

Sommaire du BIPP n° 59 - Juin 2011

Editorial Michel Marchand

2011, année charnière pour la psychiatrie Elie Winter

Vie conventionnelle

Point sur les négociations Claude Gernez

Lettre de résistance à la télétransmission Jacqueline Légaut

Concernant l'inscription au registre national des psychothérapeutes Jacqueline Légaut

Psychiatre et statut de psychothérapeute. Une si petite lettre Paul Lacaze

Communiqué de presse

Dossier : analyse de la réforme de la Loi de 1990

Le SNPP exige le retrait du projet de réforme de la loi de 1990 ! Elie Winter

Dernière Minute

Lettre aux Sénateurs, aux Députés

Le SNPP auditionné au Sénat Patrice Charbit

Assemblée Générale 2011

Rapport moral Pierre Cristofari

Discours de politique générale Yves Froger

Débat

Motions

Élections des délégués au Collège National

Bureau AFPEP - SNPP 2011

Communiquez ? Thierry Delcourt

Le point presse Marie Kretzschmar

AFPEP

Journées Nationales Amiens

Relance appel à communications

Désir de livres

Programme des manifestations ALFAPSY 2011 Paul Lacaze

L'AFPEP à l' international Antoine Besse

Libres opinions

La télépsychiatrie en question Dominique Texier et Eric Samama

Psychiatre-psychanalyste, une illusion sans avenir ? Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Pardon, ai-je bien entendu soins sans consentement ? William Markson

Annonces nationales et régionales

Les rencontres entre internes et praticiens privés

Séminaire clinique à l'intention des praticiens d'Ile de France

Editorial

Michel Marchand

La psychiatrie : une profession qualifiée ou déqualifiée ?

Telle est la question qui se pose face à l'abrasion systématisée de la fonction du psychiatre et de sa reconnaissance, tant du point de vue du projet de loi en cours que des actuelles négociations avec l'Assurance Maladie.

Les débats et les votes en Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP, suivis de l'élection d'un nouveau Bureau, ont campé la donne actuelle, en soulignant la nécessité d'informer mieux encore les adhérents et de sensibiliser l'ensemble des psychiatres d'exercice privé aux enjeux fondamentaux de ce qui se joue aujourd'hui.

Qu'observons-nous ?

L'extension des prérogatives des préfets au détriment de l'indépendance des psychiatres et l'extension de l'hospitalisation sous contrainte aux soins sans consentement (pour les psychiatres comme pour les patients !).

La subordination de notre pratique quotidienne et de l'évolution de nos revenus aux critères économiques et technico-administratifs de l'Assurance Maladie.

Le transfert programmé et continu de la couverture des soins de la solidarité nationale vers les assurances à but lucratif.

L'évolution délibérée vers des contrats individuels proposés aux médecins, indexés à une performance définie par les assureurs.

La dénaturation de notre fonction soignante et son glissement vers une dimension expertale.

La tentative de démantèlement de l'acte de consultation et son corollaire, la délégation de tâche.

Au travers de cette longue liste se profile, vous l'avez bien compris, le devenir de notre métier de l'indépendance et de l'engagement des psychiatres dans leur exercice, de l'accès aux soins pour tous.

Nous avons affirmé clairement nos positions sur les deux fronts du moment :

- Le texte de loi réformant la loi de 90 :

Après un simulacre de concertation à l'Assemblée Nationale, nous avons été auditionnés de façon attentive et constructive par la Commission des Affaires Sociales du Sénat pour constater en fin de compte un vote partisan niant tous les amendements issus des échanges avec l'ensemble de notre profession.

Nous avons adressé une première missive à chaque sénateur puis une lettre ouverte à tous les parlementaires (voir plus loin la position du syndicat et la teneur des courriers).

- Les négociations conventionnelles :

Nous avons fermement rappelé nos revendications lors des contacts avec les responsables des trois centrales syndicales à même de relayer nos positions, la FMSF, l'UMESPE et le SML, pour découvrir des modalités de négociation basées sur le principe de la servitude volontaire, l'Assurance Maladie fixant le cadre et le contenu des discussions.

Il en ressort, de la part de l'Assurance Maladie, une proposition totalement dérisoire pour les psychiatres : la mise en place d'un acte de consultant pour guider les généralistes dans la prescription des psychotropes au long cours, de façon à induire des économies pour l'Assurance Maladie (voir plus loin notre communiqué à ce sujet).

Rendus à ce point de la négociation, au moment où nous écrivons ces lignes, nous ne pouvons que refuser cette aumône insultante et garder notre âme en maintenant à tout prix le cadre de notre pratique : un acte unique et indivisible, à revaloriser significativement, et le retour à un accès direct pour tous*.

La tâche est rude, et notre détermination est entière pour maintenir, contre tous ces vents contraires, l'éthique de notre métier.

Tenir ce cap, c'est garantir la reconnaissance de notre qualification et l'avenir de la psychiatrie.

Telle est notre ambition, forts de la contribution de chacun et chacune d'entre vous.

*Il apparaît depuis que nous pourrions obtenir quelque avancée sur le CPsy : nous vous en informerons dans la newsletter.

2011, année charnière pour la psychiatrie

Elie Winter

En parcourant les BIPP depuis le numéro 1 de 1994, on retrouve des constantes, des débats qui s'éternisent comme la revalorisation du CNPSY. Et quelques perles. Je vous invite à consulter ces documents qui sont accessibles sur le site web de l'AFPEP. Idem d'ailleurs pour la revue Psychiatries, qui demande un peu plus de temps, mais marque l'histoire de l'AFPEP : elle est mise en ligne intégralement sur le site www.psychiatries.fr.

Or cette année 2011, pré-électorale, est une année de tentative d'aboutissement sur plusieurs dossiers que vous suivez depuis si longtemps à travers les revues de l'AFPEP-SNPP.

Vous trouverez dans ce numéro les dernières nouvelles :

- des rebondissements concernant l'obligation de **télétransmission** : ce travail supplémentaire demandé aux médecins à leurs frais pour aider à moderniser le système n'offre toujours aucune garantie sur l'usage des données collectées, désormais accessibles via ameli.fr pour les professionnels de santé. Une taxe a été envisagée contre les médecins récalcitrants, puis finalement annulée par le Conseil d'État,
- la **convention médicale** en cours de négociation: pour l'instant, « négociation » n'est qu'un mot. L'UNCAM se contente de se moquer de nous. Et on s'étonne dans le même temps de l'augmentation du nombre de praticiens en secteur 2 !,
- la révision de la **loi de 1990** (qui ne défend finalement pas les droits mais crée de nouvelles contraintes),
- le titre de **psychothérapeute** : qui devait protéger contre les dérives sectaires mais en vient à proposer un nouveau clivage des psychiatres (les inscrits et les non-inscrits) et marque une défiance envers les psychologues.

Dans tous ces dossiers, l'État a annoncé vouloir répondre à un vrai problème, n'y répond pas, et aggrave la situation ailleurs. C'est une véritable politique de défiance à l'égard des psychiatres notamment libéraux, et rien n'est fait pour soutenir notre travail. On sait que cette observation vaut pour de nombreuses professions ces temps-ci, mais doit-on pour autant l'accepter comme une fatalité ? ce n'est certainement pas le rôle d'un syndicat !

La prochaine étape sera le Plan de Santé Mentale annoncé pour septembre 2011. Le député Lefrand en a déjà tracé les grandes lignes dans son rapport sur la réforme de la loi de 90 : c'est l'opposé de notre travail ! Les centres experts (notamment de la fondation FondaMental, sponsorisée par Servier et autres de l'industrie pharmaceutique) sont mis en avant, mais le travail de soin chronique et clinique est dévalorisé. Tout ce qui a rapport à la complexité est effacé, gommé, et la maladie mentale n'est vue que comme un handicap biologico-génétique, paradoxalement renvoyé vers le traitement social avec retrait du sanitaire. Avec de tels principes du soin, on comprend le souci du gouvernement de rendre le « soin » obligatoire, même en ambulatoire !

Pendant ce temps, l'AFPEP continue de produire un travail de fond.

- Cette année, le colloque de Cerisy-La-Salle sur l'Empathie est co-organisé par l'AFPEP (grâce au travail d'Antoine Besse).
- La représentation de la psychiatrie française à l'international (WPA, Alfapsy) continue, travail de fond qui porte peu à peu, permettant le développement du concept de psychiatrie centrée sur la personne. Ce concept réunit les psychiatres les plus proches de nos positions, pour faire contrepoids aux dérives de la vision DSM.
- **Nos journées Nationales auront lieu à Amiens du 22 au 24 septembre 2011, sur le thème « Violence(s) ».** Le programme est très riche cette année, et Jean-Louis Planque et Thierry Delcourt (entre autres) fournissent un énorme travail pour l'organisation et le contenu scientifique.

A l'empressement brouillon de l'État, l'AFPEP-SNPP répond en défendant ses positions, en ne laissant rien passer, mais elle n'oublie pas d'entretenir la vitalité de sa réflexion.

Dans cette perspective, nous relancerons cette année des élections de délégué régional là où il n'y en a pas eu depuis trop longtemps. Nous invitons chacun à se mobiliser pour s'assurer que sa région soit bien représentée. Contactez-nous pour vérifier.

De même, pour continuer ce travail, le choix de l'indépendance professionnelle repose sur le paiement à l'acte par les patients. Le corollaire est que le syndicat ne vit que des cotisations de ses adhérents. Pensez à les mettre à jour, ou à recommencer à soutenir cet effort pour ceux qui ont pensé qu'il ne se passait plus rien d'utile.

Cette année d'aboutissement de ces projets va impliquer une transformation profonde de la nature de la psychiatrie où nous ne nous ferons entendre que si les adhérents sont au rendez-vous.

PS : Pour recevoir « caractères », la newsletter bimensuelle de l'AFPEP-SNPP, inscrivez-vous ! Il suffit d'envoyer un e-mail à info@afpep-snpp.org pour en faire la demande. C'est gratuit bien sûr.

Négociations conventionnelles : point sur la situation actuelle

Claude Gernez

La complexité et la virulence du positionnement des différents syndicats amènent à tenter la synthèse suivante, variable en fonction des rencontres à venir et des débats en cours.

Le SNPP défend les propositions suivantes, selon une ligne qui n'a pas varié au cours des dernières années :

- 1) Paiement à l'acte et revalorisation de cet acte.
- 2) Acte unique : pas de différenciation en plusieurs actes (de base, expert, premier rendez-vous...).
- 3) Secteur unique.
- 4) Retour à l'accès direct.
- 5) Convention unique pour tous les médecins, évitant les fractionnements des syndicats uni catégoriels et les négociations séparées (MG et le BLOC en particulier se situent sur cette ligne). Ce point a été une des causes de l'éclatement des rencontres qui se font maintenant par groupes de syndicats défendant les mêmes positions.
- 6) Grande méfiance à l'égard des engagements individuels de type « CAPI » qui impliquent une revalorisation selon des critères « d'excellence » définis par l'UNCAM.

Le SNPP, selon le vote de la dernière Assemblée Générale, se trouve représenté par la FMF, qui reprend nos revendications, nous discutons avec eux de l'évolution des rencontres, et serons présents au moment du travail concernant les « spécialités » cliniques.

Cependant, la situation judiciaire de cette centrale la fragilise, et surtout sa faible représentativité ne nous assure pas l'influence que nous pourrions souhaiter. Il n'est pas certain non plus que la convention unique ne fasse débat entre-nous. MG et le BLOC défendent leurs intérêts particuliers et ont déjà réussi à « éclater » les rencontres, quand ils n'en demandent pas l'annulation.

Nous sommes aussi en discussion avec la CSMF et le SML, qui négocient ensemble sur des bases communes, notamment la convention unique et la défense du paiement à l'acte, ainsi que la revalorisation de l'acte. L'importance de ces deux centrales vient de leur très forte représentativité, ceci particulièrement pour les spécialités cliniques.

D'autres éléments nous questionnent plus, comme les niveaux différents de consultation et un travail sur une forfaitarisation, même si elle est basée sur des critères clairement définis et invariants dans le temps.

Du côté de l'UNCAM, la division des centrales permet les négociations séparées et les propositions de réformes « à enveloppe constante » et donc d'aménagements sans frais ni dépense nouvelle pour la Caisse. Par exemple, accord pour les différents niveaux de consultation, les actes les plus cotés se trouvant équilibrés par la baisse des actes de « base ».

La seule proposition concrète pour notre spécialité se situe dans cette ligne : nous placer en « experts » des médecins traitants trop prescripteurs de psychotropes. L'énoncé même de cette proposition montre l'absence de prise en compte de toute négociation réfléchie avec les parties concernées et la nécessité, pour les syndicats et les psychiatres en particulier, de « discussions » établies sur des rapports de conflictualité « déterminés ».

Télétransmettre ou ne pas télétransmettre ?

Jacqueline Légaut

Depuis bientôt 12 années, la télétransmission est obligatoire pour tous les médecins. La CPAM avait envisagé récemment de faire payer aux médecins récalcitrants les feuilles de soin à hauteur de 50 centimes par feuille non télétransmise : cette sanction a été jugée anticonstitutionnelle par le Conseil d'État, elle n'est donc plus d'actualité.

Notons cependant que, malgré les pressions et les menaces de sanctions réitérées, 55% des psychiatres ne télétransmettent toujours pas les feuilles de soin, et notons par ailleurs que ce chiffre est tout à fait spécifique de la corporation des psychiatres, les autres médecins télétransmettent beaucoup plus.

Quelle est la position du SNPP à ce sujet ?

Nous encourageons le maximum de résistance à cet ordre de télétransmettre. Pourquoi ? Chacun d'entre nous peut vérifier sur « l'espace pro » de ameli.fr, que l'utilisation de la carte vitale d'un patient nous informe immédiatement de ses différentes consultations, prescriptions, examens effectués, et ceci sans que nous ayons besoin de le lui demander. Le patient est littéralement court circuité dans ce processus et la relation thérapeutique est forcément mise à mal puisque, à la limite, on s'en passe !

Par exemple il est bien différent d'apprendre, par l'utilisation de sa carte vitale, que le patient est allé demander un autre avis à un collègue ou de l'apprendre parce qu'il a décidé de nous en parler ce jour-là, à ce moment-là, alors qu'il était question de ceci ou cela, et que cette information est alors tricotée dans la relation thérapeutique ...

D'autre part, la feuille de soin n'empêche pas la transmission des informations dans le dossier du patient, **mais cette transmission n'est pas de notre fait**. C'est là aussi une différence notable.

