercice, puis à la délégation de tâches, et, du côté de patients, à un démantèlement de la solidarité mettant en péril l'accès aux soins.

L'obsession de la bonne gouvernance amène une main-mise d'un pouvoir administratif, elle-même fondée sur l'idéologie de la transparence.

Si l'on ajoute à ce tableau une baisse démographique programmée, un passage insidieux

du conventionnement collectif à des contrats individuels et une réduction de la couverture sociale au profit de l'assurance privée, on aura compris que l'avenir de la psychiatrie n'est radieux ni pour les praticiens ni pour

les patients.

Notre position n'est-elle pas de soutenir, pour aujourd'hui et pour demain, la place spécifique de notre discipline, en assurant la primauté de la personne, dans une tension à maintenir entre l'individuel et le collectif, en exigeant un cadre de travail explicite qui préserve la singularité de la relation avec le patient tout en inscrivant clairement notre pratique dans le champ social ?

Développer une psychiatrie humaniste, et former les générations à venir dans cette dimension, n'est-elle pas le meilleur moyen de garantir la société d'une dérive vers une folie collective ?

Réflexions sur la réforme de la Loi de 1990

Notre Dossier

Nous consacrons à nouveau plusieurs pages de ce BIPP au projet de réforme de la Loi de 90 pour bien rappeler :

- à quel stade en est ce dossier ;
- qu'est ce que le syndicat a posé jusqu'à ce jour ;
- quels sont les enjeux pour l'avenir et le débat que cela suscite.

1 / Madame Bachelot, quand elle était Ministre de la Santé a déposé un projet de réforme de la Loi de 90, que nous avons déjà largement commenté et auquel nous avons réagi, qui devrait être discuté au Parlement à la session de printemps. Le Conseil Constitutionnel vient de prendre une décision rappelant qu'en matière de privation de liberté le recours au juge est incontournable. Cet arrêté va contraindre le Gouvernement à remodeler son texte. Dans quel sens ?

2 / Le SNPP s'oppose aux soins sous contrainte en ambulatoire et réaffirme son extrême vigilance au respect de la liberté des patients et des psychiatres. L'arrêté du Conseil Constitutionnel est une première réponse au premier volet de nos préoccupations.

3 / Que peut-on anticiper à partir de là. Diverses positions nourrissent le débat quant aux craintes des dérives possibles dans la réécriture du projet de réforme. Le SNPP redouble de vigilance et maintient sa pression pour le respect des impératifs absolus de l'exercice de la psychiatrie en libéral qu'il rappellera aux parlementaires.

Nous vous présentons ici plusieurs contributions.

publié dans "L'Information psychiatrique"; 86 ; juin-juillet 2010; n°6 ; p.475-476; sous le titre : "Réforme de la loi de 1990 Réunion des fédérations hospitalières et des Conférences de Présidents de C.M.E.

Réunion des fédérations hospitalières et des Conférences de Présidents de C.M.E. Ministère 20-4-2010.

Dr Bernard ODIER^[1], pour la CNPCMEHPPSPH^[2]

1. L'effacement du tiers

Vingt ans de fonctionnement de la loi de 1990 ont opéré un changement dans la place faite au tiers et prise par le tiers dans le déclenchement des hospitalisations contraintes. L'époque n'est plus à la valorisation de la volonté et de l'esprit de décision auxquels encourageait la loi de 1838. La cohabitation administrateur de garde/ psychiatre de garde, généralisée dans les S.A.U. depuis 1991, a organisé les conditions d'un dérapage, désormais épinglé.

Sur ce point, la réforme envisagée constitue l'achèvement du tiers par sa subsidiarisation. Sur un plan sociétal, c'est un marqueur de la dilacération des liens sociaux, et sur un plan symbolique, c'est courir le risque de se priver d'un mode de restauration des liens familiaux. C'est la fin de l'institution du tiers par l'extinction d'un de ses modes d'instauration. L'avenir dira si « l'homme sans tiers » est un progrès, ou un petit pas vers la barbarie.

Pour les médecins, leurs responsabilités en sont alourdies, puisque pouvant décider seuls, ils devront décider seuls. Les médecins ont-ils raison de s'en réjouir ? Ou s'agit-il d'un péché d'orgueil, les médecins s'avancant peut-être beaucoup en se jugeant capables de juger à eux-seuls de la sévérité d'une situation ?

C'est que la souffrance du tiers est en effet un marqueur du passage de la souffrance privée à l'expression publique de la psychose. Angoisse transmise, souffrance projetée, sont des « précurseurs » des mécanismes de projection qui sous-tendent beaucoup des troubles du comportement observés en psychiatrie.

Concrètement, **le nombre des traitements contraints, ambulatoires et hospitaliers, parfois brefs, augmentera** pendant une longue période.

2. La fiction des « soins ambulatoires sans consentement »

La notion de « soins ambulatoires sans consentement » est une fiction dont l'avenir dira si c'est une fiction dangereuse.

Il faut en effet situer la nouvelle mesure envisagée sur la toile de fond de la segmentation des filières de soins qu'organisent la loi HPST et les procédures d'autorisation. En distinguant hospitalisation contrainte, et soins ambulatoires contraints, l'administration va permettre le développement de l'activité de nouveaux acteurs^[3], qui exerceront séparément des responsabilités dans ces nouveaux registres. Se produira alors le phénomène de « **déresponsabilisation croisée** » que les psychiatres connaissent bien puis qu'il s'était produit en 1990 quand la loi avait désormais requis l'avis de deux médecins pour déclencher une H.D.T.. En pratique, chacun d'entre eux se sentait moins responsable de cette décision que s'il l'avait pris seul, et le nombre^[4] des internements s'était mis à enfler. Ce mécanisme de dilution des responsabilités a quelque chose de moderne, il est possible qu'il se développe en contrepoint de la montée en puissance du principe de précaution autrefois appelé « ouvrir le parapluie ».

Or pour des raisons cliniques les seules obligations qui peuvent être réellement mises en œuvre concernent l'hospitalisation. Lors des décompensations psychiatriques, un certain nombre de « facultés » s'effondrent chez les malades, et le jugement qui reste opératoire le dernier repose sur l'orientation spatiale. La perception de l'opposition intérieur/extérieur, ainsi que la distinction des espaces et des enceintes sont à la base des jugements qui restent le plus longtemps intacts dans les états de désorganisation de la pensée. C'est la réalité sur laquelle repose la loi de 1990 (après celle de 1838) qui préfère distinguer un espace (celui de l'hospitalisation psychiatrique, « régi par la loi de 1990 »), auquel on réfère temporairement un malade (d'où

la logique des « sorties d'essai ») plutôt que de créer un élément (« être l'objet d'une mesure de soins ambulatoires sans consentement ») qui risquerait d'être constitutif d'un statut du malade mental[5].

3. Pas de loi-nasse pour les malades mentaux

Au nom du vieux principe « qui a bu boira », l'administration propose la création d'une nouvelle catégorie de malades ayant en commun des antécédents judiciaires et/ou psychiatriques inquiétants : « les malades qui ont été dangereux ». Elle propose et se propose de s'entourer de précautions à leur sujet.

Les psychiatres récusent la notion de « dangerosité psychiatrique ». C'est donc l'administration, qui par décalque avec la dangerosité criminologique, improvise un regroupement qui donnerait corps à cette notion.

C'est à la fois trop, et trop peu.

Trop, par ce que l'administration essaye de créer un classement au sein des malades qui ne s'appuie sur aucun travail clinique ou épidémiologique,

Trop peu, par ce que la prévention des drames à l'origine desquels l'on trouve des histoires psychiatriques se fourvoie à se pencher prioritairement sur les « récidivistes[6] ». C'est le scandale (c'est à dire aujourd'hui la presse et les médias) qui dicte cette priorisation, tandis que l'expérience clinique enseigne que le danger est partout, où plutôt que c'est en agissant partout que l'on agit de surcroît sur la constitution ou la pérennisation de situations dangereuses[7].

Les psychiatres ont peut-être été pusillanimes sur cette question, et une issue à ce dialogue si mal engagé sur ce point entre administration et psychiatres consisterait peut-être à considérer les « situations dangereuses » plutôt que les « malades dangereux ». En effet les prescriptions pointilleuses que l'administration envisage de suggérer au législateur à propos des sorties et des sorties d'essai ont à voir avec cette notion de situation dangereuse, et l'invention du « collègue » vise le recueil d'informations élargies au delà du registre clinique traditionnel[8].

L'action psychiatrique, et notamment l'action des équipes de psychiatrie de secteur psychiatrique, avec leurs valences médicales et sociales, vise à faire évoluer ces situations dangereuses, au moyen entre autres du traitement des malades.

[1] Directeur de l'hospitalisation, Association Santé mentale du XIII^e, 11 rue Albert Bayet, 75013 PARIS.
tél. : 01 40 77 44 00. odierbernard@wanadoo.fr

[2] Conférence Nationale des Présidents de Commission Médicale d'Établissement des Hôpitaux Psychiatriques Privés Participant au Service Public Hospitalier

[3] Les psychiatres libéraux entre autres selon BACHELOT (Présentation du projet de loi au Conseil des ministres du 4 mai 2010).

[4] J'avais annoncé cette tendance dès 1989 dans un article publié dans le bulletin de l'U.S.P.

[5] Cette tendance est perceptible actuellement chez ceux qui demandent « une plus grande articulation entre les mesures de protection des biens et de protection de la personne ».

[6] Terme impropre en psychiatrie où les notions de frayage comme de compulsions de répétition ne disposent pas de substantifs.