Nous ne sommes pas sans savoir que ce qui commande tout ce processus n'est rien d'autre que le pouvoir des groupes financiers qui, via les mutuelles et les assurances privées et tout le processus d'informatisation, grignote sans cesse davantage notre marge de liberté. Tout va dans le sens de leur donner toujours plus de pouvoir : qu'il s'agisse d'envisager un traitement plutôt qu'un autre, qu'il s'agisse de choisir un médecin plus accommodant des exigences de ce pouvoir financier plutôt qu'un autre, qu'il s'agisse de l'éligibilité à un crédit immobilier quand l'assureur du prêt appartient au même groupe que l'assurance de santé (c'est souvent le cas des banques qui proposent des « packs assurantiels ») ou encore, qu'il s'agisse des effets du coût des mutuelles en fonction de l'état de santé du patient, etc.

Rien ne nous oblige à obtempérer aux exigences d'un système financier dont nous récusons à toute force la logique exclusivement féroce qui fait fi de toute forme de solidarité. Nous l'observons sans cesse dans l'amoindrissement des remboursements de la Sécurité sociale, dans l'augmentation des franchises, etc.

Avoir conscience de ce processus nous paraît important, y compris dans la façon dont nous en tiendrons compte dans la relation thérapeutique, notamment de notre côté, en expliquant à l'occasion au patient, mais aussi en nous incitant à être dans une position subjective plus active sans nous contenter de subir les aléas d'un système qui nous dépasse.

Nous sommes bien placés pour savoir que lorsque nous sommes plus actifs et vigilants sur ces questions, notre façon d'écouter le patient n'est pas la même que si nous nous résignons à supporter sans broncher des diktats résolument contraires à notre éthique.

C'est pourquoi nous vous invitons à résister autant que possible, chaque fois que vous le pourrez.

Concernant l'inscription au registre national des psychothérapeutes

Jacqueline Légaut

Les ARS exercent une nouvelle pression sur les psychiatres, nous demandant si nous souhaitons être inscrits sur le registre national des psychothérapeutes. Pour le SNPP, il y a là un triple risque. D'abord de créer un nouveau clivage dans la profession, entre ceux qui sont inscrits (donc reconnus comme psychothérapeutes quelle que soit d'ailleurs leur formation) et les non-inscrits (qui n'auraient plus aucune fonction psychothérapique ?). Il nous semble au contraire nécessaire de défendre que tout acte psychiatrique comporte une fonction psychothérapique consubstantielle de notre métier (cf revue « Psychiatries » n° 143 - Le psychiatre et la psychothérapie). L'autre risque qui en découle est le morcellement de l'acte unique CNPsy, en consultations avec ou sans psychothérapie. Enfin, nous imaginons mal nous retrouver sur une liste commune des psychothérapeutes, où on trouverait tout et n'importe quoi, et qui servirait d'argument pour favoriser la délégation de tâche : si d'autres sont sur la même liste, il est facile de croire qu'ils sont interchangeables.

Nous proposons à chaque psychiatre sollicité par l'ARS ou l'ordre des médecins la réponse suivante (à adapter) :

J'ai bien reçu votre courrier m'invitant à m'inscrire sur le registre national des psychothérapeutes, et ceci avant le 1er juillet 2011.

Je suis tout à fait surpris(e) de cette invitation : en effet, tant du fait de ma pratique que du fait de l'esprit de la loi récemment promulguée, je suis de fait psychothérapeute, et ceci évidemment sans avoir attendu d'être inscrit(e) sur quelque registre que ce soit. Vous êtes fort bien placé pour savoir qu'il n'existe qu'un seul acte du psychiatre, et ceci quelle que soit la technique utilisée dont le choix est laissé à la responsabilité du praticien, qu'il s'agisse de prescription médicamenteuse, de psychothérapie ou autre, choix adapté au cas par cas à partir de la relation établie avec le patient.

Par ailleurs vous disposez de tous les documents justifiant de ma qualification de psychiatre, c'est pourquoi je m'étonne de votre invitation à m'inscrire sur le registre des psychothérapeutes.

Mon syndicat, le SNPP (Syndicat National des Psychiatres d'Exercice Privé) demande donc la modification des décrets d'application de l'usage du titre de psychothérapeute qui ne peut en aucun cas être une nouvelle contrainte pour les psychiatres alors qu'il visait initialement à lutter contre les dérives sectaires.

Veuillez agréer chers confrères l'expression de mes salutations distinguées.

En parallèle, le SNPP écrit au Ministre de la Santé, à l'ordre des médecins et aux ARS un courrier explicatif demandant une modification des décrets d'application de « l'amendement Accoyer » dont l'esprit initial de lutte contre les dérives sectaires nous semble assez loin...

Psychiatre et statut de psychothérapeute. Une si petite lettre

Paul Lacaze

Le 17 mars 2011, une circulaire du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Hérault est adressée aux psychiatres libéraux du Département en relais d'une lettre de l'Agence Régionale de Santé précisant que « les praticiens qui veulent faire état de leur titre de psychothérapeute (sous l'en-tête de leur qualification de psychiatrie) doivent être inscrits sur le registre départemental des psychothérapeutes tenu par l'ARS ».

L'une de nos consoeurs de Montpellier, adhérente à l'AFPEP-SNPP, a posé la question de savoir s'il valait mieux y donner suite ou non au risque, soit de se retrouver en infraction, soit de voir se profiler une division au sein de la profession, entre « psychiatres psychothérapeutes » et « psychiatres non psychothérapeutes ». Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Hérault lui a répondu : « Il est très difficile de préjuger de l'avenir. La seule chose que nous puissions vous affirmer c'est que dans l'état actuel des textes, rien ne s'oppose à ce qu'un médecin psychiatre, dans le cadre de son activité, accomplisse des actes de psychothérapie ».

Les réactions des confrères, au plan local comme au plan national, tant à l'AFPEP-SNPP qu'à la FFP (Fédération Française de Psychiatrie) n'ont pas tardé qui, dans leur quasi-unanimité, pressentent comme une incitation à la mise en valeur (au sens du capital) d'une dénomination spécifique d'un métier de "psychothérapeute" au service de techniques et protocoles si souvent désincarnés du contexte de la souffrance psychique.

De la valeur de notre métier, de son autorité et de son éthique

Rappelons au passage que nul psychiatre n'est forcé d'apposer sur sa plaque la qualification de "psychothérapeute" puisqu'il l'est de fait par sa formation et sa pratique intrinsèque. Sauf à s'accrocher à certains effets narcissiques...

En outre nul n'est besoin de justifier tel ou tel acte comme étant un acte de "psychothérapie" puisqu'il est, officiellement et conventionnellement, implicite dans toute consultation cotée en CNPSY ou CPSY, c'est-à-dire dans une consultation pour "soins neuropsychiques" au sens générique de notre métier (d'où l'intérêt syndical de bien soutenir la pérennité de cette cotation en "Acte unique" pour la psychiatrie !). Dans sa diversité et sa complexité, pour être opératoire et thérapeutique la prescription en psychiatrie est psychothérapie. La position adoptée depuis fort longtemps par l'AFPEP-SNPP, à propos du registre des psychothérapeutes, est très claire : **NUL BESOIN DE SE FAIRE ENREGISTRER** puisque un psychiatre, dont le métier repose sur une formation pour une mise en pratique des soins du psychisme, est psychothérapeute de fait ! Tout compromis ouvrirait aussitôt la voie à la création de "spécialités en techniques de psychothérapies" avec un éclatement du CPSY sous couvert, par exemple, de la création de la future CCAM clinique. Même à considérer, comme le suggère la FFP, qu'il appartiendrait au préfet d'inscrire systématiquement les psychiatres dans ce registre constituerait déjà une forme d'acceptation dudit registre par notre profession.

Militer pour une profession unique, un réel enjeu

Souvenons-nous, à titre d'exemple, des tracasseries qu'a entraînées la création de la spécialisation en "pédopsychiatre" alors que c'est une partie intégrante de notre formation et de notre pratique de "psychiatre" en exercice privé (sauf à se confondre avec l'exercice public en CHU). Observons également que cette mesure tombe au moment où il devient de la compétence des pharmaciens de renouveler certaines ordonnances... Ceci venant dans un contexte d'assurance privée arrivant pour prendre le relais des organismes de santé...

Derrière toute cette affaire on aura bien compris que l'enjeu, pour nos décideurs technocrates et politiques, est de tenter de fractionner notre "acte unique" déjà bien mis à mal par la coordination des soins pour en déléguer une partie d'exécution (la psychothérapie étant considérée ici comme une technique à déléguer) aux professions paramédicales, à des tarifs... d'exécution.

En outre, face à la prétendue évaluation de nos pratiques, référence permanente en cette période où l'évaluation prévaut sur tout autre discours, ne risquons-nous pas fortement d'aggraver l'opposition entre les pratiques analytiques ou d'inspiration analytique jugées bien évidemment trop coûteuses inefficaces et inutiles, et les pratiques cognitivo-comportementalistes jugées peu coûteuses, efficaces et facilement réalisables ?

L'éventuelle scission risquerait de passer aussi par là et le pouvoir politique et économique aurait donc vite fait son choix... De même à propos de la chimiothérapie, à laquelle sont surtout formés nos jeunes confrères, qui bientôt risque de devenir la norme dans le champ psychiatrique...

La neuropsychiatrie a été scindée en neurologie et psychiatrie... Où donc passera la prochaine scission et où seront "localisés" les psychiatres psychothérapeutes ?

S'il est vrai que ce décret réglementant le statut des psychothérapeutes, derrière sa pieuse intention d'être "anti-secte", n'est qu'une manière de diviser, par la loi, la profession des psychiatres (et des psychologues cliniciens) pour des motifs économiques - et idéologiques - alors, raison de plus pour ne pas se laisser entraîner dans ces rouages. Le risque serait bien plus grand de nous retrouver réduits à des rôles d'experts en diagnostics et prescripteurs en chimiothérapie, autrement dit réduits à être pseudo psychiatres "à la botte" !

Quel soutien de l'AFPEP-SNPP ?

L'utilisation du terme « psychothérapie », s'il devenait une « marque déposée » à inscrire sur liste, peut avoir d'éventuelles retombées juridiques. Effectivement au delà d'une position de principe la réponse n'apparaît pas simple en pratique pour les psychiatres.

Refuser de s'inscrire en courant le risque d'être ensuite poursuivi (face à un patient revendicateur, par exemple) du fait de l'utilisation du mot « psychothérapie » ? Ou devoir secondairement faire la preuve d'une formation ad hoc... mais ensuite ? Ou bien, à l'inverse, proposer une inscription collective de fait (sans démarche personnelle) sur la liste en tant qu'espace symbolique et public qui définit de fait qui n'y est pas inscrit ?

L'AFPEP-SNPP a adopté la position suivante : envoyer une lettre-type à chaque psychiatre adhérent à l'intention du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dont il dépend ; envoyer une lettre syndicale collective au Président du Conseil National de l'Ordre des médecins. Ces courriers, que l'on pourra lire par ailleurs, sont rédigés sur les bases historiques de notre organisation professionnelle.

Notre métier est avant tout un acte clinique de nature neuropsychique incluant toutes les approches les plus appropriées pour chaque patient. Notre profession est UNE dans son exercice privé (libéral de cabinet, institutionnel sanitaire et médico-social, ou mixte) et indivisible du fait de la qualité des soins proposés qui ne relèvent que du contrat tacite entre le praticien, selon sa formation personnelle, et le patient, dans sa singularité. Notre adhésion à une solidarité conventionnelle doit se renforcer sur la base de la

consubstantialité de nos différentes approches cliniques et thérapeutiques.

Nous considérons que les psychiatres, formés et qualifiés pour tous les actes concourant au bien-être psychique des patients, donc psychothérapeutes de fait, sont de facto inscrits dans cet espace symbolique et public des psychothérapeutes.

Pour ne pas prendre le risque de devenir de purs produits d'une politique gestionnaire, notre unité professionnelle, scientifique et syndicale, s'impose plus que jamais.

Communiqué de presse relatif aux négociations conventionnelles

La revalorisation des spécialités cliniques et en particulier celle de la psychiatrie est considérée comme prioritaire par le SNPP dans le cadre des actuelles négociations conventionnelles.

Annoncée également comme telle par le directeur de l'Assurance Maladie, celle-ci se résume, pour les psychiatres, dans le document de travail soumis à l'avis des centrales syndicales, à la proposition d'un acte de consultant visant à réévaluer la prescription des traitements psychotropes au long cours instaurée par les médecins généralistes.

Signalons au passage que l'acte de consultant ne correspond aucunement à la pratique des psychiatres (54 000 actes de consultant sur 15,5 millions de consultations).

Cette consultation particulière, isolée de toute contexte thérapeutique entre le psychiatre et le patient, a pour seul objet de réduire les coûts pris en charge par l'Assurance Maladie, et ne peut en aucun cas être considérée comme une amélioration des conditions de travail des psychiatres.

Cette mesure démontre au contraire la méconnaissance profonde de ce qu'est le soin psychique, basé sur la relation singulière qui s'instaure entre soignant et soigné.

La fonction du psychiatre ne peut être réduite à une position d'expert : sa qualification et sa compétence l'investissent d'une fonction soignante au premier chef.

La reconnaissance de cette qualification et de cette compétence passe par la revalorisation significative d'un acte de consultation unique et indivisible, et directement accessible à tous les patients, sans pénalité à la clef.

Telle est l'exigence du SNPP au nom de tous les psychiatres d'exercice privé.

Analyse de la réforme de la loi de 1990

Elie Winter

Le SNPP exige le retrait du projet de réforme de la loi de 1990 !

Commençons par un rappel : être schizophrène n'est pas statistiquement un facteur de risque de dangerosité. On l'avait longtemps cru pourtant dans le monde psychiatrique, avant d'affiner nos résultats pour démontrer que les facteurs de risque de passage à l'acte hétéroagressif sont essentiellement l'exclusion sociale, le

chômage, l'isolement, l'addiction aux drogues et/ou à l'alcool, dans des situations vécues comme désespérées (cf. Étude Elbogen, Arch Gen Psych, février 2009). Toutes ces situations arrivent plus souvent aux patients schizophrènes en raison d'une organisation sociale excluante, et non en raison de la maladie.

Scientifiquement parlant, la lutte contre l'insécurité liée à la maladie mentale nécessite donc le soin, l'accompagnement, l'aide à la vie sociale et le traitement psychiatrique visant à ce que la maladie ne soit plus une entrave à la vie relationnelle.

Ce n'est pourtant pas l'orientation actuelle, depuis au moins 2006.

I. Historique

Le SNPP prend acte de la politique menée ces dernières années au plus haut niveau de l'État, concernant la psychiatrie :

- 2006-2007 : Le projet de prévention de la délinquance où le ministre de l'intérieur menaçait de réorganiser les modalités de l'hospitalisation sous contrainte. Fichier national des HO, pouvoir des maires renforcé, hospitalisations d'office facilitées, sortie des hospitalisations d'office rendue plus difficile. Les articles 18 à 24 avaient été retirés in extremis (après le vote du sénat), par le candidat aux présidentielles qui annonçait déjà « que cette réforme d'ensemble [des hospitalisations d'office sera] proposée au Parlement dès l'ouverture de la prochaine session ».
- Avril 2007 : Dans le n°8 de « Philosophie Magazine », Nicolas Sarkozy déclare « J'inclinerais, pour ma part, à penser **qu'on naît pédophile**, et c'est d'ailleurs un problème que nous ne sachions soigner cette pathologie. Il y a 1200 ou 1300 jeunes qui se **suicident** en France chaque année, ce n'est pas parce que leurs parents s'en sont mal occupés ! Mais parce que, **génétiquement**, ils avaient une fragilité, une douleur préalable. Prenez les fumeurs : certains développent un cancer, d'autres non. Les premiers ont une faiblesse physiologique héréditaire. Les circonstances ne font pas tout, la part de l'inné est immense. »
- Février 2008 : loi sur la **rétenction de sûreté** : Le criminel ayant déjà purgé une peine de prison d'au moins 15 ans peut être maintenu emprisonné si le condamné est évalué comme étant toujours « dangereux ». Réciproquement, la dangerosité n'étant nulle chez personne, quel expert prendrait la responsabilité de permettre une remise en liberté ? Rachida Dati, ministre de l'époque, déclarait : « La rétenction de sûreté, c'est la sûreté de tous au prix de la liberté de quelques-uns. ». Ce qui nous éloigne des propos de Benjamin Franklin : « Un peuple prêt à sacrifier un peu de liberté pour un peu de sécurité ne mérite ni l'une ni l'autre, et finit par perdre les deux. ». Le Conseil Constitutionnel avait censuré l'effet rétroactif de ce texte, le rendant donc inapplicable avant 2023 !

La CNCDH (organisme gouvernemental de conseil sur les questions de droits de l'homme auprès du premier ministre, à ne pas confondre avec la CCDH scientologue) s'était alors prononcée, regrettant d'abord le fait de ne pas avoir été saisie, la CNCDH « [s'inquiète] de l'introduction au coeur de la procédure pénale du concept flou de « dangerosité », « notion émotionnelle dénuée de fondement scientifique », rappelant « que le système judiciaire français se base sur un fait prouvé et non pas sur la prédiction aléatoire d'un comportement futur, et s'inquiètent de la mise en place de mesures restrictives de liberté sur une base aussi incertaine ». De plus, elle « [regrette] l'assimilation du malade mental à un délinquant potentiel ». Comme nous allons voir, l'histoire se répète.

- Décembre 2008 : saisissant un fait divers rarissime, au lieu de se demander comment nous en sommes arrivés là et de quoi la psychiatrie a besoin pour mieux organiser les soins, le discours d'Antony accentue la tentation sécuritaire : annonce de création d'UMD, de chambres d'isolement, bracelets de géolocalisation, caméras de vidéosurveillance, rehaussement des murs, barrières, grillages, facilitation des hospitalisations sous contrainte, pression continue d'une surveillance ambulatoire, obligation de soins, tout est univoque, proposé au nom du soin (sic) mais à vocation clairement sécuritaire.

- Janvier 2009 : circulaire mettant en place un plan de sécurisation des hôpitaux pour 70 millions d'euros. 200 chambres d'isolement supplémentaires sont financées, sans qu'aucune réflexion ne porte sur les raisons d'une telle augmentation du besoin en chambres d'isolement quand la psychiatrie devrait avoir progressé. Les vidéosurveillances et les grillages aux jardins et autres portes blindées pour les services sont mis en place immédiatement. Pour une fois, l'argent ne manque pas ! Le résultat : comme le constate le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, c'est l'ensemble des patients, donc ceux en HL aussi, qui est soumis aux démesures sécuritaires alors même qu'on constate que certains services fonctionnent très bien en restant ouvert, et que le taux d'HO varie de 1 à 11,8 selon les départements. Ne conviendrait-il pas plutôt de s'intéresser aux pratiques dans ces départements qui recourent moins aux HO ?

- 2010 : Nouvelle circulaire sur les sorties d'essai en HO : « Son acceptation ou son refus ne constitue pas une décision susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir ». « Les considérations qui doivent être prises en compte pour apprécier l'opportunité d'octroyer une sortie d'essai ne sont pas uniquement d'ordre médical » ! Cette circulaire fait l'objet d'un recours du CASP et du SPH en Conseil d'État.

II. Le projet de réforme de la loi de 1990 : 1ère mouture en mai 2010

Le premier essai, en mai 2010 ne proposait que des mesures facilitant les « soins sous contrainte » à l'hôpital ou en ambulatoire, et rendait plus difficile le passage aux soins avec consentement.

- Principale innovation : la mise en place des SSCA (soins ambulatoires sous contrainte) : « Changement de paradigme » (selon les mots du rapporteur, le député Lefrand, médecin urgentiste et trop pressé). Ce sont désormais les soins eux-mêmes qui doivent être obligatoires et sous contrainte, et non pas le fait d'être hospitalisé. Les sorties d'essai de courte durée (< 12h) (qui se faisaient de façon souple en n'ayant qu'à avertir le préfet sans nécessité d'attendre sa réponse) doivent être supprimées. Elles permettent pourtant aux équipes soignantes de faire de nombreuses démarches utiles au soin en compagnie des patients ainsi accompagnés hors de l'hôpital, et ne sont pas source de graves troubles de l'ordre public... Désormais, ces sorties devraient être prévues à l'avance et nécessitent d'obtenir l'accord du préfet. Encore que la 2e lecture à l'Assemblée Nationale (à l'heure où ce BIPP est écrit) pourrait réparer cette grave erreur. Les anciennes sorties d'essai longue durée qui avaient vocation à être évitées autant que possible (mais dont la souplesse permettait s'il le fallait de les prolonger) deviennent la norme, sont banalisées, tout condamné à l'hospitalisation psychiatrique aura potentiellement un suivi ambulatoire obligatoire, pourquoi pas à vie... Là encore aucune réflexion sur la cohérence clinique de ce nouveau système qui fait porter l'effort du soignant sur la contrainte plus que sur le soin. Rien n'est fait pour favoriser le travail sur le consentement, et le psychiatre est mis en position de conflit de responsabilité : obligation de moyen imposant d'utiliser les soins sans

consentement ambulatoire (par sécurité) versus travail psychothérapique visant, nécessitant un consentement. Rien n'est discuté non plus sur ce qui amène aujourd'hui à envisager de telles extrémités : baisse du nombre de lits d'hospitalisation, économies budgétaires sur le dos des libertés individuelles de nos patients ; mais aussi théories psychiatriques à la mode ramenant la folie à un désordre génétique (cf propos de N. Sarkozy dans philosophie magazine n°8) ou de neurotransmetteurs (qui ne nécessite plus de travail sur le transfert, sur la relation médecin-malade et devient donc compatible avec une « obligation »). Le secret médical est directement attaqué, le psychiatre devant rendre compte du suivi du patient, le dénoncer aux autorités administratives s'il manque une séance, ou s'il ne prend pas ses médicaments. Le conseil d'État fixera un « protocole » (que le Sénat corrige en « programme ») de soins (encore flou) que les psychiatres devront appliquer, au mépris du principe du soin personnalisé. Nous rappelons que les hospitalisations sous contrainte sont une nécessité inhérente à l'existence de la maladie mentale grave, quand l'absence de soins adaptés aboutit à des risques importants, parfois vitaux. A ce titre, les sorties d'essai prolongées sont un outil utile, mais devant rester les plus rares possibles. Si le législateur s'inquiète de la dangerosité, c'est l'amélioration des conditions du soin qui doit être urgente, et non la privation de liberté en ambulatoire. En pratique de cabinet libéral, nous insistons sur les principes de libre choix du thérapeute, de secret médical, et d'indépendance professionnelle, qui ne peuvent être remis en cause au nom d'une prétendue dangerosité des malades mentaux (invalidée par l'expérience clinique comme par la littérature scientifique). Ces principes sont les garants qui permettent à nos patients les plus en difficulté d'oser nous parler. Dès lors, à défaut de « soin sans consentement », nous craignons que ne se développe une « médication sans consentement ».

- La nouvelle disposition prévoyant une HDT sans tiers n'est pas une bonne réponse au problème important et fréquent de la difficulté à trouver un tiers. Même le rapport Cléry-Melin proposait pour ces cas une commission venant tenir cette fonction nécessaire au soin. La FNAPSY (Associations de patients) s'intéresse au concept nordique de « personne de confiance ».
- Pour l'HDT, la première version du projet prévoyait un seul certificat pour l'entrée (ce qui se défend), et retire au tiers la possibilité de lever une HDT : on facilite l'entrée, et on bloque la sortie.
- Pour les patients ayant été en UMD ou étant passés par l'article 122-1, une commission de psychiatres et d'autres personnels soignants doit valider la demande de toute sortie, en plus des expertises (jusqu'à 7 expertises !), et ce pendant 10 ans, pour toute sortie d'hospitalisation. Une catégorie à part de patients « réputés dangereux » sera soumise à un droit spécifique même si l'hospitalisation 9 ans plus tard n'a pas de lien avec les événements antérieurs.
- Le projet réinstitue de fait le fichier national des HO auquel le ministre de l'Intérieur de 2007 avait renoncé, en imposant de faire figurer les antécédents graves des patients dans les certificats (sans fichier national comment faire ?).
- Le projet présenté aboutit à multiplier le nombre de patient en « soins sans consentement », dérive totalement injustifiée quand ce sont les moyens du soin qui manquent ! Particulièrement concernant le soin, la liberté ne doit jamais être soumise à l'impératif économique.

Au total, les nouveautés de ce projet de réforme risquent surtout d'aboutir à ce que les patients les moins à risque se retrouvent sous obligation de soin, privation de liberté en ambulatoire, et soient poussés à limiter ce qu'ils disent à leur psychiatre. En revanche, concernant les patients les plus à risque, les plus persécutés ou ceux qui ont perdu tout espoir, ceux-là seront poussés à éviter de consulter des psychiatres qui deviendraient associés à l'image d'un contrôle social. En terme de sécurité publique, nous craignons une aggravation du risque global.

III. Le Conseil Constitutionnel tente de rétablir l'équilibre en faveur des droits des patients... mais le projet propose de l'appliquer aux dépens du soin

Face à ces propositions à vocation uniquement sécuritaire, la nécessité d'un contre-pouvoir s'est imposée, et a pris forme via la décision du conseil constitutionnel, fin 2010, imposant le recours au juge des Libertés et de la Détention après 15 jours d'hospitalisation, en référence à l'article 66 de la constitution « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi ».

Là encore, la transcription de cette décision dans le projet de loi est d'une telle complexité qu'on ne peut que constater l'impossibilité d'appliquer un tel système, et un résultat clair : c'est le soin qui se retrouve menacé !

Multiplication des certificats et des expertises, organisation d'une audience contradictoire opposant le psychiatre au patient devant un juge. Et comment faire venir le patient qui est encore souvent délirant, agité, au 15e jour d'hospitalisation ? la vidéoconférence envisagée est-elle respectueuse des difficultés du patient à se faire comprendre au moment le plus intense de sa crise ?

Pour le SNPP, l'intervention du juge des Libertés et de la Détention ne doit pas faire obstacle aux soins, par exemple en imposant l'organisation d'un transport vers le tribunal au 15e jour d'hospitalisation (par des infirmiers qui n'ont déjà plus la possibilité d'organiser des visites à domicile ou des accompagnements en ville), pour rencontrer un juge qui ne peut que demander des expertises à répétition pour résoudre un faux problème : dans la plupart des hospitalisations sous contrainte, le patient ne demande pas de recours au juge. Le juge pourrait dès lors vérifier le respect du droit en visitant les services, ou sur dossier. Pire, le ministère de la justice a bien précisé que les 80 juges supplémentaires nécessaires commenceront ce travail dès le 1er août 2011... mais ne seront embauchés que pour septembre 2012 ! De qui se moque-t-on ?

Autre effet pervers à anticiper : que fera ce juge ? Il ne doit pas avoir pour fonction de donner un blanc seing aux psychiatres, qui travaillent justement dans la dialectique de la nécessité de contrainte opposée à la nécessité de la liberté. On a vu l'effet des protocoles de chambre d'isolement qui aboutissent à une déculpabilisation des équipes qui se sentent dans leur bon droit. On a vu un directeur d'hôpital satisfait après le suicide d'un patient que « le protocole a bien été respecté » ! Le juge ne doit pas avoir pour effet d'effacer le travail essentiel qui oppose sécurité et liberté.

En revanche, s'il y a bien un rôle du JLD que nous attendons impatiemment, c'est le contre-pouvoir face à un préfet qui refuse une levée d'HO ou une permission demandée par le psychiatre. La version actuelle du projet (en cours d'examen à l'Assemblée Nationale) propose enfin que le JLD soit systématiquement saisi en cas de refus de levée d'HO... mais curieusement, c'est le seul cas où l'avis du juge est soumis à une possibilité de recours suspensif !

On le voit, le projet de loi cherche d'un côté à sécuriser contre une phobie de la maladie mentale, et de l'autre prétend défendre les libertés individuelles sérieusement mises en danger. Le résultat est inapplicable et complique la possibilité de travailler sur le soin lui-même !