[7] Sur le concept de situation dangereuse, on peut lire les chapitres de GOEMARE J., HOUCHON G. & VAN OTRIVE L. dans DEBUYST C. ; Dangerosité et justice pénale ; Masson, Médecine et Hygiène ; Genève ; 1981 ; 350p..& ODIER B. ; « Intérêt clinique de la notion de situation dangereuse » ; Communication au XV^e Journées de l'Information psychiatrique, Annecy, 1996 (non publié).

[8] Dont le ministère souligne le côté « purement médical »

Sur la décision du Conseil Constitutionnel

Pierre Cristofari

A condition d'une vigilance de tous les instants, la démocratie avance. La Question Prioritaire de Constitutionnalité permet aujourd'hui à un citoyen, dans certains cas, de saisir lui-même le Conseil Constitutionnel. Ainsi, récemment, à propos d'une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, le Conseil rappelait le droit absolu d'une personne privée de liberté de se défendre. En l'occurrence, il autorisait la saisine du Juge des Libertés, passés quinze jours d'hospitalisation sans consentement. Décision à contre-courant de la mode sécuritaire, qui a fait grincer les dents de la droite la plus dure. Décision saluée par les démocrates, comme le sont tous ceux attachés à la défense des droits des malades mentaux.

De bons esprits ont pourtant évoqué le risque de l'apparition d'un « juge de l'application des soins » qui prendrait le pas sur le médecin pour imposer un traitement. Mais rien dans le Code, ni dans la décision du Conseil Constitutionnel ne permet d'imaginer aujourd'hui la création ex nihilo de ce personnage inquiétant. En revanche, le Juge des Libertés est bien connu, bien présent, et qu'on lui demande de l'être davantage encore est une avancée : ne boudons pas notre plaisir.

On comprend que certains, conscients des difficultés de nos patients et de nos difficultés à essayer de leur apporter notre aide en toutes circonstances, soient mus par un pessimisme permanent : c'est vrai, après une éclaircie, le mauvais temps, immanquablement, reviendra. C'est vrai, interprétée en dehors de son contexte, toute loi peut être pernicieuse.

Mais si le pessimisme est nécessaire à l'analyse et à la mobilisation, l'action syndicale et politique ne peut s'en contenter. Il faut savoir accompagner les décisions utiles : elles ne sont pas si fréquentes dans notre domaine. Cette décision du Conseil Constitutionnel est bénéfique : le reconnaître n'émoussera pas notre vigilance mais nous permettra de garder quelque espoir dans l'avenir. Refuser a priori tout changement, suspecter tout responsable de duplicité, voilà qui conduit à la systématisation du principe de précaution : ne changeons rien, ni loi, ni technique, ni art, ni savoir. On ne sait jamais, il y a peut-être un risque. Mais un tel pessimisme en comporte un, de risque : celui de céder à la mode sécuritaire.

Communiqué de presse du CASP à propos de la décision du Conseil Constitutionnel

Le CASP, Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie, qui rassemble tous les modes d'exercices de la discipline, salue la décision du Conseil Constitutionnel concernant les modalités d'hospitalisations à la demande d'un tiers.

Au moment où le projet de réforme de la loi du 27 juin 90 est sur le point de confirmer l'autorité administrative dans les décisions de mesures de contraintes sanitaires, au nom des troubles à l'ordre public, les syndicats de psychiatres membres du CASP, attachés au respect des libertés individuelles des patients dont ils ont la charge, ne peuvent qu'approuver que les décisions et procédures relatives aux hospitalisations sans consentement soient placées sous le contrôle d'un juge, en rappelant que seule la nécessité des soins médicalement validée doit justifier ce mode particulier de privation de liberté et qu'à ce titre les

professionnels de la psychiatrie doivent être associés aux travaux visant à modifier la loi actuelle.

Non à l'instauration de juges d'application des soins !

Olivier Schmitt

La décision du Conseil Constitutionnel concernant les HDT^[1] a eu un effet de sidération et de confusion sur les soignants en psychiatrie. La raison en est qu'elle soulève un paradoxe qui n'est certes pas nouveau, mais qui était tant bien que mal traité au cas par cas jusqu'à présent dans la confiance relative aussi bien envers la justice qu'envers les psychiatres.

- D'une part, dans une démocratie, la privation de liberté ne peut que rester de l'ordre du droit commun et relève donc de la justice,
- D'autre part les soins en psychiatrie qui traitent des « pathologies de la liberté » (comme le disait Henry Ey) doivent constamment tenir compte de la qualité de cette liberté. La liberté, peut confiner au délaissement et expose à des privations de liberté bien plus grandes encore (schizophrènes SDF ou en prison). Autrement dit, une limitation de la liberté est donc bien souvent une nécessité pour la conduite d'un soin, même si le soin ne peut en aucun cas se limiter à cette limitation. Elle est donc d'abord de la responsabilité du soin, pas du judiciaire.

Cette contradiction ne peut être résolue par aucune loi contraignante. C'est dans un cadre juridique, laissant un espace respectant pouvoirs et contre-pouvoirs, que peut s'épanouir l'art du soin dans la complexité des relations transférentielles et contre-transférentielles.

Il est vrai qu'un malade pris dans un contre-transfert négatif de la part de ses soignants, ou pire face à une équipe qui dénie la dimension du transfert dans la coercition, vit un enfer insupportable, inadmissible. Il y a donc des situations qu'il faut prévenir et il n'est pas question de laisser un pouvoir absolu aux soignants. Il faut donc un contre-pouvoir face à ces dérives possibles.

Bien sûr, on peut penser que ce contre-pouvoir peut passer par un juge. Mais si l'on fait intervenir un juge, il ne peut intervenir qu'au regard d'une conduite de soin normalisée, autrement il serait mis dans la situation de déterminer quel serait le soin le meilleur pour tel patient à tel moment et ce ne peut être sa fonction. L'intervention d'un juge à ce niveau est donc la porte ouverte aux protocoles préétablis et déshumanisants auxquels seraient tenus de se conformer les soignants afin de permettre au juge de dire si les soins sont conformes ou pas. Le recours à la justice doit être indépendant d'un jugement sur la qualité des soins.

La seule manière de se protéger d'un pouvoir totalitaire des soignants est, non pas l'intervention systématique du judiciaire, mais le respect d'une règle fondamentale qui n'est malheureusement pas assez suivie d'effet : autant que faire se peut, **le patient doit avoir le libre choix de ses soignants**^[2]. Il s'agit là de favoriser l'épanouissement des transferts positifs qui sont les fondements d'actions thérapeutiques efficaces. Le non-respect de cette règle doit pouvoir faire l'objet d'un recours judiciaire **toujours possible**, mais une intervention systématique d'un juge aurait des effets pervers dans l'évolution complexe des relations soignants-malades.

Alors, certains diront que nous n'avons pas les moyens de respecter ce libre choix. C'est bien cela qui est scandaleux ! La dérégulation où se trouve l'hôpital, la régression conceptuelle des pratiques psychiatriques, la

formation des soignants en perte de spécificité, l'obsession sécuritaire et ses effets pervers et enfin la réduction drastique des moyens en sont la cause.

Lorsqu'on sait que ce qui se passe à l'hôpital rejaillit tôt ou tard sur les pratiques privées (on le voit tous les jours), il y a du souci à se faire d'autant que nous avons maintenant le même "patron" : l'ARS !

[1] Intervention systématique d'un juge à 15 jours d'une HDT pour décider de sa poursuite ou non.

[2] Cette règle déontologique est un pilier des positions constitutives de l'AFPEP depuis ses origines.

Communiqué du « groupe des 39 contre la nuit sécuritaire »

La décision du Conseil constitutionnel :

Une avancée ? Une perversion supplémentaire ?

Pour « les 39 contre la nuit sécuritaire », l'arrêté du Conseil Constitutionnel préservant les droits des patients hospitalisés sous contrainte pourrait apparaître comme une avancée démocratique. Cependant nous restons tout à fait circonspects sur les effets de l'apparition d'un juge après 15 jours d'hospitalisation : *Juge d'application des soins* ? Du « contrôle » de l'activité des équipes de soins ? Du bien-fondé de telle technique ?

Aussi tout en prenant acte de cette décision, nous souhaitons affirmer que ce n'est pas la loi de 1990 qui entraîne les effets délétères que nous constatons en psychiatrie depuis une vingtaine d'années, ni d'ailleurs l'existence de droits bafoués entraînant des internements arbitraires.

Le Conseil Constitutionnel oblige le gouvernement à se mettre en conformité avec cet arrêté avant la fin de l'été.

Nous craignons que cela ne lui serve de point d'appui ou de prétexte pour modifier la loi de 1990 en faisant voter le projet de loi sécuritaire qui, après notre énergique combat du printemps dernier, dormait dans les tiroirs ministériels...

La colonne vertébrale de ce projet était la possibilité – après une garde à vue psychiatrique de 72 heures – d'un recours massif aux soins obligatoires en ambulatoire : projet régressif, inefficace du point de vue des soins et notamment pour les patients qui refuseraient de s'engager dans les soins, dangereux du point de vue des libertés fondamentales.

Au sein de ce projet le recours à la contrainte ou à l'internement serait banalisé alors que nous pensons qu'il doit demeurer l'exception.

Depuis 2 ans, nous avons, avec d'autres, constitué un large front d'opposition à cette conception sécuritaire de la psychiatrie.

En fonction de ce contexte de délabrement des soins l'introduction du juge pourrait, paradoxalement, avoir des effets pervers : la logique du contrôle social et de la surveillance de populations se substituerait à la fonction soignante de la psychiatrie.