IV. CGLPL et CNCDH

Parmi les réactions à ces dérives, notons en particulier deux avis d'instances officielles :

- Le rapport du CGLPL (Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté), Jean-Marie Delarue, le 15/04/2011. Il constate que les patients sont mal informés de leurs droits de recours, que les pavillons sont de plus en plus souvent fermés à clé, y compris donc pour les patients en HL, que les préfets sont réticents pour les sorties d'HO, même à l'essai, qu'en prison, les patients n'ont pas accès aux soins. Le résultat est un allongement des durées de séjour des HO, donc encore moins de place pour les HL. Il dénonce également que des patients sont désormais retenus en HO par le préfet alors même que le psychiatre demande la sortie. Et aussi que les patients hospitalisés en psychiatrie en provenance d'une prison (HO D398) sont de plus en plus souvent mis systématiquement en chambre d'isolement durant toute l'hospitalisation, alors même que les services ne pratiquant pas ces dérives n'ont pas plus d'évasion que les autres. Il finit par ces mots : « **Si l'on est en droit d'exiger des praticiens de donner des assurances d'ordre médical, on est aussi en droit d'attendre des autorités qu'elles établissent le risque qu'elles invoquent pour justifier la poursuite d'une privation de liberté** ».

- Le rapport du CNCDH du 31/03/2011 : organisme gouvernemental de conseil sur les questions de droits de l'homme, la CNCDH pose tant de questions sur le projet qu'il paraît difficile de ne pas en tenir compte. « la réforme renforce au-delà de l'indispensable la contrainte pesant sur les malades. » « conduit à privilégier un point de vue sécuritaire, et, pour éviter tout risque, enfermer plutôt que d'organiser les moyens d'un accompagnement » « la loi reste bien floue sur la portée réelle, en termes de libertés publiques, de cette importante innovation que constituent les soins sans consentement. Qu'impliquent-ils en pratique pour le droit d'aller et venir, de protection du domicile, de rapports avec les proches et dans d'autres lieux de vie, qu'en est-il du libre choix de son médecin, des actes de la vie courante ? » « Le patient sera plus isolé que jamais dans une société hostile et face à une réforme dont il constituera le « cobaye ».

Le CNCDH conclut en rejoignant les conclusions des syndicats de psychiatres réunis au CASP : « La CNCDH recommande par conséquent que, dans un premier temps, une réforme de l'hospitalisation psychiatrique s'en tienne à ce qui est exigé, à l'horizon du 1er août 2011, par le Conseil constitutionnel, et que la concertation se poursuive sur les autres points. Elle poursuit quant à elle ses travaux et reste très attentive à la situation créée, en particulier, par l'importante présence de malades mentaux en prison. Le débat en cours, sur un texte essentiellement axé sur la protection de la société, ne milite pas en faveur d'une plus grande acceptation de la présence des malades mentaux dans la cité. Tout porte dès lors à craindre que l'amalgame qui est fait entre le sort des malades mentaux, jugés par hypothèse dangereux, et les questions de sécurité, ne se renforce ».

V. Conclusions et perspectives

Les bonnes intentions de façade ne résistent donc pas à l'examen de ce projet de réforme. L'idéologie initiée avec la rétention de sûreté (alors limitée aux patients les plus terrifiants) s'y déploie cette fois pour tous via les soins ambulatoires sans consentement : c'est la mise en place de restrictions de libertés au nom d'une dangerosité potentielle. La restriction de liberté y est ici adaptée au niveau supposé du risque. Le SNPP ne tolérera pas que la psychiatrie soit instrumentalisée à ces fins !

Le SNPP, en partenariat avec les syndicats de psychiatres représentés au CASP, exige le retrait de ce projet, et demande que les moyens du soin soient mis en place, plutôt que d'envisager toute extension de la contrainte.

Pour le SNPP, une loi est nécessaire aujourd'hui, pour :

- Avant tout permettre à la majorité des patients de pouvoir être soignés en HL et en suivi ambulatoire AVEC consentement. Les quelques situations cliniques où la dangerosité pourrait se discuter ne doivent pas imposer à tous des services fermés ou un suivi ambulatoire sans consentement. Nous voyons depuis 2007 une évolution dramatique des prises en charges urgentes, qui aboutissent à des hospitalisations sous contrainte inutiles, levées après 3 ou 4 jours d'enfermement plus traumatisant que soignant. La détresse psychique doit être accueillie avec hospitalité.
- Apporter des moyens de soin, en particulier concernant les pathologies les plus graves et invalidantes, maladies toujours chroniques, où l'intervention du psychiatre ne peut se limiter à un rôle d'expert prescripteur. Il s'agit donc de recruter du personnel, de créer les structures d'accompagnement, d'hébergement adapté, etc.
- Renforcer la lutte contre l'exclusion et la ségrégation, alors qu'actuellement, les petites structures de SAMU social du 94 sont menacées de fermeture pour favoriser des grands centres moins coûteux (Nanterre).
- Réorienter les moyens de la recherche vers la recherche clinique, à l'encontre des projets de certains centres experts inutilement chers et qui n'apportent rien au soin. Ces centres experts proclament être détenteurs d'un savoir médical qui serait ignoré des autres psychiatres et la pratique révèle qu'il s'agit d'une supercherie qui risque de détourner les moyens du soin.
- Dans l'attente de ce travail, la réforme de la loi de 1990 ne doit porter que sur l'introduction du juge, rendue indispensable par la décision du Conseil Constitutionnel avant le 1er août 2011. En l'état actuel, ce juge doit avant tout trancher les cas litigieux où le préfet exige de maintenir une HO que le psychiatre demande à lever. Pour la plupart des dossiers où personne ne se plaint de rien, l'intervention du juge doit être la plus simple possible et ne pas perturber le démarrage des soins ni surtout emboliser le temps des soignants.
- Il est par contre urgent que le juge puisse intervenir sans délai dans les cas litigieux de désaccord entre patient, famille, équipe de soin et/ou préfet. Sa décision doit alors s'imposer à tous, le recours ne pouvant être suspensif.
- Plus que jamais, il faut rappeler que le soin en psychiatrie nécessite l'indépendance du soignant, la liberté de choix du patient et la garantie du secret médical.

La loi doit désormais repasser devant l'Assemblée Nationale puis le Sénat. Vous trouverez ci-après la lettre ouverte que nous adressons aux députés et sénateurs...

Si elle devait passer en l'état, son application n'irait pas de soi, des moyens de résistance sont en cours d'élaboration. Si des psychiatres libéraux devaient être sollicités pour des soins ambulatoires sous contrainte, nous serions immédiatement amenés à discuter de l'opportunité d'imposer des consultations (payantes !) à des patients en dehors d'une période de crise. La question éthique serait alors au centre de notre action.

La suite dans le prochain BIPP, ou dans la newsletter « Caractères » pour les heureux inscrits.

La Fnapsy en désaccord profond avec le projet de loi sur les soins sans consentement

Paris, 26 mai 2011 (APM) - La présidente de la Fédération Nationale des Associations de Patients de Psychiatrie (Fnapsy), Claude Finkelstein, est en profond désaccord avec le projet de loi sur les soins sans consentement en psychiatrie, a-t-elle déclaré jeudi à l'APM. "Nous ne sommes pas d'accord sur la finalité du projet de loi qui porte atteinte aux droits des personnes".

Le projet de loi est parvenu à sa version quasi définitive avec la deuxième lecture à l'Assemblée Nationale, achevée lundi (cf. dépêche APM HMOEO001). La deuxième lecture au Sénat est prévue les mercredi 15 et jeudi 16 juin.

Claude Finkelstein se déclare "extrêmement choquée" que la Secrétaire d'Etat à la Santé, Nora Berra, se prévale d'un soutien de la Fnapsy au projet de loi, notamment dans l'émission de France Culture "Du grain à moudre" du 9 mai. "Nous avons dit au ministère de la santé que nous n'étions pas d'accord, c'est une malhonnêteté intellectuelle de leur part de prétendre le contraire".

Elle remarque que l'association de familles d'usagers Unafam est favorable à certains aspects du projet de loi mais "il ne faut pas confondre les usagers et les familles".

La formulation "soins sans consentement en ambulatoire au lieu d'hospitalisation sans consentement n'est pas anodine", a expliqué la présidente de la Fnapsy. "Jusqu'à présent, on interdisait au patient d'aller et venir librement, c'est une situation qui peut se justifier mais, tout en étant enfermée, la personne pouvait refuser des soins".

"Avec les soins sans consentement, on va pouvoir donner des soins de force, donner des molécules

de force, ce qui équivaut à violer le corps. C'est intolérable pour nous car on enlève toute liberté à la personne. Nous sommes prêts à aller devant l'Europe pour contester ce point".

Elle reconnaît qu'actuellement, dans la pratique, des médicaments sont "administrés de force" mais la différence est que "cette pratique sera désormais autorisée par la loi". "Avec une personne pas très agitée, on ne va plus chercher à discuter pour avoir son consentement", craint-elle.

Claude Finkelstein estime également que les conditions de passage en soins sans consentement en ambulatoire, nouveauté introduite par le projet de loi, ne sont pas suffisantes. "Nous avons dit que nous voulions un véritable contrat entre le psychiatre et le malade, pour s'assurer que le malade était d'accord pour revenir à son domicile.

Or, il n'est question que d'un protocole ou d'un programme de soins".

"Il faut se rendre compte que ramener quelqu'un à son domicile s'il n'est pas d'accord peut se transformer en horreur. Quand la voiture avec le logo de l'hôpital va se garer dans la rue et que l'infirmier va venir sonner à la porte, si la personne ne veut pas le laisser rentrer, elle peut se jeter par la fenêtre.

C'est ça le risque, car la personne avec sa maladie n'est pas raisonnable et c'est ce que les gens qui décident ne comprennent pas".

"Nous ne pouvions accepter cette loi qu'accompagnée d'un volet sur l'organisation des soins psychiatriques. Le Plan de santé mentale annoncé par le gouvernement ne m'intéresse pas car il ne résoudra pas le problème".

Le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD) sur les mesures d'hospitalisation sans consentement est "positif" sur le principe mais Claude Finkelstein estime que les conditions sont très insuffisantes. "Nous avons demandé un contrôle à 72 heures, ce qui est un délai normal, il est à 15 jours".

Les conditions prévues pour les audiences sont totalement "inadaptées" aux personnes concernées, notamment la visioconférence ou le caractère public de l'audience. "Il aurait fallu, comme en Allemagne, que le juge se déplace systématiquement et que, a priori, l'audience soit systématiquement tenue en chambre du conseil".

"La justice allemande n'a pas plus de moyens que la justice française mais cela fonctionne car les hospitalisations sans consentement ne représentent que 4 % des hospitalisations en psychiatrie car le médecin recherche le consentement du patient", estime-t-elle.

Lettre ouverte aux sénateurs et députés

Michel Marchand

Madame, Monsieur,

Le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de prise en charge est en cours de seconde lecture par vos assemblées respectives.

L'AFPEP-SNPP attire une nouvelle fois votre attention sur les conséquences néfastes de ce projet en l'état.

Au lieu de garantir davantage la liberté des patients et de favoriser leur consentement aux soins, ce texte de loi va, s'il est adopté, freiner le processus de sortie des hospitalisations sous contrainte et compromettre gravement la confiance des patients qui fonde toute relation soignante.

En subordonnant à l'avis du préfet les choix thérapeutiques, ce projet de loi porte atteinte à l'indépendance professionnelle des psychiatres et à la responsabilité que celle-ci leur confère, tout en les disqualifiant aux yeux des patients.

D'autre part l'extension de la notion de contrainte aux soins ambulatoires est pour nous un contre-sens. Si la nécessité de l'hospitalisation sans consentement est bien une réalité en fonction de la gravité de la maladie mentale, le soin lui-même passe par la parole et ne peut se concevoir sans le consentement des patients.

En plein accord avec la Commission Consultative des Droits de l'Homme, nous considérons ce projet comme facteur d'exclusion et de stigmatisation de personnes qui auraient besoin bien au contraire de trouver place dans la cité.

Aussi nous vous demandons instamment de renoncer à ce projet de réforme de la loi de 1990, hormis l'introduction du juge des libertés et de la détention, conformément à la décision du Conseil Constitutionnel.

Nous attendons une loi sur la psychiatrie centrée sur le soin, après une concertation approfondie des psychiatres publics et privés.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Le SNPP auditionné au Sénat

Patrice Charbit

Le député Guy Lefrand, rapporteur devant l'Assemblée Nationale du projet de réforme de la loi de 90 n'avait consacré qu'une heure trente à auditionner ensemble tous les syndicats de soignants en psychiatrie. Madame Muguette Dini, sénateur et rapporteur auprès du Sénat, a pris le temps et a eu la délicatesse de recevoir les différents acteurs plus longuement et séparément.

Les représentants du SNPP ont donc eu la possibilité d'exposer leur profond désaccord avec ce projet de loi face à quatre sénateurs et deux assistants parlementaires attentifs.

Tant sur le fond, les soins sans consentement en ambulatoire, que sur les modalités, fichiers psychiatriques et policiers, levée du secret médical, interventions d'un juge dépassant les prérogatives réclamées par le Conseil Constitutionnel, protocoles de soins fixés en conseil d'État, etc. nos interlocuteurs ont semblé convenir que ce texte n'était pas sans soulever des difficultés voire un changement de paradigme du soin psychiatrique.

Les conséquences d'un tel texte sur la nécessaire confiance inhérente à nos pratiques ont été soulignées ; qu'il convenait de déplorer qu'une telle réforme soit l'enjeu de surenchères électorales, ne l'a pas moins été. Le caractère sécuritaire et non sanitaire du texte ne semblait échapper à personne. Les représentants du SNPP ont insisté sur le fait que cette loi ne devait pas cacher la misère actuelle de la psychiatrie, la dégradation de ses pratiques, le peu de cas de ses acteurs. A notre connaissance, tous les autres représentants de soignants ont fait part des mêmes réserves et demandé le retrait du projet.

Madame Muguette Dini, suite à ses réflexions, a présenté en commission des affaires sociales un texte si largement amendé qu'il a été refusé par ses pairs. Tous les articles concernant les soins sans consentement avaient notamment été retirés. Désavouée, fait inédit au Sénat, elle a préféré démissionner de sa fonction de rapporteur. Elle reste présidente de la commission des affaires sociales au Sénat.

Rapport d'activité

Pierre Cristofari

Nous avons essayé de faire avancer l'implication des psychiatres privés dans la formation des étudiants en psychiatrie, en collaboration avec l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie. Invitation à leur égard (Dinan pour eux), initiatives locales, projet FMF (semestre obligatoire en cabinet).

Nous avons poursuivi l'élaboration inter associative au sein de la FFP où s'impliquent Jean-Jacques Laboutière, Antoine Besse et Jean-Jacques Xambo. Nous sommes adhérents (comme syndicat) puisque doit être créé un collège de psychiatrie dans le cadre du DPC et que ce collège doit intégrer les syndicats.