Nous ne pouvons pas ignorer en effet l'évolution biopolitique de l'Etat, avec la construction de dispositifs de contrôle et de formatage des pratiques qui s'infiltrent de plus en plus en plus au plus intime de la conception du soin mais aussi du sujet en souffrance. Ces dispositifs qui imbriquent les pouvoirs et discours autrefois séparés produisent un nouveau régime de la loi qui désormais vient de plus en plus dire la norme.

La fonction soignante était déjà largement entamée depuis des années par des attaques concomitantes : suppression des formations spécifiques des soignants (infirmiers, psychiatres, maintenant psychologues) – suppression massive de lits sans développement de structures alternatives au nom de contraintes économiques – généralisation de techniques de soin qui considèrent que l'objet de la psychiatrie ne serait plus de soigner un sujet en souffrance, mais de traiter une maladie, des symptômes...

Toutes choses déjà dénoncées en leur temps lors des Etat Généraux de la Psychiatrie en 2003 et qui n'ont fait depuis que s'aggraver.

Pour « les 39 contre la nuit sécuritaire », la principale atteinte aux libertés fondamentales dans notre pays est celle de la diminution drastique de l'accès à des soins de qualité pour tous. Seule une transformation radicale des moyens, de la formation et de la conception de la folie peut permettre aux patients de retrouver leur dignité et leur droit fondamentaux aux soins.

Nous appelons à poursuivre le rassemblement le plus large pour enrayer la dérive sécuritaire de la psychiatrie et la resituer dans sa mission soignante au service du sujet en souffrance psychique.

Que peut-on dire à Monsieur Lefrand ?

Hervé Granier

Révision de la loi de 90

La loi de 90 sur les soins sans consentement qui jusqu'à présent était assez équilibrée et laissait aux psychiatres toutes leurs responsabilités se révèle à présent dans toute sa dureté. Elle consacre, en effet le pouvoir des préfets qui peuvent imposer le maintien de l'hospitalisation d'un patient contre l'avis des psychiatres qui le prennent en charge (Circulaire Hortefeux).

Un projet de loi se juge non sur la crainte de ses conséquences mais en fonction de ses motivations. Les nôtres sont bien sûrs opposées à celles d'un Gouvernement qui veut renforcer ce qui est déjà particulièrement verrouillé. Les différents rapports préliminaires et l'étude d'impact ont déjà été réalisés. Nous aurons comme d'habitude peu d'influence sur l'écriture de ce projet de loi qui concerne en premier lieu nos confrères de l'hôpital public qui ne l'oublions pas sont en charge des malades difficiles relevant des soins sans consentement.

Puisque nous allons rencontrer le rapporteur de ce projet de loi le député Guy Lefrand, dans le cadre du CASP, nous pourrions proposer quelques recommandations simples et positives sur les soins sans consentement tels qu'ils pourraient se concevoir et sur les structures d'accueil habilitées à les dispenser. Les deux questions sont en effet intimement liées.

Tout d'abord, les soins sans consentement doivent rester sous la responsabilité des psychiatres qui accueillent ces patients et passer sous l'égide du juge des libertés qui peut mettre en place leurs garanties légales. **La**

judiciarisation me paraît être une étape majeure de la révision de la loi. La France rejoindrait le concert des nations européennes qui ont transféré au pouvoir judiciaire le soin d'encadrer les hospitalisations sous contrainte.

A cette condition et à cette condition seulement nous pourrions alors avancer les propositions suivantes.

1 - Un mode unique de soins sans consentement par la fusion des HO et des HDT consacrerait le caractère uniquement sanitaire de **l'hospitalisation sous contrainte** et ferait disparaître la référence au trouble de l'ordre public, notion juridique sans consistance mais sur laquelle s'appuie jusqu'à présent la puissance publique. L'entrée dans les soins en HO ou en HDT tient d'avantage au contexte social (isolement, précarité) qu'aux particularités des pathologies mentales à l'exception des infractions pénales.

2 - Le mode d'entrée dans ces soins peut-être multiple suivant les situations et le tiers requis; la famille, le préfet avec les moyens de police ou de gendarmerie ou l'autorité judiciaire (procureur, juridiction de jugement ou chambre d'instruction) ainsi que d'autres intervenants.

3 - L'observation de 72 heures du patient dans un lieu habilité permettrait de mieux discerner les situations et d'éliminer de nombreuses hospitalisations sous contrainte inutiles. L'introduction pendant la première semaine du juge des libertés donnerait un cadre légal pour apprécier la concordance entre les soins et la privation de liberté, à partir de là, un calendrier peut être établi semaine, quinzaine, mois avec bien sûr les certificats à l'appui et les moyens de recours disponibles pour le patient.

4 - Après une hospitalisation sous contrainte le passage à **des soins sans consentement ambulatoire** me paraît malgré tout une solution envisageable et souhaitable.

Une grande partie des patients sont déjà sous ce régime dans le cadre des sorties d'essais selon les principes de la loi 3211-11 du Code de Santé Publique « afin de favoriser leur guérison leur réadaptation ou leur réinsertion sociale les patients peuvent bénéficier d'aménagement de leurs conditions de traitement ».

Les soins ambulatoires sont, d'ailleurs, demandés par les praticiens publics qui ont depuis longtemps l'expérience de ces situations, mais aussi par les associations de malades ainsi que par certains corps de l'État notamment le contrôleur des lieux de privation de liberté.

Ces soins seraient sûrement préférables aux conditions d'isolement et parfois de contention que subissent certains patients et qui ne peuvent ainsi plus participer aux activités de soins des structures qui les accueillent. Ce type de soins nécessite une véritable équipe médicale et peut répondre aux recommandations du Conseil de l'Europe de 2004 sur ce sujet.

5 - Les sorties doivent relever de l'expertise des psychiatres et de l'avis du juge des libertés. Simple certificat médical dans le cadre civil, double expertise concordante dans le cadre juridique des infractions pénales. Les collègues de professionnels pour retarder ou rendre impossibles les sorties de patients dangereux et/ou relevant de l'article 122 du Code Pénal n'ont pas lieu d'être. Pour ces patients, il faudrait, par ailleurs, réduire les incohérences de la loi et porter la même attention aux sorties d'essais et aux sorties définitives.

Ce sont là des lignes générales qui pourraient être indiquées au rapporteur du projet de loi. Certes il faudra préciser encore certains aspects et défendre la construction de structures de soins adaptés dont la sécurité serait assumée par des soignants et non par des agents pénitentiaires sur le modèle des unités pour malades difficiles dont le nombre est encore insuffisant. La qualité de ces structures est indissociable de l'efficacité thérapeutique de la loi. Des moyens supplémentaires doivent accompagner l'augmentation de la charge juridique.

Nous n'avons sûrement rien à attendre du Gouvernement présent. Nous verrons si notre représentation nationale encouragée par les récentes décisions du Conseil Constitutionnel peut saisir l'opportunité de rétablir plus de justice et d'attention pour ces patients aussi difficiles que démunis. Ce serait pourtant la moindre des choses pour une nation qui a inventé la psychiatrie !

Communiqué du SNPP – Rapport Bockel

5 novembre 2010

Les déclarations récentes de M. Bockel concernant la prévention de la délinquance et les mesures de dépistages précoces à entreprendre ne manquent pas de réactiver notre désapprobation.

Nous avons tous en mémoire le rapport de l'INSERM sur le sujet et les propositions du Ministre de l'Intérieur de l'époque, M. Sarkozy.

La communauté professionnelle dans son ensemble et de nombreux citoyens rassemblés dans le mouvement « Pas de zéro de conduite... » avaient vigoureusement dénoncé le projet.

Le SNPP s'était associé dès la première heure à ce mouvement de protestation qui ne va pas manquer de s'élever à nouveau pour combattre la nouvelle mouture que propose M. Bockel, et qui malgré ses dénégations, ne fait que reprendre, voire même approfondir, les mêmes recettes qui imposent un même front d'opposition.

Le métier de psychiatre

Thierry Delcourt

Nous organisons à Reims une soirée sur « Le métier de psychiatre ». Cet abord a été et reste largement débattu au sein de l'AFPEP-SNPP. Il avait fait l'objet des Journées Nationales de 2001 (numéro 142 de la Revue Psychiatries). Pour cette réunion de Reims, la table ronde sera animée par Jacques Barbier, Thierry Delcourt, psychiatres exerçant en privé, Annie Douce, psychiatre d'exercice mixte privé et hospitalier, Georges Jovelet, psychiatre d'exercice public, Jean-Philippe Leroy, psychiatre et directeur de clinique, Eric Wargny, pédopsychiatre d'exercice mixte hospitalier et médico-social. Sont conviés les psychiatres de tous horizons, les psychiatres en formation et les internes afin de dresser un état des lieux dans notre région Champagne-Ardenne pour la psychiatrie. La démarche est en soi peu originale mais elle nous est apparue indispensable au vu des graves difficultés que nous rencontrons ici pour exercer correctement notre métier.

Cette initiative régionale n'est certainement pas isolée mais notre pratique l'est dans les faits. Je propose que soient rassemblés tous ces points de vue locaux : questions, idées et problèmes, afin de les mettre au travail et d'en extraire un texte commun dans le cadre de l'AFPEP-SNPP. Contact : info@afpep-snpp.org.