Nous avons promu au sein de la WPA la « médecine de la personne ».

Nous avons soutenu la Charte des 39.

Nous avons prêté nos locaux, publié dans le BIPP, lutté contre la réforme de la Loi de 90. Au Ministère avant la décision du Conseil Constitutionnel, au CNOM après le vote en première lecture.

Nous avons poursuivi le travail syndical au sein du CASP :

- présence constante

- recherche de consensus
- soutien à nos collègues publics
- actions communes comme la manifestation unitaire du 15 mars - mouvement de fermeture des cabinets (ou consultation gratuite suivant l'exemple du docteur Dominique Jeanpierre).

Nous avons exigé et obtenu de la centrale syndicale chargée de relayer nos revendications dans la négociation conventionnelle un renversement de priorités :

- la FMF a relayé in extenso notre programme (tarifs et accès direct, priorité aux spécialités cliniques)
- notre programme a servi de base à la revendication à l'accès direct pour toutes les spécialités cliniques
- la FMF se veut conventionniste, favorable au système collectif contre la privatisation ; hostile aux contrats individuels (comme toute centrale...)
- Yves Froger a été reçu au cabinet de Mr. Bertrand.

Nous avons maintenu le cap en matière de formation continue

- Journées (après Nice, Dinan, voici Amiens)
- Séminaire de Printemps
- Unaformec - Séminaire OGC
- Séminaires propres (psychopharmaco).

Publication de « Psychiatries » (Dominique Jeanpierre, Anne Rosenberg, Thierry Delcourt). Travail énorme de Anne Desvignes et Olivier Schmitt.

Discours de politique générale

Yves Froger

Cette Assemblée Générale survient dans un temps fort de la vie syndicale et politique au regard de l'actualité du projet de réforme de la Loi de 90.

Le SNPP s'est mobilisé pour dénoncer les impasses de cette Loi et demander son retrait en essayant de faire entendre le point de vue spécifique des psychiatres libéraux ce qui n'a pas été facile. Nous sommes, en effet, pris dans un mouvement où les influences multiples nous sollicitent et où il est plus que jamais nécessaire de définir les références qui sont les nôtres pour déterminer et argumenter nos positions.

C'est bien sûr dans la dimension syndicale que je souhaiterai ancrer notre travail parce que c'est notre seule mission, et dans les échanges avec les autres syndicats de psychiatres comme nous avons eu l'occasion de le faire lors de la conférence de presse du 15 mars dernier et surtout lors de sa préparation.

Notre objet est non seulement de dénoncer cette loi issue de la volonté politique sécuritaire du Président de la République mais aussi d'occuper toute notre place dans le paysage sanitaire psychiatrique et promouvoir avec nos collègues une réflexion sur les soins sans consentement.

Pourquoi est-ce si difficile ?

J'ai entendu à la conférence de presse : les soins sans consentement en ambulatoire ça n'existe pas. Peut-on laisser dire cela quand nous représentons des psychiatres libéraux qui accueillent dans leur cabinet des patients en injonction de soins, des jeunes femmes anorexiques conduites par leurs familles désespérées alors qu'elles déniaient tout problème.

Notre travail n'est-il pas de partir de ce refus de soins, et même de toute pathologie pour évoluer

vers les consentements aux soins et l'instauration d'une relation thérapeutique seule à même de poser un cadre de confiance pour les soins. Je pense aussi à ces patients opposés à tout traitement antidépresseur, où il s'agit de les soutenir dans ce non consentement quand la pression de l'entourage, du médecin traitant se fait très forte, ou à l'inverse d'obtenir l'adhésion au traitement quand nous avons la conviction que ce traitement sera un levier indispensable et que nous ne sommes pas à même de soutenir ce non consentement.

Attention à ne pas nous embarquer dans des propos qui discréditent le travail des psychiatres libéraux que nous représentons.

Dénoncer ce projet sous le seul point de vue d'une idéologie politique stricte, toute aussi juste et pertinente soit-elle, c'est passer à côté de ce qui nous anime. Nous avons des responsabilités et nous ne pouvons pas nous contenter de ce seul axe de contestation.

J'ai insisté, lors de l'audition à la commission Lefrand sur l'importance pour les psychiatres libéraux de ne pas se retrouver dans une position de délation en signalant une absence et qu'il importerait pour le moins que l'administration fasse son affaire du contrôle de l'effectivité des soins (comme dans l'injonction de soins). Nous avons aussi longuement débattu ce point chez le conseiller technique de Mme Bachelot.

Ce projet de Loi n'est pas bon, nous savons aussi qu'il y a une large majorité parlementaire pour le voter et notre responsabilité vis-à-vis de nos mandants n'estelle pas d'anticiper des amendements qui leur permettent de travailler s'ils sont sollicités par des patients à qui il sera difficile de dire non. Cette attitude a été vivement contestée pendant cette audience par une psychologue membre du syndicat des psychologues : pas d'amendement, rejet massif. C'est en effet ce que nous souhaitons tous, maintenant n'est-ce pas prendre un risque énorme de passer à côté des dispositions qui seraient utiles aux psychiatres libéraux.

La teneur de ces débats nous montre que tout autant qu'une réflexion sur le fond des choses, les raisons de refuser cette Loi, nous avons aussi à réfléchir aux alliances qui permettent un discours à peu près concordant pour faire avancer nos propositions et je suis, pour ma part, convaincu que c'est dans un rapprochement avec les autres syndicats, à l'instar de ce qui se passe au CASP qui pourrait s'élargir, que nous y parviendrons.

La question des soins sans consentement en psychiatrie nous amène au coeur d'une réflexion sur l'essence même de notre discipline, et sur les différentes places que les différents acteurs peuvent occuper, importance du travail d'équipe ou à l'inverse primauté du colloque singulier. Nous avons encore du chemin à faire pour articuler ces différents axes de soins, et je pense, pour ma part, que cela pourrait faire l'objet d'un séminaire de travail en collaboration avec nos collègues hospitaliers dans le respect du travail de chacun. Je ne m'étends pas plus sur les dispositions les plus draconiennes de ce texte concernant les conditions de sortie des patients parfaitement dénoncées et combattues par nos collègues hospitaliers.

L'actualité syndicale est aussi marquée par l'annonce de la reprise prochaine de la négociation conventionnelle, véritable serpent de mer de la vie syndicale. Le SNPP adhère à la FMF depuis 2007.

Nous y avons trouvé une structure qui relaie ad integrum notre plate forme de revendications. Celle-ci figurait en toute lettre dans le programme électoral de la FMF aux URPS et sera la base des propositions de la FMF quand il s'agira de la psychiatrie.

L'influence du SNPP s'étend à un autre niveau puisque notre revendication de l'accès spécifique total en psychiatrie pour toutes les raisons que nous avons maintes fois développées est la base de la réflexion de la FMF sur la refonte totale du parcours de soins et de la coordination des soins.

La FMF a pleinement inclus le SNPP dans sa délégation lorsqu'il s'agit de psychiatrie et tout récemment encore j'ai été reçu par FX Selleret le directeur de cabinet de Xavier Bertrand pour développer les points qui nous importent. C'est dire si cette alliance est importante, elle est la résultante d'une confiance mutuelle progressivement construite au fil d'échanges réguliers. Elle nous a amenés à soutenir les listes de la FMF aux élections aux URPS avec le résultat décevant que nous connaissons.

Il n'en demeure pas moins que la FMF conserve la représentativité pour les spécialités cliniques et participera à la négociation conventionnelle et qu'il reste donc primordial que nous conservions cette alliance par le biais de notre adhésion pour faire avancer le socle de nos revendications pour la psychiatrie libérale.

Cela ne nous exonère pas de faire le bilan de l'échec électoral et d'esquisser quelques pistes de compréhension qui m'apparaissent avant tout d'ordre politique, au premier rang desquels le soutien à la loi HPST, alors que la CSMF et le SML ont enfourché le cheval de l'opposition pour aborder les élections en étant contre, mais contre quoi au juste ?

Cela a en tout cas permis qu'il ne soit pas question du bilan désastreux de la convention précédente et dont nous psychiatres faisons tout particulièrement les frais.

Qu'est ce qu'on peut en dire ?

Le soutien c'était

- la promotion de la médecine libérale pour une participation aux soins à égalité avec l'offre publique, ce qui a bien sûr soulevé l'ire des collègues hospitaliers
- la revendication des médecins libéraux de participer pleinement à la formation des internes
- une réorganisation sanitaire qui fait toute sa place à l'offre libérale de soins.

Ce n'est pas le soutien inconditionnel à toutes les dispositions inacceptables et irrecevables de ce texte.

La loi HPST a réussi cet exploit que les hospitaliers la dénoncent au titre de la privatisation du système de soins et les libéraux au titre de l'étatisation. Cela aurait mérité quelques éclaircissements.

La FMF s'est positionnée avec comme préoccupation primordiale la défense de la médecine libérale et a été sanctionnée par le vote des médecins libéraux. Ont-ils pris toute la mesure de ce vote au delà de la défiance.

Veillons de notre côté à ne pas nous engouffrer dans la même impasse et garder en tête notre mandat syndical, la promotion et la valorisation de l'exercice libéral en psychiatrie avec une question qui doit rester lancinante, par où passe la défense de la pratique libérale sérieusement mise à mal par la dernière convention et les axes proposés par le Président de l'UNCAM lors de la réunion fixant la feuille de route de la future négociation.

Qu'est ce qui fonde notre identité libérale ?

J'ai toujours pensé que nous devrions consacrer des Journées à ce sujet.

C'est toute la question de notre choix de ce mode d'exercice et de notre engagement dans les soins au quotidien avec nos patients.

N'est-ce pas ce qui fonde notre rapprochement avec la FMF qui m'apparaît la centrale la plus désireuse de promouvoir cette identité, ce qui explique aussi qu'elle n'est pas l'interlocuteur privilégié de l'UNCAM qui a à ses côtés des partenaires plus complaisants.

Attention à ne pas dévoyer ces fondamentaux au regard critères politiques incluant les dérives de l'ultra libéralisme et le néolibéralisme, comme nous l'avons entendu cette année.

Si l'adhésion à une centrale me semble capitale pour aborder la négociation conventionnelle, je dirai aussi un mot de l'importance du CASP et je l'espère de sa future extension au moins avec le SPEP pour penser la psychiatrie dans tous ses modes d'exercice. Nous l'avons vu à propos des soins sans consentement, mais aussi à propos du DPC où nous avons des valeurs communes à soutenir pour notre formation et je pense que le SNPP doit se donner pour objectif en tant que représentant des psychiatres privés, libéraux et salariés, d'être la pierre angulaire de ce regroupement.

Le troisième point que j'aborderai concerne le futur plan de santé mentale annoncé pour cette année 2011, et face auquel nous avons des raisons de redouter le pire qui verrait les psychiatres libéraux confinés à l'exécution de tâches fixées par la DGOS pour répondre aux impératifs de santé publique commandés par le politique. Ce rêve est ancien et jalonne les échanges que nous avons avec les tutelles.

Notre discours doit toujours porter sur l'importance du psychiatre en premier recours et sa capacité à accueillir l'immense majorité des situations de souffrance psychique comme en atteste la file active des psychiatres libéraux.

Le second point tout aussi essentiel est de ne pas nous laisser enfermer dans la caricature du psychiatre psychothérapeute, mais bien de rappeler ce qui spécifie l'engagement thérapeutique du

psychiatre dans les prises en charge au long cours qui articulent une pluralité de concepts et de pratiques variables au fil du temps avec un même patient où l'écoute à ces différents niveaux, la prescription médicamenteuse, la décision d'hospitalisation trouvent leurs places. Depuis toujours nous élaborons et ré élaborons ce qui spécifie notre travail, quelles sont les conditions intangibles pour un exercice de qualité pleinement indépendant. L'AFPEP-SNPP se soutient et existe avant tout dans cette dynamique et dans la production d'un discours qui lui est propre.

C'est aussi rappeler que les psychiatres libéraux sortent de leurs cabinets pour travailler dans le secteur médico-social où ils participent à des dispositifs de soins adressés à une toute autre population et notamment les enfants. Nous avons des choses à défendre pour la psychiatrie et pour les psychiatres privés et nous devons être attentifs à participer à des mouvements qui partagent ce même objectif en dehors de tout dogmatisme.

Débat

Après les rapports du Secrétaire Général et du Président, un large débat porte sur les points suivants : le mode de communication avec les adhérents et l'ensemble des psychiatres, la fréquence de parution du BIPP, la poursuite du travail conjoint avec les internes sur la transmission, l'affiliation avec la FMSF et les discussions à venir avec les différentes centrales syndicales en vue des négociations conventionnelles, le refus du projet de réforme actuel de la loi de 90 et/ou la pertinence de soutenir des amendements, le positionnement du syndicat vis-à-vis des ARS et de l'organisation des soins en région, la concertation préalable au plan de santé

mentale annoncé pour l'automne.

Motions

Motion 1 - *Le SNPP renouvelle son adhésion à la FMF*

Motion 2 - *Nombre de BIPP sur l'année* : 3 BIPP seront édités cette année.

Motion 3 - *Loi de 90 et projet de santé mentale* : Retrait du projet de réforme de la Loi de 90 et respect intangible de l'éthique du psychiatre et du secret professionnel.

Motion 4 - *Acte unique et revalorisation du CNPsy* : Exigence d'une revalorisation substantielle de l'acte de consultation psychiatrique, maintien de l'acte unique et retour à l'accès direct spécifique.

Renouvellement des conseillers nationaux

Ont été élus :

Paul Lacaze

Anne Rosenberg

Yves Froger

Hélène Baudoin

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Françoise Coret

Bureau AFPEP-SNPP 2011

Présidents d'honneur : Antoine Besse, Hervé Bokobza, Jean-Jacques Laboutière, Olivier Schmitt

Président : Michel Marchand

Vice-Présidents :

- 1ère Vice-présidente Jacqueline Légaut
- 2ème Vice-président Claude Gernez
- 3ème Vice-président Thierry Delcourt

Secrétaire Général : Élie Winter

Trésorier : Patrice Charbit

Communiquez ?

Thierry Delcourt

Communiquer, c'est un mot que nous n'affectionnons pas, tant il s'est vu galvaudé, malmené par les milieux politiques et médiatiques. C'est terrible comme il suffit qu'un mot, une idée, un concept soit happé par ces milieux pour que sa naissance dans le domaine public devienne sa mort pour la langue et la culture⁽¹⁾ !

Et pourtant, l'AFPEP-SNPP a décidé d'une vice présidence à la communication, tâche qui m'incombe et que j'ai souhaité assumer pour y tenter une plus grande ouverture de cette communication de notre syndicat et de notre association : ouverture sur l'autre, le monde, la différence et l'hétérogénéité de ce à quoi nous sommes confrontés tant dans nos pratiques de psychiatre que dans l'engagement militant que nous partageons, crucial dans ce moment médiaticopolitique qui met à mal des acquis fondamentaux de notre exercice et de la liberté des individus.

Donc, l'idée, qui n'est pas neuve à l'AFPEP-SNPP, déjà défendue dès la naissance de l'association en 1972 par Gérard Bles⁽²⁾, c'est de relier communiquer à transmettre, informer, dialoguer et échanger... y compris dans la conflictualité⁽³⁾. Cela suppose, pour reprendre encore un terme galvaudé, une interactivité associant discussion et mutualisation des idées et des projets individuels et collectifs.

Là aussi, rien de neuf car l'AFPEP-SNPP, lors de ses Conseils d'Administration, prouve son aptitude à un brassage des idées et à une élaboration dans une conflictualité dialectique acceptant la divergence... même si cette dernière année fut marquée par des tensions fortes et un climat pesant qui n'était pas sans rapport direct et indirect avec la nécessité d'une mobilisation tous azimuts de notre syndicat et avec un certain découragement face à l'écrasement itératif de nos valeurs par les décisions politiques aussi opportunistes que dévastatrices.

Afin de profiter au mieux de l'apport des débats au sein de l'AFPEP-SNPP et de l'ouvrir vers nos confrères et collègues, il me semble nécessaire de compléter le dispositif de communication et de dialogue.

Rappelons que le Conseil d'Administration s'ouvre à des acteurs de la profession : internes et psychiatres en formation, membres de l'AFPEP-SNPP désireux de participer au débat national et de représenter leurs confrères, toutes personnes qui, ponctuellement, peuvent enrichir notre débat et nos décisions (délégué CARMF, membre d'une coordination...).

Rappelons que le Bureau élargi qui se tient grâce à TeamSpeak est ouvert à tous les membres du Conseil d'Administration qui y sont les bienvenus.

Nous disposons également : D'une Revue de Presse de qualité, régulière et foisonnante, tenue par Marie Kretzschmar (un extrait en est donné dans ce BIPP).

D'un échange permanent de courriels entre membres du Conseil d'Administration, Conseil Scientifique, Comité de Rédaction, Bureau... et souvent ouvert hors AFPEP-SNPP. (Il est souhaitable, rappelons-le, de respecter à ce niveau les règles d'une courtoisie et de l'accord de diffusion, le mail tirant parfois plus vite que son ombre !).

D'une Newsletter, Caractères, mise en place par Élie Winter depuis deux ans et qui s'avère être d'une souplesse et d'une efficacité appréciable et appréciée.

Des Lettres à 6000, recours précieux et réactif quand la nécessité d'une prise de position et d'une aide aux adhérents en difficulté face à des mesures contraignantes nous paraissent urgentes et indispensables.

Le BIPP dans sa version papier, diffusé largement, en général aux 6 000 psychiatres privés. Ce bulletin est indispensable pour accompagner notre action et l'ouvrir au débat autant que pour la faire connaître. Il est le lien qui, d'une Assemblée Générale à l'autre, va tracer le parcours de l'AFPEP-SNPP. Pour des raisons de coût, sa parution avait été réduite et budgétée à 2 par an, compte tenu de l'existence de la Newsletter, mais la dernière Assemblée Générale a décidé de ramener sa parution à 3 par an.

Le site de l'AFPEP-SNPP <http://www.afpep-snpp.org> qui nous représente sur la toile.

Le site de Psychiatries <http://www.psychiatries.fr> qui référence et répertorie la Revue et en donne les sommaires, arguments, morceaux choisis et quelques articles in extenso.

Qu'ajouter de plus à ce riche dispositif ?

Une plus grande efficacité et réactivité, une ouverture confirmée et une réduction des coûts car l'AFPEP-SNPP se doit de veiller à un équilibre financier garant de sa pérennité.

D'ores et déjà, il a été décidé en Conseil d'Administration que la prochaine Assemblée Générale (24 et 25 mars 2012) se tiendrait sur deux jours car rien de tel qu'un débat plénier des adhérents et entre adhérents et membres du Conseil d'Administration.

Un meilleur échange en région à la demande des adhérents ou selon les choix du Conseil d'Administration : il est souhaitable que des débats locaux soient initiés par l'AFPEP-SNPP en relation avec les associations locales sur les grands débats actuels (santé mentale, réforme de la Loi de 90, convention et acte unique, statut de psychothérapeute, ARS...).

Une révision de notre présence sur le territoire car la répartition des délégations régionales est assez inégale et nous nous devons d'être au plus proche des pratiques et des praticiens, de leurs demandes et de leurs embarras : ce qui ne va pas sans élections régionales.

Concernant Caractères, nous tâcherons de maintenir un rythme de parution mensuel, soit 10 newsletter par an en étoffant quelque peu sa présentation par des rubriques nouvelles : Le courriel des acteurs qui permettra de diffuser les textes de courriels entre adhérents, après accord de leurs auteurs, un Extrait de revue de presse de Marie Kretzschmar reprenant les annonces importantes que notre attachée de presse recueille de façon assidue et efficace, les Annonces et Informations rassemblant les informations locales et nationales, sans exception, que chacune et chacun souhaiterait diffuser, et enfin, les Libres propos que chaque adhérent aurait à cœur de nous adresser.

Le BIPP, tout en préservant sa forme actuelle, sera proposé au choix en courrier électronique ou en version papier, ce qui permettra à celles et ceux qui sont familiers de la lecture sur tablette ou ordinateur de faire un beau geste écologique et économique.

Nous avons déjà quelques réponses en ce sens ; n'hésitez pas à vous prononcer à ce sujet auprès de notre secrétariat : info@afpep-snpp.org. De la même façon que Caractères, le BIPP adoptera des rubriques informatives et interactives, et ce jusqu'au Billet d'humeur !

Nos sites <http://www.afpep-snpp.org> et <http://www.psychiatries.fr> seront, après avis du Conseil d'Administration, éventuellement complétés par un site interactif ouvrant la possibilité de Forums de discussion et de Plateformes d'échanges avec les associations et coordinations.

Une Enquête auprès des psychiatres privés est en cours, coordonnée par Samuel Lézé, Victor Royer, tous deux anthropologues sociaux et Jacques Barbier, Thierry Delcourt, Claude Gernez et Anne Rosenberg, rédacteurs de notre revue Psychiatries. Outre la thèse de Victor Royer, il en émanera une publication dans Psychiatries, une édition grand public et si tout va bien, une base de travail pour de prochaines Journées Nationales ou Séminaire de Printemps.

Enfin et sans être exhaustif, matière noble de notre communication, celle d'une mise en forme et en page de la pensée en ébullition dans nos échanges lors de Journées Nationales et du Séminaire de printemps : la Revue Psychiatries⁽⁴⁾ poursuit ses publications au rythme de deux par an, travail éditorial exigeant afin de maintenir la qualité de notre revue et son aura internationale.

À l'AFPEP-SNPP, communication doit, à mon avis, être synonyme de transmission, d'action, d'interaction et de conflictualité dans la tolérance et l'ouverture. C'est son histoire, son identité voulue par ses fondateurs et son avenir en tant qu'avenir possible pour la qualité et la pérennité de nos pratiques de psychiatres inscrits dans la cité et le tissu social.

1 - Voir Résonance magnétique des mots in Psychiatries 145, Les mots de la psychiatrie, éd. Afpep, 2004

2 - Le prochain numéro de Psychiatries, 155, propose un parcours des Chroniques et éditoriaux de Gérard Bles qui nous donnera la mesure de l'acuité toujours actuelle de ses prises de position.

3 - Je rends hommage à Yves Froger qui insista auprès de moi lors de la constitution du comité scientifique des Journées Nationales d'Amiens : Violence(s), sur cette notion essentielle de conflictualité comme barrage à la violence agie et ouverture à une dialectisation précieuse en temps de crise.

4 - Prochaine parution : numéro 155, début septembre 2011 et numéro 156 en janvier 2012.

Extrait de la revue de presse - mai 2011

Marie Kretzschmar

Négociations conventionnelles

2/05 - Quotidien du Médecin

Pourquoi les négociations coïncident-elles ?
Ce que dit la loi HPST

5/05 - Quotidien du Médecin

Un an après la publication du règlement arbitral
Les syndicats peinent à négocier la nouvelle convention

11/05 - Quotidien du Médecin

Nouvelle séance de négociation reportée. Derrière le grand cirque, la guerre d'influence

12/05 - Quotidien du Médecin

Une « réunion secrète », jeudi, pour relancer les négociations conventionnelles

13/05

EGORA - Convention : les jeunes refusent le coup de la panne

Quotidien du Médecin - Les négociations conventionnelles ont repris en catimini

16/05 - Quotidien du Médecin

Une réunion organisée dans le plus grand secret
Les négociations conventionnelles ont repris sans les jeunes

17/05

Quotidien du Médecin - Grandes manoeuvres conventionnelles

La Lettre de Galilée - L'heure des leures, alors ?

18/05 - Quotidien du Médecin

Secteur optionnel : les négos de la dernière chance, selon la CNAM

- * Des revalorisations proposées pour cinq spécialités cliniques
- * La CSMF veut signer une convention avant la fin juin

19/05 - Quotidien du Médecin

Les négociations conventionnelles reprennent en ordre dispersé jeudi

Projet de loi de réforme de la loi 90/soin sans consentement

3/05 - Quotidien du Médecin

Soins psychiatriques sans consentement: Les sénateurs veulent accroître les pouvoirs du juge

5/05 - APM

Sénat : clash en commission des affaires sociales sur la réforme de la psychiatrie

9/05 - Quotidien du Médecin

- * Soins psychiatriques sans consentement: La manifestation de la dernière chance
- * Nora Berra à l'écoute du « terrain » à Lyon. LA SECRÉTAIRE d'État chargée à la Santé, Nora Berra, est allée « prendre la tension » des soignants dans un centre médico-psychologique (CMP) lyonnais, le 6 mai. Ces derniers ont livré leur inquiétude face à un projet de loi qu'ils considèrent comme « inapplicable ».

9/05 - Le Monde

Le suivi psychiatrique par des infirmiers libéraux tourne court à Toulouse

11/05

APM - Projet de loi psychiatrie: début de discussion dans la confusion au Sénat

Sénat - Au 10 Mai 2011 , adoption de l'amendement 280 au Sénat , " amendement Milon" présentant les lieux du programme de soins : on ne parle plus de protocole de soins pour les soignés sans consentement en psychiatrie

12/05 - APM

- * Les sénateurs ont voté mercredi l'article qui réforme la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), dans le projet de loi sur les soins psychiatriques examiné en première lecture au Sénat
- * les sénateurs donnent plus de pouvoir au juge sur les soins sans consentement
- * Les sénateurs ont voté mercredi une procédure renforcée pour certains patients placés en soins sans consentement en service de psychiatrie, assortie d'un "droit à l'oubli" après 10 ans.

16/05 - Quotidien du Médecin

Soins psychiatriques sans consentement. Les sénateurs valident la réforme dans la douleur

19/05 EGORA

L'Umespe approuve la nouvelle politique psychiatrique

Vie syndicale

2/05 - Quotidien du Médecin

L'imbroglia FMF

6/05 - Quotidien du Médecin

Bureau de la FMF: le recours du Dr Régi légitime, jugement le 15 juin.

Télétransmission

3/05 - Impact Santé

Xavier Bertrand appelle les médecins spécialistes à télétransmettre davantage

13/05 - Quotidien du Médecin

Télétransmission : L'UMESPE veut une aide de 1 000 euros

Communiqués

10/05 - FMF

Aux médecins spécialistes. Aux responsables des syndicats des verticalités

16/05

CSMF - La CSMF a rencontré la Mutualité Française

FMF

Négociations du 12 mai 2011

La revalorisation de la médecine libérale est en marche

Les pharmaciens pourront renouveler et adapter les traitements chroniques

Journées Nationales Amiens

Violence(s)

Amiens 22 - 23 et 24 septembre 2011

Université Picardie Jules Verne

Dans la suite des Journées Nationales sur L'écoute, L'engagement du psychiatre, Virtuel et l'an dernier Transmettre : hasard et nécessité, l'AFPEP poursuit le parcours cohérent d'une réflexion clinique inscrite dans l'évolution sociopolitique avec le thème ô combien vaste et complexe de Violence(s). Ces Journées Nationales d'Amiens ont pour projet d'approcher la dimension plurielle et multifactorielle de la violence : violence personnelle, violence institutionnelle, violence aux visages trompeurs e voilés, violence politique et sécuritaire...

Comment penser et dire la violence ? Comment la situer dans nos existences et notre pratique de psychiatres attachés à une clinique qui a l'ambition d'accompagner nos patients dans cette quête de leur propre parole ? Notre formation nous a familiarisés tout particulièrement avec la notion de violence personnelle en lien étroit avec les pulsions, entre Eros et Thanatos. Nous savons combien cette violence peut être destructrice mais aussi à quel point elle est un moteur dans le processus créatif et constructif de l'existence.

Si notre métier de psychiatre est d'accompagner nos patients dans la prise en compte de cette violence subjective afin de leur donner la possibilité de l'utiliser de façon constructive, cela suppose non seulement d'avoir suffisamment exploré cette question en nous-mêmes mais aussi de prendre clairement et fermement position face à la politique sécuritaire actuelle.

Sans ignorer la question d'une violence inhérente aux êtres humains que certaines pathologies peuvent exacerber, il s'agira de s'attarder à la réponse sécuritaire. La réponse violente à une question posée par la violence ne peut produire que des effets dangereux d'escalade dans la violence ; nous vérifions cela tous les jours.

Ces Journées vont nous permettre de regarder en face ces questions que nous ne pouvons à aucun moment éluder. Elles nécessitent des élaborations et des réponses forcément complexes et plurielles prenant en compte les situations au cas par cas sans jamais écarter le sujet, la personne, dans son inscription sociale. Elles seront aussi l'occasion pour l'AFPEP de préciser ses positions face aux dérives politiques et sécuritaires et de rester plus que jamais une force de proposition.