Elections de conseillers régionaux

Picardie

Élu : Dr Jean-Louis Planque

Aquitaine

Élue : Dr Béatrice Guinaudeau

Maltraitements à nos patients

Hélène Baudoin

Mr D., la quarantaine, a depuis quelques années un parcours difficile pour lequel il me demande de l'aide. Il est seul dans la vie et ne va pas bien depuis qu'il a perdu sa mère. Avec les années et notre travail régulier de psychothérapie il s'améliore. Après un arrêt de son activité professionnelle pour formation et n'ayant pas obtenu le diplôme espéré, il retrouve son lieu de travail. Quelques semaines à peine après cette reprise, une maladie de Hodgkin est découverte et immédiatement traitée. Il est alors en arrêt maladie bien évidemment. Le traitement se passe bien. Il veut reprendre son travail un peu plus vite que ce que les médecins lui accordaient. Mais d'emblée il se sent mal reçu, ses choix d'affectation n'ont pas été retenus. Les conditions de travail sont difficiles. Il est fatigué et son médecin traitant lui prescrit un nouvel arrêt de travail. Pendant tout ce temps, quelques semaines tout au plus, notre suivi se poursuit. Un matin il m'appelle affolé. Il a reçu la visite d'un médecin contrôleur privé mandaté par son employeur qui lui a donné l'ordre de reprendre son travail le jour même. Il s'y est donc rendu et ne sait que faire dans cette situation vécue comme brutale. Je décide de lui refaire un arrêt et environ 3 semaines après, reçois l'appel du-dit médecin contrôleur. Je lui donne mon avis sur la situation justifiant un arrêt de travail chez ce patient fragile ainsi que ma façon de penser sur la manière dont lui s'y est pris, insistant sur la pathologie cancéreuse bien connue pour être très sensible au « stress ». C'est là qu'il me répond avec un aplomb déconcertant que les analyses montrant qu'il est « guéri » il n'a pas de raison de ne pas retravailler. Depuis quand considère-t-on qu'un cancer est guéri quelques semaines seulement après une première phase de traitement ? Un médecin peut-il à ce point nier l'aspect évolutif du vivant pour se transformer en un comptable qui ne considérerait que la rentabilité de l'instant T ?

J'ajouterai pour finir une autre situation où l'on sent la transformation des modes de pensées vers une indifférence à la souffrance d'autrui désignée comme a priori suspecte : ce que me dit, à travers ses larmes, une patiente non encore remise d'une IVG évidemment vécue dans un contexte difficile : elle n'en avait été pas remboursée sous prétexte que c'était un « acte de confort »...

Peut-on véritablement soigner sans avoir le souci du confort des patients ?

La télémédecine ou la mort programmée de la clinique. Quand le corps est réduit à une image virtuelle...

Dominique Texier

26 octobre 2010, Roselyne Bachelot, encore Ministre de la santé, annonce l'autorisation par décret de la téléconsultation dès début 2011.

Tout était là pour que ça se réalise :

D'une part : la capacité technologique de l'informatique et sa haute performance, la démocratisation de son utilisation, la facilité de son maniement et la grande diffusion des réseaux.

D'autre part : une médecine se technicisant, inflationniste et ruineuse corrélée à un déficit programmé du personnel médical, démographiquement mal réparti de surcroît.

Autoriser la consultation médicale par Web Cam est une solution bâchée et bâclée à la va-vite dans l'urgence des solutions à trouver face aux impasses réelles auxquelles sont confrontés les pouvoirs publics, entre la demande exponentielle des citoyens et la pénurie médicale. C'est un compromis qui court-circuite autant les enjeux dont procèdent les impasses actuelles, que ses effets.

Que prétend résoudre cette nouvelle modalité de la consultation ? Quels sont les principes qui la valident ? Enfin quel processus met-elle en place, que va-t-elle déclencher ?... telles sont les questions qu'une telle annonce suscite en première approche, avant d'écrire le premier chapitre d'« une chronique d'une mort annoncée », celle de la médecine, telle qu'elle s'enseignait il n'y a pas encore une génération.

D'abord, sur quoi repose ce nouveau mode proposé de consultation ? Sur l'idée très simpliste et réductrice qu'il y aurait une adéquation entre le symptôme du patient et la réponse médicale d'un traitement, en accord avec les normes de prescription et les recommandations des comités d'experts. A un trouble correspondrait une pharmacopée. Mais alors à quoi sert la consultation Web Cam ? Une auto-prescription suffit et l'expérience nous montre que les patients viennent de plus en plus nombreux en ayant déjà consulté Internet, en ayant déjà posé le diagnostic, le pronostic et prévu le traitement, les effets indésirables... Or cela suppose que le patient soit dans la capacité d'énoncer ses symptômes et de les identifier. Cela lui suppose une **prescience** sur sa pathologie et sur son corps. C'est la question de l'examen médical qui est ici remis en question, où le patient se remet au savoir médical, en lui confiant son corps par le biais du symptôme : c'est la place de l'observation, du regard clinique du médecin qui est ainsi annulé. Progressivement s'effectue un glissement vers l'auto-évaluation, où l'individu est amené à être en préoccupation permanente sur la bonne marche de son corps en fonction des grilles d'évaluation diffusées au quotidien par toutes les sources médiatiques possibles, chaque dysfonctionnement de son corps lui incombant. La télé médecine engendre un processus qui enchaîne ainsi auto-évaluation, auto-diagnostic et responsabilisation individuelle.

Ici donc, des enjeux liés à notre monde contemporain, qui se greffent sur deux idéalités essentielles : le rapport au savoir technologique et le rapport à l'image, où la virtualité se superpose à la réalité, télescopant les temporalités. En effet, à vouloir réduire le corps à une image, un symptôme à un trouble, à vouloir donner à un énoncé une valeur de savoir univoque, la complexité est réduite, le corps ramené à un système d'organes et de fonctions. Il s'en déduit un rapport instrumentalisé au corps, qui doit répondre aux injonctions contemporaines, d'être jeune, beau et sans défaillances instrumentales. Il est du ressort de chacun d'en avoir la charge et la responsabilité. Le corps social tend à poser un regard suspicieux sur « le malade », lui supposant toujours d'avoir joui en excès.

Mais pourquoi une telle réduction alors que le monde se complexifie, le corps lui-même apparaissant toujours plus inconnu au fur et à mesure des avancées médicales ? L'enjeu politique est évident bien que pas suffisant à l'expliquer. Le savoir est une forme de pouvoir en concurrence avec les institutions politiques. Le savoir médical est un pouvoir qui, laissé entre les mains des médecins risque de retirer au politique la main-mise sur la régulation des comportements. Progressivement le politique s'est emparé du corps pour légiférer ses bonnes conduites, ce que Foucault a appelé les bio pouvoirs. La voie médiatique est un des modes de régulation, permettant toutes les campagnes de prévention. Mais l'enjeu est aussi et surtout économique, de réduire le coût d'une médecine clinique, au lit du patient. C'est aussi faire de la pharmacopée l'instrument essentiel du traitement, au profit de l'industrie pharmaceutique.

Plus grave, c'est la question de la **présence** qui est fondamentalement remise en cause, comme si le sujet pouvait s'en passer. N'est-ce pas à la subjectivité elle-même que l'on s'attaque ? Le lien social instaure du malaise, c'est de structure : le rapport à l'autre nécessite de respecter un certain nombre de limites, source de souffrance, que le corps accuse, par ses symptômes : le corps parle ce malaise avec ses maux. Réduire la consultation à un échange virtuel, hors corps, sans la présence mutuelle de celui qui dépose sa plainte et de celui qui la reçoit, n'est-ce pas une façon de refuser au sujet de traduire dans son corps, ce qui fait malaise, d'être un sujet social, en lien de parole avec l'autre. Où et comment pourra se dire ce malaise si le sujet ne peut plus faire de son corps le lieu d'expression de sa singularité propre ?

Plus grave encore, le processus que déclenche cette nouvelle modalité de consultation est une levée de pudeur, fondement de l'humanisation du sujet : en effet, quelles que soient les techniques de sécurisation, « l'internetisation » de la consultation la déplace sur la scène publique. Il n'y aura plus cet espace privé que permet le colloque singulier entre le patient et le médecin, espace très intime où peut se déployer les choses du corps les plus honteuses. Le pouvoir médical est transgressif, il accueille les formes les plus monstrueuses du sujet. Le médecin regarde, touche, coupe, écoute...toujours au-delà des limites admises dans le lien social. N'est-ce pas ce pouvoir transgressif qui est remis en cause, pour réduire le pouvoir médical à un commerce normalisé ? N'est-ce pas sa force subversive qui risque d'être abrasée ?

La télémedecine enclenche ainsi un processus qui risque de s'avérer irréversible, qui consiste à déresponsabiliser le médecin pour retourner définitivement la responsabilité sur le sujet lui-même. Il ne s'agit pas de la responsabilité juridique : nos technocrates trouveront les contrats en bonne et due forme pour protéger le citoyen. Il s'agit de la responsabilité collective, que le médecin dans sa fonction de tiers instaure en le payant de sa présence auprès du patient. La consultation médicale est un espace entre deux altérités, entre deux singularités centrée autour de l'échange asymétrique de paroles. En installant un système basé sur l'image, la télémedecine bascule le rapport médical sur le versant imaginaire, duel, sans la tiercité qu'introduit la présence, qui ne peut se passer du corps.

La télémedecine confirme la tendance contemporaine d'éliminer tous les lieux d'altérité où le sujet avait encore un peu sa place, où le malaise avait encore droit de cité. Où le sujet va-t-il pouvoir se loger, comment son malaise va-t-il pouvoir s'exprimer si ce n'est en durcissant encore un peu plus les tensions au sein des liens sociaux ? La télémedecine aura des effets d'une grande violence sur le sujet lui-même et contribuera, de près ou de loin, à la montée de la violence sociale, qui se radicalise chaque jour toujours un peu plus.