PROGRAMME

JEUDI 22 SEPTEMBRE

18 h 30 Accueil des congressistes à la Mairie d'Amiens

21 h 00 CONFÉRENCE INAUGURALE - Les infortunes de la violence

Maison des Associations, 3 Place Louis Dewailly, amphithéâtre Jean Cavaillès

Fabrice Humbert auteur, romancier : La fortune de Sila, L'origine de la violence

Biographie d'un inconnu, Autoportraits en noir et blanc

Dialogue avec Michel Marchand et la salle (ouvert au public)

VENDREDI 23 SEPTEMBRE

8 h 30 Accueil des participants

9 h Introduction par Jean-Louis Planque

9 h 30 SÉANCE PLÉNIÈRE

L'être au forceps. Une genèse de la violence

Enjeux neuropsychologiques, développementaux et psychopathologiques

Présidente de séance : Anne Rosenberg

Intervenants :

Pr Pierre Delion : Violence et enfance : du muscle à la parole

Dr Nicole Garret-Gloanec : Violence autour de la naissance

11 h 00 Pause

11 h 30 Ateliers

13 h 00 Déjeuner

14 h 30 SÉANCE PLÉNIÈRE

Corps, parole et violence

Un abord de la psychogenèse par la clinique : quand parler de violence ?

Président de séance : Thierry Delcourt

Intervenants :

Claude Gernez et Jacqueline Légaut : Parole et rupture de l'impensable à l'impensé

Catherine Verney-Kurtz : Transfert et violence : une lecture pankowienne

16 h 00 Pause

16 h 30 Ateliers

18 h 00 Fin des travaux de la journée

SAMEDI 24 SEPTEMBRE

9 h SÉANCE PLÉNIÈRE

Origine de la violence sociale - La violence comme fondatrice du droit ?

Président de séance : Jacques Barbier

Intervenants :

Anne Bourgain : Figures visibles et moins visibles de l'indéracinable cruauté

Myriam Szejer : La violence faite au bébé

11 h 00 Pause

11 h 30 Ateliers

13 h 00 Déjeuner

14 h 30 SÉANCE PLÉNIÈRE

Présidente de séance : Françoise Labes

Intervenants :

Paul Lacaze : Le psychiatre peut-il être violent ?

Elie Winter : Persistance du "fou dangereux" dans les esprits

Claude Nachin : De la violence faite aux patients en psychiatrie et en psychanalyse

Loriane Brunessaux : Transgression n'est pas subversion

CONCLUSIONS Michel Marchand - Président de l'AFPEP

21 h 00 SOIRÉE FESTIVE

les salons d'Omaïma - 76, Rue Maberly 80000 Amiens

Travail en ateliers

Atelier 1 - Enfance, adolescence, violence

De tous temps, la violence a existé. Elle est là, encore et toujours ; elle accompagne le développement de l'humain, des sociétés qu'il fonde et qui le fondent. Le discours sur la violence évolue aussi. Actuellement, l'acceptation d'un imaginaire violent de l'enfant est mise à mal par la surmédiatisation des faits violents. Le phénomène des bandes, la violence des filles et des plus jeunes, la violence à l'école, le racket, les enseignants déstabilisés, les parents dépassés et angoissés, l'irruption du virtuel dans la réalité mais aussi la violence subie, les séparations, les exclusions, les violences sexuelles inondent le quotidien médiatique et créent la confusion.

Enfant violent, enfant victime : quelle clinique, quel soin, quelle prévention ?

Que peut, que veut le psychiatre ? Il n'oublie jamais que derrière l'expérience de la violence, il y a une histoire, une psychogénèse et un cerveau mais il y a aussi une société, une politique, une économie qui produisent leurs effets immédiats et inscrivent leurs marques dans le psychisme et le corps des enfants et des adolescents. La clinique au quotidien nous y confronte et génère doutes et questions. Nos théories sont parfois d'un maigre apport dans le dénouement et l'élaboration de la violence.

Atelier 2 - Politique sécuritaire, institution et violence

Gouvernants et médias semblent réactiver un imaginaire collectif et inciter la population à redouter le malade mental, « créature » immonde et dangereuse.

Fou, dangereux, criminel : la folie serait là, tapie dans l'ombre à guetter le passant, à pousser sous une rame, à violer et tuer. Le danger potentiel attribué au fou a pour corollaire immédiat qu'il l'est forcément et que la société a le devoir de s'en protéger.

Les vieux démons de la dégénérescence risquent de se retrouver dans l'identification d'êtres génétiquement défectueux et de malades mentaux irrécupérables ! La psychiatrie subit la transformation sécuritaire des lieux de soins et des pratiques.

Les pénalistes écrivent des lois sanitaires et demandent à des juges d'avaliser les soins hospitaliers et ambulatoires sans consentement. Hôpitaux-prisons, préfets refusant la levée des HO, évaluations ségrégatives des lieux de soins, mise en place de protocoles niant le soin, psychothérapies d'Etat : la médiatisation du fou dangereux devient réalité, celle de la peur et de l'enfermement.

Où est la violence ? N'est-elle pas dans la désignation du bouc émissaire, le fou ? Le débat est lancé et, psychiatres du quotidien, nous subissons les effets d'une violence qui nous traverse, rendant parfois difficile la capacité à penser dans une conflictualité constructive.

Atelier 3 - Transfert et violence

Être ou ne pas être,

Être soi ou ne pas être soi,

Être soi et ne pas être toi.

C'est le sublime dans le geste du Toréador qui en absorbe la violence : plonger le tranchant dans le coeur de l'autre après avoir dansé au plus près de lui.

Séparation fondatrice inlassablement rejouée. La mort de l'un consacre le triomphe de l'autre. La mort de la Bête fait l'Homme.

Devenir soi en tuant en soi ce qui n'est pas soi, dans l'arène du symbolique.

Comment inlassablement mener ce travail d'absorption de la violence par le juste tranchant des mots ? Car dans la réalité humaine, sortir de l'arène expose aux pires horreurs...

Psychiatre, cherche à filer la métaphore pour trouver à dire la violence à l'oeuvre dans le transfert : c'est là une invitation à partager nos embarras cliniques !

Atelier 4 - Créativité, art et violence

Avant même de parler de création artistique, il est une créativité qui fonde la capacité à exister.

La violence y est à l'oeuvre dans un accès à l'élaboration psychique. C'est une ressource indispensable pour affronter des situations nouvelles et les épreuves de la vie, y compris celles qui confrontent à la violence et au traumatisme.

Le métier de psychiatre nous confronte quotidiennement aux impasses du sujet dans sa capacité à exister. Notre travail consisterait-il à restaurer une capacité créative comme condition de la guérison ? Nous aurions donc, au décours de la rencontre thérapeutique, à solliciter le patient dans son recours actif... ce qui suppose que le psychiatre ne craigne pas l'autre dans le débordement de son expression et qu'il soit lui-même actif, inventif, attentif à sa propre créativité. Les contraintes imposées à notre exercice : matérielles, administratives, juridiques, évaluatives... ne favorisent pas cette liberté d'exercice.

Nous travaillerons toutes ces questions dans des situations cliniques concrètes et des expériences professionnelles, de celles dont on ne parle pas facilement car s'éloignant parfois des sentiers battus.

Atelier 5 - Passion, couple, sexe et violence

Notre pratique de psychiatre nous confronte à de multiples formes de violences privées : relations passionnelles dans les couples et les familles, relation parent-enfant, sexualité, comportements incestueux... Parfois dans l'urgence, souvent dans la souffrance, nous recueillons les témoignages de cette violence : manipulations psychiques, harcèlement, maltraitements physiques, violences sexuelles.

Se posent à nous la nécessité éventuelle d'un abord médico-légal, la question d'une aide spécialisée et parfois de relais sociaux avant même la question d'un soin psychiatrique ou comme première étape de ce soin. La psychothérapie, quelle que soit sa forme, se chargera de démêler la complexité des tenants et aboutissants de cette violence et la part obscure qu'y tiennent les protagonistes. Nos échanges cliniques sur ce sujet seront précieux alors même que ces violences privées semblent se banaliser tout en faisant l'objet d'une médiatisation souvent réductrice où la victime fait face au bourreau et alors qu'il n'est plus politiquement correct de mettre en doute cette vision manichéenne.

Désir de livres

« **L'origine de la violence** » et « **La fortune de Sila** » de Fabrice Humbert, deux romans à lire avant de dialoguer avec l'auteur qui sera l'invité de la soirée inaugurale des Journées Nationales d'Amiens, le 22 septembre.

Le premier traite du surgissement de la propre violence de l'individu et de son rapport avec l'histoire, renvoyant aux secrets de famille et à la barbarie que n'empêchent pas les acquis de la culture.

Le second décrit les figures contemporaines de la violence dans notre société, avec en écho la brutalité, l'indifférence et la lâcheté.

Manifestations ALFAPSY 2011

Paul Lacaze

Paris, 18 - 20 avril 2011

Le Centre Françoise Minkowska (Centre Médico- Psycho Social pour Migrants et Réfugiés, à Paris), parrainé par la Section de Psychiatrie Transculturelle de la WPA, établit un partenariat avec ALFAPSY pour la réalisation du 1er Congrès International Francophone de Psychiatrie Transculturelle, « Enjeux Migratoires et Santé Mentale », à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris.

http://wpa-tpsparis2011.com/index_french.html

ALFAPSY y présente un Symposium regroupant Félicien Adotevi (Sn), Jalil Bennani (Ma), Antoine Besse (F), Paul Lacaze (F), Michel Peterson (CDN) pour témoigner de la « Synergie clinique entre pratique transculturelle et exercice privé de la psychiatrie ».

Sousse, 29 - 30 avril 2011

ALFAPSY est invitée à participer et à intervenir aux 9èmes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée organisées par l'ATPEP (Association Tunisienne des Psychiatres d'Exercice Privé) sur le thème « Parole, écoute et liens avec la démocratie ». Le contexte politique de la Tunisie nouvelle nous inspire, avec le respect, un authentique besoin de dialoguer avec nos confrères désormais confrontés à de nouvelles représentations cliniques de la part de patients enfin libres de leur expression.

Avec Hervé Bokobza (F), « Démocratie et pouvoir de soins », intervient Michel Fruitet (F), « Penser l'enfant comme un être humain et un citoyen en devenir ». Excusé, notre ami Jean-Pierre Lebrun (B) est représenté à travers l'allocution de Paul Lacaze (F) : « La psychiatrie en démocratie, de quoi est-elle l'outil ? ».

Genève 1er - 3 mai 2011

La 4ème Conférence de Genève sur la Médecine centrée sur la Personne (www.personcenteredmedicine.org), organisée par l'INPCM sous la Présidence de Juan Mezzich, réunit un panel mondial de praticiens et d'usagers de la Médecine prenant en compte le malade dans sa globalité individuelle, socio familiale et culturelle.

Pour la France, l'association des sociétés françaises de psychiatrie et Michel Botbol anime un symposium intitulé « French Diagnostic Project » auquel contribue ALFAPSY, représentée par Antoine Besse et Paul Lacaze.

En effet, la manière d'aborder la question du diagnostic clinique dans la pratique médicale représente un enjeu majeur à défendre au plan mondial pour la crédibilité de la psychiatrie, discipline clinique majeure (cf.

« La consultation », Actes des XXVIIIèmes Journées Nationales de l'AFPEP, Beaune, octobre 1998, in la revue « Psychiatries » n° 128/129 de juillet 1999. et cf. « Persiste et signe : une étude clinique », même revue de l'AFPEP, n° spécial avril 2009).

Budapest 1er - 4 juin 2011

Le « 8ème Divan sur le Danube », Colloque Européen de Psychiatrie et de Psychanalyse organisé comme chaque année par l'Association Piotr-Chaadaev et son Président Jean-Yves Féberey (piotrchaadaev@wanadoo.fr), offre à ALFAPSY une nouvelle tribune internationale sur laquelle Patrice Charbit, Hervé Granier et Paul Lacaze proposent de témoigner à propos de la psychiatrie francophone en pratique privée : alliance clinique entre diagnostic et psychothérapie.

Il s'agit ici, rappelons-le, d'un partenariat amorcé il y plusieurs années entre nos deux organisations avec un objectif convergent de profiter de l'espace Est Européen pour replacer la psychiatrie avec la psychanalyse dans une dimension politique de désinstitutionalisation.

Buenos Aires, 18 - 22 septembre 2011

Au 15ème Congrès de la WPA (Association Mondiale de Psychiatrie), « Our Heritage and Our Future », ALFAPSY sera représentée par les associations membres du Comité International et Antoine Besse sera porteur d'une lettre de créance auprès du nouveau Président de la WPA, Pedro Ruiz (USA). Toutefois le Symposium initialement prévu n'aura pas lieu faute d'auteurs en date limite.

Beyrouth 28 - 30 octobre 2011

Le Colloque « Guerre finie, guerre infinie », organisé à l'initiative du Président de la Société Libanaise de Psychanalyse, Chawki Azouri, psychiatre membre adhérent ALFAPSY, concrétise une longue collaboration avec ALFAPSY. Ce colloque réserve, en la circonstance, un Atelier spécifique ALFAPSY intitulé : « La guerre des maux n'aura pas lieu » qui posera la question suivante : « ...Vaut-il mieux, contre le symptôme, d'une guerre en finir avec le patient, le « guér(re)ir », tout en lui promettant la fin de l'histoire au risque d'une plainte qui n'en finirait plus ? Ou bien n'en point finir de l'entendre gémir jusqu'à ce qu'il puisse enfin se dire, sans illusion mais en toute énigmatique humanité, avec l'espoir d'une révélation ?

La période particulièrement intense de transformations sociétales que nous observons actuellement explique sans doute que nous enregistrons déjà, pour ce seul Atelier, 7 propositions d'interventions sur 33 demandes de participations internationales ! D'autres participations de ALFAPSY sont possibles d'ici fin 2011, en fonction des agendas. Les informations seront communiquées en temps voulu.

ALFAPSY 2012

7èmes Rencontres Francopsies à Montpellier (France)

La préparation de cette manifestation internationale francophone se poursuit activement sur le thème : « Histoire et Culture en Méditerranée, Avenir de la Psychiatrie ».

Son déroulement sur une semaine, du mercredi 27 juin au mercredi 4 juillet 2012, comprendra tout à la fois des travaux scientifiques et professionnels ainsi que des activités culturelles et touristiques intégrées que nos collègues, qui auront fait de longs déplacements à partir d'une quinzaine de pays, pourront apprécier comme un véritable moment studieux, festif et de vacances à la fois.