L'AFPEP et son action internationale

Antoine Besse

Plusieurs projets fortement soutenus par l'AFPEP sont en voie d'aboutir au niveau international : le Colloque de Cerisy et le DIP (Diagnostic Intégré centré sur la Personne).

Le Colloque de Cerisy La Salle :

Sur le thème de l'empathie, il sera l'occasion pour les psychiatres français, publics et privés, de dialoguer dans un lieu prestigieux avec des conférenciers de plusieurs pays et de domaines de compétence allant de la philosophie aux neurosciences en passant par la psychanalyse, l'anthropologie, l'art et l'économie.

La bataille des classifications :

Pour rappel, deux classifications dominent actuellement et s'imposent à la communauté scientifique internationale : l'américaine, avec le DSM4 (Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux), rédigée par la seule A.P.A., (Association Américaine de Psychiatrie) et la classification internationale de l'OMS, dont la dernière version, la CIM10, est presque calquée sur le modèle américain. Dans beaucoup d'Etats, la CIM10 est imposée autoritairement aux praticiens et chercheurs et aux institutions de soins sans leurs avis.

- **La révision du DSM** est en cours, réalisée par la puissante A.P.A. forte de ses nombreux adhérents et de la vente du DSM (rapport indispensable de millions de dollars). Les comités dévolus à chaque chapitre du DSM travaillent sur une base a-théorique, en opposition avec la psychiatrie psychodynamique. Elle est devenue descriptive de « troubles » en nombres grandissants (60 pathologies au départ à 410 dans le DSM4), voulant élargir le champ du pathologique aux formes émergentes de pathologie. Ainsi, dans le prochain DSM5 arrivent des syndromes de risque, prétendant non pas à la prévention mais à la prédictibilité, qui autoriserait à prescrire des neuroleptiques à des adolescents jugés atypiques. Deux éléments disparaissent : la « personnalité narcissique » et la psychose du post-partum. La superficialité de cette version faisant entrer des excentricités de conduite comme maladies sans contextualiser ni différencier au sein de structure syndromique les « troubles ». Enfin, les conflits d'intérêts financiers entre les experts des comités du DSM4 et l'industrie pharmaceutique sont maintenant mis à jour par des publications internationales dont plusieurs traduites en français.

Enfin, cette classification est américaine imprégnée par la pensée pragmatique qui veut qu'une vérité soit construite avec des chiffres (statistiques) éliminant toute causalité psychique du diagnostic.

Le malheur est qu'elle est imposée aux psychiatres par beaucoup d'Etats.

Après le moratoire décrété par l'OMS sur **la révision de la CIM10** jusqu'à cette année, les travaux de la révision ont repris, l'OMS a peu de moyens financiers (contrairement à l'APA pour la révision du DSM), et la CIM concernent toutes les branches de la médecine. L'OMS doit donc s'appuyer sur des praticiens bénévoles, des CCOMS (Centre collaborateur OMS) dans chaque pays, des associations scientifiques médicales, en psychiatrie la WPA, et des associations d'« usagers ».

L'AFPEP a accepté, en octobre 2009, sans être dupe (dans un souci d'observer la réalité de cette révision aux enjeux nombreux et cruciaux pour notre discipline) de participer à la révision de la CIM10 à deux niveaux :

1/ En tant qu'association membre de la WPA, nous avons proposé à tous les adhérents de l'AFPEP dont nous avons l'adresse mail (624), de répondre au questionnaire OMS en français, anonyme mais clairement identifié par association. L'OMS a reçu 28 % de réponses au questionnaire envoyé à nos adhérents par mail. Cette première étape en français avait l'OMS comme interlocuteur.

La prochaine étape va s'avérer plus délicate, car l'interlocuteur sera la WPA et les propositions que nous ferons doivent être en anglais et référencées selon une méthodologie très EBM. Nous avons peu de chances d'être entendus et il n'est pas exclu de nous retirer alors.

2/ En tant que participant, au titre de représentant de la FFP, aux travaux du CCOMS français, qui a choisi de cibler ses propositions sur la question de la psychose, la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent et les troubles sexuels (« transe genre » en particulier), et de faire participer les associations d'« usagers », avec la préoccupation de classer/déclasser sans stigmatiser. J'y suis invité comme représentant la FFP.

Les enjeux complexes concernent :

- Le diagnostic qui ne doit pas être un but en soi. Dans la CIM10, il est réducteur lorsqu'il confond malade et maladie oubliant toute approche subjective. Les associations d'« usagers » demandent de ne plus être classifiées dans les catégories de la maladie mentale, trop stigmatisantes, alors que leurs soins sont indemnisés par les assurances maladie.
- La recherche, selon qu'on déclassifie ou pas certaines pathologies.
- L'assurance maladie, se trouve concernée (indemnisation en A.L.D. ou par le handicap...).
- Le plan judiciaire enfin où la question diagnostique psychiatrique reste cruciale en matière d'expertise, de tutelle, de responsabilité criminelle, de capacité à être jugé.

Les praticiens de terrain d'exercice privé, peu contraints à classer dans leur exercice de cabinet, sont moins mobilisés sur la question des classifications mais ceux d'exercice mixte savent l'obligation faite dans le secteur public ou le secteur médico-social d'utiliser cette CIM10.

Les Classifications alternatives

Nous avons depuis les Etats Généraux de la Psychiatrie à Montpellier en 2003 pris l'engagement avec l'ensemble des Sociétés Françaises de Psychiatrie et de presque toutes les Sociétés Psychanalytiques françaises qu'il était prioritaire de construire et de faire reconnaître internationalement une classification qui soit compatible avec une psychiatrie clinique prenant en compte la personne du patient, sa subjectivité, tout autant que celle du psychiatre. Juan Mezzich, président élu de la WPA, y assistait et avait depuis cité ce moment consensuel et ses arguments fondamentaux. Durant son mandat de 2005-2008, il a lancé un Programme Institutionnel de Psychiatrie centrée sur la Personne (IPPP), à partir des travaux de la section des classifications de la WPA auxquels les psychiatres français avons été invités à contribuer dès 2001 à la Conférence de Londres où Michel Botbol présentait la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent CFTMEA (Mises), puis à New York (mai 2003), puis en 2004, à New York décide d'élaborer un Diagnostic Psychiatrique Intégré (DIP) pour servir d'outil à ce retour de la psychiatrie de la personne.

Le travail commun de l'OMS et la WPA vers la CIM11 ne pouvait aller au-delà d'un toilettage de surface, inscrit dans la mouvance de la réforme en cours du DSM4.

Du fait des intérêts économiques, politiques et académiques qu'une réforme plus ambitieuse risquait de remettre en cause, il revenait à l'IPPP de poursuivre seul son chemin fort des engagements des praticiens et des associations dans cette démarche.

Nous avons publié l'an dernier un « **Manifeste de la Psychiatrie de la Personne** ». (Juin 2009, éditeur DOIN, sous la dir. S.D. Kipman) où nous présentons la Classification DIP (Diagnostic intégré centré sur la personne Person-centered Integrative Diagnosis PID) : comment prendre en compte la subjectivité dans une classification « centrée sur la personne » (M. Botbol). En mars 2008, aux Francopsies de Dakar Juan Mezzich avait également présenté le DIP.

Voici un extrait de cette présentation : **Un modèle intégré à plusieurs niveaux.**

Inscrit dans un autre paradigme le PID propose, dans sa forme actuelle, une structure à plusieurs niveaux, afin d'évaluer le statut de santé de la personne dans ses doubles aspects, positifs et négatifs. Ainsi les deux grands domaines étudiés sont, d'un côté, la dimension pathologique ; de l'autre, les aspects positifs de santé.

Dans chacun de ces grands domaines, le PID propose des niveaux susceptibles d'être évalués à partir de composantes standardisées ou à partir de données narratives idiographiques personnalisées. L'intégration de ces domaines dans leurs différentes composantes a pour objectif de constituer les bases informationnelles nécessaires pour indiquer et construire une intervention de soin, fournir des informations de base pour l'enseignement et la recherche, la planification en santé publique et les fonctions administratives et économiques impliquées dans les soins.

Dans l'état actuel de son développement, le modèle comprend dans chacun de ces grands domaines trois principaux niveaux.

** Dans le domaine de la pathologie :*

- Le premier niveau est la pathologie elle-même et son poids. Ce niveau est lui-même divisé en deux sous-niveaux, le premier sous-niveau correspondant aux catégories cliniques à la fois dans le domaine mental et général. Le second sous-niveau correspond au handicap induit par ces entités cliniques, c'est-à-dire aux conséquences sociales de cette pathologie, dans les soins personnels, les fonctions occupationnelles, les fonctions familiales et les fonctions sociales.*
- Le second niveau du grand domaine de la pathologie correspond au ressenti concernant l'expérience de la maladie. Dans ce niveau plus encore que dans les autres, ce sont les données narratives idiographiques personnalisées qui auront la place essentielle, mais il n'est pas exclu que ces aspects puissent être également évalués par le biais d'éléments plus standardisés [22]. Ce niveau comprend des thèmes tels que la souffrance, les expériences culturelles et les valeurs liées à la maladie et aux soins.*
- Le troisième niveau de ce même domaine concerne les facteurs contribuant à la pathologie, c'est-à-dire les facteurs de risques. Doivent être considérés tant les facteurs de risques internes, (comme la vulnérabilité génétique, les organisations psychopathologiques, les fonctionnements cognitifs et instrumentaux, les mécanismes de défenses psychiques et les configurations dynamiques, économiques et topiques), que les facteurs de risques externes, (comme les stressors environnementaux ou les événements de vie). L'évaluation de ces facteurs doit, elle aussi, faire l'objet d'une évaluation biopsychosociale utilisant à la fois des instruments standardisés et des formulations narratives idiosyncrasiques personnalisées.*

** Dans le grand domaine de la santé positive,*

- Le bien-être est considéré comme le premier niveau qui se divise en deux sous-niveaux : le premier correspondant à la récupération, la rémission, tandis que le second sous-niveau correspond au niveau de fonctionnement.*
- Le second niveau de santé positive correspond à l'expérience de la santé qui, elle aussi, doit être évalué essentiellement à partir des données narratives idiosyncrasiques personnalisées mais peut faire l'objet d'une évaluation standardisée. Cela inclut*

notamment des thèmes comme la qualité de vie, les formulations de valeurs et de culture concernant l'identité et le contexte.

- Le troisième niveau dans ce grand domaine de la santé positive inclut les facteurs positifs de protection qui comprennent à la fois des facteurs internes de protection (comme la résilience, les mécanismes de défense protecteur et les modes de fonctionnement psychologiques protecteurs qu'ils soient cognitifs ou psychodynamiques), et des facteurs externes de protection comme le support social. Tous ces facteurs doivent être évalués selon un schéma biopsychosocial utilisant à la fois des instruments standardisés et les données narratives idiosyncrasiques personnalisées.

Comme on le voit, le PID présente, du point de vue de sa méthodologie, deux nouveautés fondamentales :

L'association d'éléments narratifs idiosyncrasiques aux repérages quantitatifs dimensionnels et catégoriels, ce qui permettra d'enrichir et d'approfondir les descriptions personnalisées des domaines et niveaux considérés.

L'interactivité du processus diagnostique : dans le PID, le professionnel évaluateur est l'un des partenaires d'un dialogue impliquant également le patient et la famille dans une démarche où ils auront conjointement la charge de mener ce processus afin de planifier des interventions thérapeutiques.

*Le PID relève donc le défi lancé par le Programme de Psychiatrie de la Personne. C'est un nouveau modèle de conceptualisation qui, sans être psychodynamique ou phénoménologique par nature, est à l'évidence beaucoup plus compatible avec des approches qui s'y réfèrent [23]. Il permet d'appliquer à la pratique clinique ordinaire les principes de la psychiatrie centrée sur la personne en donnant une traduction opérationnelle à l'ambition qui les détermine : mettre toute la personne dans son contexte au centre des soins cliniques et de la santé publique. Le PID développe ainsi une définition plus large et plus profonde du diagnostic, au-delà du concept restreint de diagnostic nosographique. Il implique une formulation à plusieurs niveaux, permettant de rendre compte du statut de santé dans ses aspects à la fois pathologiques et positifs qui sont toujours impliqués dans la définition d'un trouble chez une personne donnée. Processus évolutif, il s'appuie sur la participation interactive des cliniciens, des patients et des familles, chacun des partenaires étant engagé à égalité dans cette démarche qui les implique subjectivement ; il utilise tous les outils descriptifs disponibles (catégorisation, dimension) et introduit dans chacun de ces niveaux une dimension narrative idiosyncrasique personnalisée qui vient asseoir l'importance donnée à l'interaction avec le patient et à sa subjectivité dans ses aspects phénoménologiques et dynamiques ». **Le diagnostic en Psychiatrie de la Personne, J. Mezzich, M. Botbol, A. Besse, I. Salloum.***

Ces travaux sont actuellement réalisés au sein d'un réseau international INPCP (réseau international de psychiatrie centrée sur la personne) et se sont élargis aux disciplines cliniques médicales avec l'INPCM (réseau international pour la médecine centrée sur la personne), l'ensemble présidé par Juan Mezzich. Une Revue : **International journal of Person centered Medicine** sortira prochainement chez University of Buckingham Press, (revue à impact factor). J'ai été invité à entrer à son comité éditorial international.

Le samedi 9 octobre 2010, nous participions au nom de l'AFPEP à la réunion chez Patrick Landman sur « la bataille des classifications » avec une approche des classifications alternatives comme la classification **PDM** (Manuel Diagnostique Psychodynamique), il m'invitait à présenter le **DIP** et la stratégie de l'AFPEP. La majorité des associations de psychanalystes y était représentée et prépare un Manifeste en cours d'élaboration en collaboration avec nous.

Chronique internationale ALFAPSY AFPEP dans le réseau de psychiatrie francophone

Paul Lacaze

décembre 2010

Voici 10 ans, en octobre 2000, sur l'île de la Guadeloupe étaient organisées en l'honneur de feu Gérard Bles, fondateur de l'AFPEP, les 1ères Rencontres Francopsies imaginées par Antoine Besse, Hervé Bokobza, Jalil Bennani (Ma) et bien d'autres sur le thème : Traversée Culturelle Francophone, à la Découverte des Pratiques Ambulatoires de la Psychiatrie (cf. la Revue « Psychiatries » n° 140). C'est au cours de ce rassemblement des psychiatres francophones et plus précisément autour de quelques-uns d'entre nous comme Jean-Jacques Laboutière, Brahim Benbrahim (Ma), Mohamed Jamaï (Ma), Astrid Kubli Bauer (CH), Sofiane Zribi (Tu), et d'autres qu'est née l'idée de fédérer nos organisations nationales afin de mettre en commun nos expériences professionnelles, issues de l'exercice privé de la psychiatrie, pour en faire reconnaître la rigueur clinique dans sa dimension psychodynamique.

Que de chemin parcouru depuis lors ! Fondation de ALFAPSY en 2003, affiliation à la WPA en 2008, réalisation de 6 Rencontres Francopsies, de plusieurs Colloques Interpsy, de nombreux Symposia, de Conférences, de partenariats multiples et de participations foisonnantes en différents endroits de l'espace francophone et d'ailleurs ! Certes, l'objectif de fédérer le plus grand nombre d'organisations professionnelles est loin d'être atteint, y compris en Europe, mais la ligne scientifique de ALFAPSY est toujours respectée telle une mise en résonance de valeurs largement inspirées des élaborations de l'AFPEP confrontées à celles des autres communautés francophones qui l'enrichissent. Ce parcours s'amplifie désormais en proportion de la reconnaissance de la représentation internationale de ALFAPSY comme en témoigne la diversité de ses actions.

Illustrations avec l'année 2010

Du 3 au 5 mai 2010, Antoine Besse pour l'AFPEP et Paul Lacaze pour ALFAPSY participent à la 3e Conférence de Genève sur la Médecine centrée sur la Personne et au Symposium réalisé sur le thème, au Siège de l'OMS : Les soins centrés sur la personne dans les pays à revenus faibles ou moyens, conférence organisée par l'INPCM (International Network for Person-Centred Medicine dont le Siège Social est à Genève).

Notre participation au titre de ALFAPSY en tant que fédération internationale tient en grande partie à la médiation de Antoine Besse, relayée par Michel Botbol, dans la perspective de renforcer nos liens avec l'INPCM et son Président Juan Mezzich (Mount Sinai School of Medicine, New York University, Past President de la WPA). ALFAPSY se positionne ainsi parmi les organisations dont le rapprochement se justifie par la communauté des valeurs cliniques à défendre, pour la psychiatrie comme pour la médecine en général. L'enjeu, au plan mondial, étant de résister au scientisme de l'EBM (Evidence Based Medicine) au profit de l'humanisme de la PCM (Person-Centred Medicine).

On salue, à cette occasion, le travail qu'Antoine Besse a entrepris depuis de longues années à l'international au sein de l'AFPEP puis avec ALFAPSY car il trouve ici, avec l'INPCM, l'une des possibilités de faire de ce partenariat une tribune mondiale pour la défense et le rayonnement des valeurs que nous soutenons ensemble pour la psychiatrie.

Du 12 au 14 mai 2010, à l'initiative de ALFAPSY, Patrick Stoessel (AFPEP), Marie-José Bourdin (représentant le Centre F. Minkowska à Paris), Agnès Bardin (psychanalyste à Montpellier) et Paul Lacaze se rendent à Budapest pour une série de conférences données dans le cadre du VIIe Colloque Européen de

Psychiatrie et Psychanalyse « Un Divan sur le Danube » (organisé par l'Association Piotr-Tchaadaev, Président Jean-Yves Féberey) sur Ethnopsychiatrie et Psychiatrie Transculturelle, Désinstitutionalisation.

L'enjeu de Budapest est d'être, au coeur de l'Europe, en prise directe avec une communauté de confrères (dont de nombreux francophones) venus de divers pays (Hongrie, France, Roumanie, Italie, etc.) qui partagent notre vision de la psychiatrie.

Les 23 et 24 octobre 2010, Paul Lacaze et Olivier Schmitt sont invités, au nom de ALFAPSY, à intervenir à Hammamet aux Journées Nationales de l'ATPEP, Psychiatrie et Violence.

Là encore, outre le fait qu'il s'agit d'une amitié et d'une alliance majeures entre nos trois organisations (ATPEP, AFPEP, ALFAPSY), nos interventions sont, une fois encore, perçues comme significatives d'un combat d'idées mettant en valeur la place de l'exercice privé de la psychiatrie dans sa dimension psychodynamique.

O. Schmitt : Psychopathologie de la Limitose

P. Lacaze : Le psychiatre peut-il être violent ?

Ce à quoi il convient d'ajouter tout l'avantage d'y rencontrer de nouveaux confrères venus du Canada pour qui ALFAPSY apparaît comme un support à leurs aspirations dans la défense de la clinique.

Dans la foulée, du 25 au 27 octobre 2010, Paul Lacaze représente ALFAPSY à Marrakech au 20e Congrès Mondial de Psychiatrie Sociale sur l'invitation de son Président, Driss Moussaoui (Ma), Président Elu de la WASP (World Association for Social Psychiatry).

Les multiples rencontres avec les confrères de France, de Suisse et surtout du Maghreb constituent autant de liens en réseau qui se tissent patiemment.

Ainsi, d'une manifestation à l'autre nous en arrivons à une multiplication de contacts et de participations sur des scènes internationales qui nous ouvrent de nouvelles perspectives pour l'avenir. ALFAPSY a contribué à favoriser, par l'intermédiaire de Paul Lievens en Belgique, la création d'une nouvelle organisation professionnelle, ABPPA, Association Belge de la Pratique Psychiatrique en Ambulatoire. Cette association, née en mai 2010 sur le modèle des statuts de l'AFPEP, rassemble tous les psychiatres Belges dont l'exercice, privé comme public, s'effectue en milieu extrahospitalier.

Nous espérons vivement, compte tenu de la proximité de nos points de vue, que l'ABPPA viendra dès cette année rejoindre le Comité International ALFAPSY.

Comment se profile 2011 ?

ALFAPSY travaille, en matière de recherche et de publication en anthropologie médicale clinique, avec le Centre Françoise Minkowska (Centre Médico Psycho Social pour Migrants et Réfugiés, à Paris). Rachid Bennegadi, Marie-José Bourdin et Christophe Paris qui en sont les principaux acteurs organisent, en partenariat avec la Section de Psychiatrie Transculturelle de la WPA et avec, entre autres, la collaboration de ALFAPSY, la 1ère Conférence Internationale Francophone de Psychiatrie Culturelle, titrée : Enjeux Migratoires et Santé Mentale. Au cours de ce congrès qui se déroulera à Paris du 17 au 19 avril 2011 à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Félicien Adotevi (Sn), Jalil Bennani (Ma), Paul Lacaze (F) et Sofiane Zribi (Tu) présenteront le Symposium ALFAPSY: Synergie Clinique entre Pratique Transculturelle et Exercice Privé de la Psychiatrie

Du 2 au 4 mai 2011, Antoine Besse pour l'AFPEP et l'association des sociétés françaises de psychiatrie avec Paul Lacaze pour ALFAPSY se rendront à la prochaine 4e Conférence de Genève sur la Médecine centrée sur la Personne de l'INPCM sur le thème : Articulating Person-Centred Clinical Medicine and People-Centred Public Health.

Du 1er au 3 juin 2011 à Budapest, dans le cadre du prochain VIIIe Colloque Européen de Psychiatrie et Psychanalyse « Un Divan sur le Danube », ALFAPSY prépare un nouveau Symposium, La psychiatrie francophone en pratique privée: alliance clinique entre diagnostic et psychothérapie.

Cette participation sera l'occasion d'approfondir les liens qui unissent ALFAPSY avec les organisations de Hongrie, de Roumanie et d'Italie que regroupe habituellement ce colloque au cœur de l'Europe Orientale ou, comme l'écrit Jean-Yves Féberey, Président de l'Association Piotr-Chaadaev, de poursuivre la réflexion et les échanges engagés ces sept dernières années entre les acteurs (professionnels et usagers) de la psychiatrie et de la psychanalyse dans différents pays d'Europe et les enrichir par de nouvelles approches.

Du 18 au 22 septembre 2011 aura lieu, à Buenos Aires, le XVe Congrès Mondial de la WPA, Our Heritage and our Future. Bon nombre d'entre nous à ALFAPSY se disent prêts à participer, plus dans l'esprit de poursuivre le travail entrepris quelques mois plus tôt au congrès de Paris (cf. supra) avec le Centre Minkowska que dans celui du XIVe Congrès de Prague 2008 ; mais aussi pour y mesurer nos différences d'approche concernant l'héritage et le futur de la psychiatrie, thème des 7es Rencontres Francopsies (cf. infra).

Du 28 au 30 octobre 2011 à Beyrouth Chawki Azouri (Lb), Président de la SLP (Société Libanaise de Psychanalyse) organise le Colloque international de Psychiatrie et Psychanalyse, Guerre finie, guerre infinie, en collaboration avec ALFAPSY et son Atelier spécifique autour de la notion de Psychopathologie clinique du conflit. Les demandes de participations et de communications sont, d'ores et déjà, d'une intense affluence.

L'AFPEP, association française membre de la fédération ALFAPSY, est le partenaire officiel des 7es Rencontres Francopsies, à Montpellier du 27 juin au 4 juillet 2012.

Le thème, Histoire et Culture en Méditerranée, Avenir de la Psychiatrie, s'inspire des multiples apports historiques et culturels, issus du bassin méditerranéen, qui ont façonné la médecine d'aujourd'hui et généré les mutations majeures de notre discipline :

un ressort humaniste pour la transmission et le développement de la psychiatrie psychodynamique comme une nécessité dans la perspective des avancées de la science.

Nous prévoyons la représentation d'une vingtaine de pays (principalement francophones) et une participation jusqu'à 500 congressistes. On observera que le thème retenu contient l'ensemble des paramètres qui constituent les valeurs de l'AFPEP et fondent le mouvement ALFAPSY : le métissage clinique transculturel, le message relationnel intersubjectif que délivre la clinique en pratique privée de psychiatrie, la rencontre en interinformation dans sa dimension de convivialité.

Montpellier en 2012 verra aussi le renouvellement des mandats du Comité International ainsi que du Bureau Exécutif ALFAPSY, élu à Dakar en 2009.

L'AFPEP siège en tant qu'Association Nationale adhérente « Personne Morale de Droit » statutairement représentée par Yves Froger Président en exercice et Antoine Besse, Président d'Honneur AFPEP et Président Elu ALFAPSY.

Jean-Jacques Laboutière et Olivier Schmitt, Présidents d'Honneur AFPEP, Paul Lacaze et Jacqueline Légaut, membres du Conseil d'Administration AFPEP, siègent au Comité International ALFAPSY au titre de leurs adhésions individuelles « Personnes Physiques ».

Hervé Bokobza, Président d'Honneur AFPEP, est aussi Président d'Honneur ALFAPSY.

Le Bureau Exécutif ALFAPSY est composé de :

Présidents d'Honneur : Dr Jalil BENNANI (Ma) et Dr Hervé BOKOBZA (F)

Président en exercice : Dr Paul LACAZE (F)

Secrétaire Général : Dr Sofiane ZRIBI (Tu)

Trésorier : Dr Ahmed BENNEGEOUCH (Dz)
Président élu 2012 : Dr Antoine BESSE (F)

Colloque du CASP

Quelle psychiatrie demain ?

8h30 - Accueil des participants

9h00 - Ouverture : allocutions des Sénateurs présents et du Dr Alain VAISSERMANN, Président du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie

9h45 - Olivier BOITARD

Exposé général sur les spécificités de la psychiatrie, nombre de patients, nombre de psychiatres, institutions et méthodes thérapeutiques, différents exercices et leur complémentarité, libertés individuelles.

10h30 - Pause

11h00 - Première table ronde : La psychiatrie aujourd'hui.

Mathieu BELLAHSEN, François KAMMERER, Roger SALBREUX,

Situation actuelle de la psychiatrie : principalement autour de la démographie, de l'état de l'offre de soins par rapport à la demande, de la loi HPST, des projets de loi de réforme de la loi de 90, de la formation initiale et du développement professionnel continu, de l'indépendance thérapeutique et de la nouvelle gouvernance, quelles que soient les modalités d'exercice.

11h45 - Discussion et échanges avec la salle

12h00 - Deuxième table ronde : La psychiatrie demain.

Marie-Elisabeth FISCHER, Jean GARRABÉ, Jean-Jacques KRESS, Jean-Claude PENOCHET, La psychiatrie de demain : Quelques suggestions sur la démographie (numerus clausus, formation des internes, etc.), l'évolution de la politique de secteur, le secteur médico-social, la place de la psychiatrie libérale, la répartition géographique, les complémentarités, les libertés et les contraintes.

12h45 - Discussion et échanges avec la salle

13h00 - Fin des travaux.

3 février 2011 de 9h à 13h au Palais du Luxembourg - 15 rue de Vaugirard 75006 Paris

Le mur des violences

Thierry Delcourt

Dans le cadre de la préparation de nos prochaines Journées Nationales qui se tiendront à Amiens du 22 au 25 septembre 2011 sur le thème Violence(s) (titre non encore choisi), le Conseil Scientifique vous propose de rédiger sous forme simple de notes du quotidien en format A4 des réflexions ou des situations de confrontation à la question de la violence sous quelque forme que ce soit.

Nous disposerons un mur qui ne sera pas de lamentation ni de séparation mais plutôt d'ouverture emplie de dazibaos (forme de rédaction effectuée par un simple citoyen, traitant d'un sujet politique ou moral, et placardée pour être lue par le public). Ces témoignages brefs, qu'ils émanent des psychiatres, des patients, de notes de service ou de contrôle, d'extraits d'articles ou autres... nous permettront de lire et de discuter de ce à quoi nous expose cette question de la violence dans le quotidien de nos vies, de nos pratiques professionnelles, citoyennes, syndicales, politiques, familiales, sexuelles...

Ces dazibaos seront rendus aux propriétaires qui n'en souhaitent pas la circulation et la publication post-journées, projet à discuter lors d'un atelier qui leur sera consacré.

Venez nombreux à ces Journées Nationales AFPEP d'Amiens qui, au-delà de l'actualité du thème propice à des échanges que nous souhaitons tous, ouvrira aussi comme le veut la tradition des Journées AFPEP sur des questions cliniques et psychodynamiques traitées en Plénières et en Ateliers.

Revue PSYCHIATRIES

Thierry Delcourt

La Revue Psychiatries paraîtra en janvier. Ce volumineux numéro 154 « Virtuel » s'est fait un peu attendre, plusieurs raisons à cela : la difficulté à obtenir les textes des intervenants aux Journées Nationales de Nice ; la tâche bénévole de correction menée avec soin par les quelques membres actifs du Comité de Rédaction par ailleurs fort occupés dans leurs activités professionnelles, syndicales, politiques et culturelles ; le remaniement à la tête du Comité de Rédaction, Anne Desvignes jusque-là très active dans la revue nous quittant pour d'autres horizons. « Virtuel » est un numéro aussi épais que passionnant, riche de la diversité des interventions et des discussions. Je remercie Anne de l'avoir mené à terme avant son départ.

Le Comité de Rédaction recrute des membres disposés à donner un peu de leur temps pour effectuer lectures et corrections de textes, tâche passionnante car permettant de reprendre à tête reposée les interventions des Journées Nationales notamment les Ateliers auxquels nous ne pouvons pas toujours assister ; tâche effectuée à domicile avec un logiciel très pratique et qui ne demande qu'une à deux heures par mois. Si vous êtes intéressés, veuillez me contacter à l'adresse suivante : ardpf@neuf.fr.

Colloque de Cerisy. L'empathie

Présenté par la Société de l'Information Psychiatrique, l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé sous la direction d'A. BESSE M. BOTBOL et N. GARRET-GLOANEC avec la collaboration de N.GEORGIEFF et B.PACHOUD

18 juin - 25 juin 2011

PRESENTATION DU COLLOQUE

Créée pour rendre compte de l'accès à l'esthétique ou à l'ineffable, la notion d'empathie suscite un intérêt renouvelé du fait des questions qu'elle pose au carrefour de la philosophie, des neurosciences, de la psychologie cognitive et de la psychanalyse.

Définie comme la capacité de se mettre à la place de l'autre, elle est devenue l'un des paradigmes du débat sur la place de l'esprit dans son rapport au corps, à l'interface de la philosophie et des neurosciences.

Au-delà de ces dimensions importantes, ce que l'empathie incarne, c'est l'ambiguïté même de la notion d'esprit. S'agit-il de l'esprit de la psychologie cognitive (celui qui intervient dans la reconnaissance de la différence et du commun entre soi et l'autre ; ce qu'on nomme la théorie de l'esprit pour désigner le mouvement cognitif qui nous permet d'attribuer des états mentaux à autrui) ou s'agit-il plutôt de celui de la psychanalyse (celui qui se caractérise surtout par la place qu'il donne à l'affect et aux fantasmes dans la construction de soi et de l'autre, et dans les relations entre eux).

L'empathie est ainsi impliquée dans les activités les plus élémentaires de l'humain, qui sont également celles qui le spécifient le plus radicalement dans ses composantes réflexives et relationnelles, ainsi que dans la satisfaction de son besoin narratif pour donner sens et faire histoire. Elle l'est aussi dans ce que l'homme produit de plus élaboré: la création "d'instruments" de transmission de l'émotion ou du sens, la mise en mot de l'émotion esthétique, l'art comme expérience unique et/ou comme manifestation de la communauté d'une culture ou d'une civilisation. L'empathie est également essentielle dans toutes les activités qui visent à la reconnaissance et au soulagement de la souffrance de l'autre, tant dans l'empathie miroir (celle qui vise essentiellement à reconnaître chez l'autre une souffrance psychique qu'il ressent ou qu'il a parfois du mal à appréhender lui-même), que dans l'empathie "interprétative ou métaphorique" (celle qui vise surtout à donner sens narratif à ce que l'autre dit ou montre éventuellement à son insu, en tout ou parties).

C'est aussi l'empathie qui est en cause dans l'intime conviction du juge, l'empathie sociale qui fait communauté, celle qui permet la transmission des valeurs au sein d'un groupe ou d'une société, les formes que celles-ci donnent au "nous" ; enfin c'est elle aussi qui est mise en jeu dans ce qui vise à influencer les individus ou les collectifs qu'ils constituent, du marché au politique en passant par la séduction amoureuse.

Dans tous ces emplois, l'empathie pose en tout cas une question commune: qu'est ce qui au juste se transmet entre le sujet empathique et celui avec lequel il empathise ? Et comment ?

La découverte récente des neurones miroirs (1994), et les nombreux travaux qui se sont succédés ensuite, ont ouvert une nouvelle voie dans la recherche d'une explication au "fossé de la transmission" entre l'un et l'autre.

Créée pour rendre compte du plus ineffable, l'empathie offrirait-elle une nouvelle voie royale pour comprendre la complexité de l'humain à partir de l'exploitation cognitive et psychique de "ce qu'il y a là": la mécanique cérébrale et la neurophysiologie neuronale.

COMMUNICATIONS (SUIVIES DE DEBATS)

L'empathie entre neuroscience et philosophie

* Nathalie DESPRAZ : Phénoménologie de l'empathie

* Jacques HOCHMAN : Histoire de l'empathie

* Shaun GALLAGHER (sous réserve)

* Séminaire parrainé par les Associations

L'empathie entre psychanalyse et psychologie cognitive

* Nicolas GEORGIEFF : Empathie et construction de soi

* René ROUSSILLON : Empathie, partage d'affect et homosensualité

* Séminaire parrainé par les Associations

Les voies de l'empathie : du neurone à la reconnaissance des émotions

* Jean DE CETY : L'imagerie de l'empathie

* Périne RUBY : Les neurones miroirs et l'empathie

* Nicolas DANZIGER : La perception de la douleur d'autrui : entre reconnaissance et déni

* Jacques KRAEMER : L'acteur: interprète empathique

L'empathie esthétique

* Jean-Louis PRADEL : Art et Empathie

Aux confins de l'empathie

* Colvin TREVARTHEN : La reconnaissance précoce

* Alexis CUKIER : La nature ambivalente de l'empathie

Empathie et reconnaissance sociale

* Bernard PACHOUD : La reconnaissance

* Alain CAILLÉ : Empathie et échanges sociaux

* Stefan COLLIGNON : Economie et empathie

L'empathie dans le langage

* Laurent DANON BOILEAU : Les bases langagières de l'empathie

Centre Culturel International de Cerisy
Le Château, 50210 Cerisy-La-Salle - France
tél. : + 33 (0)2 33 46 91 66
Fax : + 33 (0)2 33 46 11 39
Courriel : info.cerisy@ccic-cerisy.asso.fr
Site : www.ccic-cerisy.asso.fr

Séjour complet : 546 euros
Etudiants de moins de 28 ans : 259 euros
Séjour fractionné : 95 euros par jour
Etudiants : 46 euros par jour

INSCRIPTIONS : à partir du 15 mars 2011

Cliquez ici pour télécharger la plaquette de présentation

Séminaire. Enfants difficiles : un problème de société ? Quels repères pour mieux coopérer ?

Interdisciplinarité/réorganisation des soins

De nombreuses réformes sur le plan économique et social sont déjà en route pour cette nouvelle décennie et notre capacité de participation à la vie économique et sociale s'affirme dans nos constructions et consubstantiellement, notre volonté d'indépendance. Cette indépendance professionnelle menacée ne doit-elle pas passer par une coordination avec nos confrères généralistes, en première ligne pour la reconnaissance des désordres psychiques et mentaux ?

La formation obligatoire (loi décembre 2009) le D.P.C. développement personnel et professionnel continu est encore en attente de décret d'application mais il est aujourd'hui certain qu'il passera par l'interdisciplinarité.

Cette année encore, comme en 2010, nous vous proposons une formation O.G.C. indemnisée par les organismes de Sécurité sociale « Enfants difficiles : un problème de société ? Quels repères pour mieux coopérer ? » Cette année l'ouverture du séminaire est garantie pour France entière, frais de déplacement pris en charge également par l'OGC. C'est un séminaire de deux jours complets, envisagés jusqu'à présent le vendredi et le samedi mais qui peuvent être programmés éventuellement sur d'autres jours si vous le souhaitez. L'apport de cas cliniques avec des situations diagnostiques et thérapeutiques difficiles est souhaitable car nous travaillons en atelier mono disciplinaire avec les cas cliniques apportés par les participants. Les difficultés diagnostiques seront ensuite exposées en plénière avec l'ensemble des participants (Pédiatres, Médecins Généralistes et Psychiatres) et leur reconnaissance étayée par l'expert (Généraliste ou Psychiatre) afin d'échanger sur la perception de chacun dans une perspective clinique affinée. Ne seront pas abordés les traitements médicamenteux qui nécessitent un autre séminaire, cependant nous pourrions partager nos connaissances sur les lieux de soins et les lieux de scolarité des « Enfants difficiles ». Les réformes introduites par les lois de 2005 et 2006 sur l'Enfance inadaptée seront alors abordées.

Dès qu'une date sera fixée nous vous invitons à prendre rapidement contact avec l'AFPEP afin de pouvoir peut-être envisager deux formations sur l'année dans ce registre.