L'objectif de ces 7èmes Rencontres Francopsies est de rassembler les acquis des civilisations du berceau méditerranéen comme richesses et sources inépuisables de perspectives d'avenir pour la psychiatrie dans sa dimension tout à la fois scientifique et humaniste.

NB : Pour toutes informations concernant ces manifestations, passées ou à venir, consulter le site www.alfapsy.org ou bien contacter paul.lacaze@wanadoo.fr aux fins d'organisation.

L'AFPEP à l'international

Antoine Besse

Avec les associations françaises membres de la WPA, nous poursuivons notre effort de montrer une unité de la psychiatrie française visible pour nos interlocuteurs étrangers.

Pour cela nous avons maintenu un lien permanent au sein de l'Association des associations françaises membres de la WPA. Ainsi plusieurs grands projets se réalisent cette année 2011. D'autres sont en préparations dont je parlerai quand ils auront l'aval de nos collègues que ce soit au niveau européen où il m'a fallu défendre nos positions à Berlin, à Amsterdam ou au sein de la WPA où notre action d'opposition est active et productive.

Nous ne nous contentons pas de critiquer mais nous construisons des alternatives au sein du réseau international de psychiatrie centrée sur la personne.

L'Assemblée Générale de la WPA

Elle a lieu tous les trois ans au Congrès Mondial de Psychiatrie qui cette année se déroule à Buenos Aires en septembre prochain. L'AFPEP y tiendra sa place très unie avec la SIP et l'AFP. Pour cela nous avons nommé les candidats aux élections aux postes de président et membres du bureau ensemble. Nos votes seront ainsi plus déterminants.

En France

Le colloque de Cerisy la Salle sur l'« Empathie » se tient du 18 au 25 juin

Il est l'occasion de réunir dans un lieu agréable des collègues psychiatres privés et publics avec des invités de plusieurs pays parfois d'autres disciplines et très pertinents sur le thème de l'empathie.

Définie comme la capacité à 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, de la psychologie cognitive et de la psychanalyse.

La Bataille des classifications (suite)

Nous restons mobilisés concernant la révision de la CIM 10 sachant que celle-ci ne peut aller au-delà d'un toilettage de surface, inscrit dans la mouvance du DSM, (voir dans le précédent article du BIPP). Actuellement, en France, sur le chapitre des troubles sexuels, le CCOMS n'avance pas, faute de consensus entre les psychiatres et les associations d'usagers (trans-genre).

La réunion constitutive du Manifeste contre la pensée unique DSM

Plusieurs réunions ont permis de rédiger ce Manifeste. J'étais invité à chacune d'elles par son initiateur le psychanalyste Patrick Landman à y présenter le DIP (Diagnostic Intégré centré sur la Personne, « Person-centered Integrative Diagnosis » PID) comme une des alternatives au DSM.

J'ai rappelé le travail accompli depuis 2001 à la conférence de Londres où a été présenté la CFTEMA, autour de Juan Mezzich. Il s'agissait de l'élargir aux adultes. Celui-ci était présent aux Etats Généraux de la

Psychiatrie de Montpellier 2003.

Comme je l'ai développé dans plusieurs articles (dernière Revue de l'Information psychiatrique et Bulletin des Psychiatres Privés BIPP 58), le P.I.D. s'est développé dans la WPA de 2005 à 2008 que Mezzich présidait et qui a invité Michel Botbol et moi à y travailler avec la section des classifications de la WPA. Et celle de psychanalyse en psychiatrie. Il a rejoint un "mouvement" qu'il a su animer avec le "recovery", les tenants de la psychiatrie clinique plutôt que "technologique" proche de l'EBM et des exigences méthodologiques désubjectivantes.

Le diagnostic de la psychiatrie de la personne inclus par le "dialogue" la personne du malade, du psychiatre et de l'entourage (familial...). Ainsi, rejoignons-nous Canguilhem "l'anormal ne peut être apprécié que dans une relation". L'importance du récit (identité narrative), de la santé positive (face au négatif de la pathologie), appréciant les potentialités d'insertion professionnelle mettant l'accent sur le changement à venir dans une approche dynamique et concrète déplaçant la psychiatrie de la maladie vers la personne. Le manifeste est disponible en ligne, vous pouvez le lire et le signer.

Site <http://initiative-arago.org>.

A l'International

Genève : Réseau INPCM et INPCM

Comme chaque année depuis 4 ans s'est tenu les 2, 3 et 4 mai 2011, à l'hôpital universitaire de Genève, la 4ème Conférence de la médecine centrée sur la personne sous la présidence de Juan Mezzich.

Après le Réseau International de la Psychiatrie centrée sur la Personne (INPCP), il préside le Réseau international pour la médecine de la personne qui organise la 4ème Conférence. Elle réunit en plus de 21 associations, l'association mondiale de médecins de famille (WONCA) représentée par son président Chris Van Weel, l'association médicale mondiale (WMA) par son ancien président Joan Snaedal, soutenue par plusieurs branches de l'OMS et rejoint par les associations d'usagers EUFAMI et IAPO. www.personcenteredmedicine.org.

La Revue : International Journal of Person centered Medicine

L'événement de cette année dans le travail de promouvoir et de développer cette alternative au DSM et à la CIM10 a été la création et la naissance de la Revue internationale de médecine centrée sur la personne, « International Journal of Person centered Medicine » dont la sortie chez University of Buckingham Press cette année est un événement.

Cette revue aura un bon impact factor. Elle est destinée à promouvoir les travaux concernant le PID et l'INPCM. Avec Michel Botbol, Simon Daniel Kipman et moi nous y intégrons l'Editorial board.

Le sommaire est consultable sur le site : www.ijpcm.org. Au cours des cinq journées, les échanges entre les praticiens, les universitaires, les chercheurs, les représentants des malades, des familles, venus des quatre coins de la planète furent passionnants.

La télépsychiatrie en question

Eric Samama - Dominique Texier

Madame Bachelot a annoncé par un décret en octobre 2010, la mise en place de la télémédecine.

Le jeudi 31 mars, plus d'un millier de professionnels de la santé étaient réunis à Paris, au ministère de la santé et en vidéoconférence avec plusieurs grandes villes de Province, sous le haut patronage du ministre Xavier Bertrand, pour la journée internationale de la télémedecine, journée portée par le leitmotiv « Pour une meilleure efficacité de la chaîne des soins, unissons nos compétences et nos actions ». La télésanté consiste, selon la mission parlementaire en « l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales ».

La télémedecine (ou consultation par webcam) est un des rouages de la restructuration du système de soins répondant aux difficultés actuelles : pénurie du personnel médical, demande exponentielle, augmentation des maladies chroniques, problèmes sociaux et vieillissement de la population. Elle se présente comme une médecine innovante, adaptée à la situation de crise, et s'appuie sur l'expérience de pays étrangers, Portugal, Canada et Etats Unis. Son usage est facilité par la démocratisation d'Internet et l'accessibilité depuis déjà plusieurs années à divers sites proposant un auto diagnostic et une orientation thérapeutique.

Des expériences de télésanté ont déjà été menées dans le secteur de la psychiatrie notamment infantojuvénile. (Dans les faits depuis 2006, des téléconsultations pédopsychiatriques sont mises en place, en raison de l'éloignement et de l'isolement de certaines populations insulaires. De même, dans quelques maisons de retraite, en raison d'un taux évalué à 50% d'état dépressifs majeurs chez les personnes âgées accueillies, la téléconsultation est apparue comme une solution permettant la prescription d'un traitement chimiothérapeutique à distance).

L'argument de l'efficacité de cette pratique télévisuelle est simple : l'image et le son suffisent à réaliser un entretien dans les conditions d'usage. La rapidité d'intervention et la disponibilité du médecin spécialiste connecté est une valeur ajoutée au service proposé.

Face aux difficultés actuelles du système de soins dans ses modalités classiques, peut-on envisager que la télémedecine aussi séduisante soit-elle en constitue une réponse ?

Dans cette logique, le soin apparaît comme un produit pris dans le circuit de la consommation, des flux comptables et gestionnaires, soumis aux seuls critères d'évaluation de son efficacité et de sa rentabilité. Ainsi, le symptôme du patient n'est plus perçu comme une plainte ou une souffrance avec une adresse mais comme un trouble qu'il conviendrait de réduire. Le principe sur lequel se fonde la télémedecine repose sur l'idée d'une adéquation entre un trouble, objectivé par les grilles et les échelles diagnostiques et la réponse thérapeutique univoque et randomisée. Si la télémedecine, réduisant le patient à une image sonore, instrumentalise le corps et le limite à un ensemble d'organes et de fonctions, quelle place peut encore avoir l'espace psychique, quand le sujet est réduit à un objet d'observation, le regard clinique à une objectivation ? Cette nouvelle modalité de soin réduit la parole à la communication sans prendre en compte que le verbe s'est fait chair. La télémedecine s'inscrit dans la logique de la prétention du savoir scientifique qui pourrait répondre de tout. La relation médecin/malade fondamentalement asymétrique en est annulée, limitée à un pur échange de service. Le corps disparaît au profit de l'image dans notre culture virtuelle contemporaine. Sans référence ni présence tierce, le sujet est réduit à une individualité isolée. La symétrisation de la relation, c'est-à-dire l'absence d'un tiers, a un coût : celui de la culpabilisation du patient, tenu pour responsable de son corps et de ses dysfonctionnements, et en retour, celui de son droit à être réparé.

La télémedecine s'accorde avec l'engouement actuel pour le virtuel et l'omniprésence de l'image, et se soumet aux injonctions sociales d'une réponse immédiate et interactive. La relation traditionnelle médecin/malade est une rencontre, où le thérapeute offre sa présence qui l'engage. Elle est une alliance singulière mais néanmoins inscrite dans le champ social. La consultation télévisuelle à cause de l'interface de la toile, ne risque-t-elle pas de provoquer un isolement du sujet et le couper du lien social ? Pour tout sujet de tout âge, la consultation est un espace intime, qui confirme son humanité et respecte sa pudeur. Malgré la maîtrise de la technologie, peut-on vraiment garantir au patient la confidentialité d'un entretien télévisuel ? Au-delà des dérives paranoïaques de certains, Internet reste dans l'imaginaire de chacun, un espace public.

Le psychiatre comme le médecin doit conserver un espace privé de confidentialité, seule garantie de la relation thérapeutique. La télé médecine s'inscrit et confirme la tendance contemporaine à fonder de nouvelles modalités du lien social. Sans présence physique contenante, n'y a-t-il pas un risque de déchaînement de la violence dans l'espace privé et/ou social ?

Psychiatre-psychanalyste, une illusion sans avenir?

J.-Jacques Bonamour du Tartre

La conception du métier de psychiatre paraît chaque jour un peu plus clivée entre les tenants traditionnels d'une pratique privilégiant la psychothérapie du psychiatre, largement inspirée de la psychanalyse, et les modernes apôtres de la remédicalisation radicale de la spécialité.

Les pouvoirs publics ont depuis longtemps opté pour la seconde option, en réduisant à la fois le nombre de psychiatres formés et l'accès direct à leurs prestations, et en indiquant le positionnement médico-expertal comme le bon choix pour l'avenir, comme celui que privilégie toute spécialité technique.

Mais la plupart des psychiatres formés dans les années 70-80 se sont investis dans un positionnement très inspiré par une expérience personnelle et une formation psychanalytiques, qui ont tellement marqué leur pratique que, dans leur discours, psychiatre et psychanalyste ont pris valeur de synonymes, traduisant d'une certaine manière le mythe fondateur de cette génération.

Est-il de l'ordre de l'illusion ? Sans doute en partie, car elle participe d'une certaine approximation, négligeant quelques différences fondamentales dans les projets respectifs du psychiatre et du psychanalyste et dans leur financement, ce que les purs analystes dénoncent parfois...

Mais illusion sans doute féconde et porteuse, tant sur le plan intellectuel que sur le plan économique : pour le premier, elle a permis au psychiatre de ne pas se cantonner au champ du manifeste et du signe, car l'expérience psychanalytique introduit deux effets considérables qui sont la sensibilisation au discours latent et la prise en compte de la dynamique transférentielle dans la clinique. Pour le second, penser en termes d'économie psychique a également des effets en termes d'économie énergétique et financière, en tant que cela aide à ne pas engager des soins fatalement inopérants.

Elle a sans doute et avant tout permis à de nombreux patients d'accéder au travail d'élaboration et de bénéficier d'une qualité d'écoute dont la plupart se sont saisis avec bénéfice : s'est ainsi construite une large possibilité de se dégager de la seule prise en compte instantanée du symptôme et de la plainte, pour resituer au plus tôt le patient dans sa parole à naître.

Déjouer le manifeste, cet impératif quasi ontogénétique du soin au psychisme a-t-il encore droit de citer ? On peut en douter fortement, quand on voit la prolifération intempestive de l'outillage « scientifique » de la psychiatrie dite moderne : la fétichisation des échelles d'évaluation y apparaît comme le symptôme de la vaine espérance d'échapper à la complexité et l'opacité même de notre propre parole, et à la temporalité psychique de chacun.

Quelles conséquences à tout cela ? On pourrait se dire qu'au fond, il sera plus clair demain que les psychiatres redeviennent des médecins comme les autres, diagnosticiens et prescripteurs ne s'engageant pas au-delà, tandis que la charge de l'approfondissement de la relation reviendra au corps en formation des psychothérapeutes (non médecins et non remboursés, de préférence) ou aux psychanalystes exclusifs.

Mais outre son peu de pertinence thérapeutique, cette apparente simplification aurait sans doute un prix bien lourd, celui d'enfermer la pensée psychiatrique dans le ghetto des signes immédiats, traqués par les échelles

d'évaluation et traités par les « bonnes pratiques » codifiées, à mille lieues de l'indispensable mise en doute et en perspective qu'opère inévitablement la moindre position psychanalytique. Le psychiatre, comme le psychanalyste, a besoin du temps nécessaire à ne pas se laisser enfermer dans le registre du symptôme à réduire ou de la maladie à traiter, pour accéder à celui de la recherche d'elle-même de cette personne, au travers de ses productions.

Tout est langage et pas seulement signe, et ne pas l'entendre expose à un risque élevé de « faux positifs », c'est-à-dire de malades psychiatriques entièrement fabriqués, car pressés ou empressés à un moment de leur existence d'épouser une pathologie qui se referme ensuite comme un piège sur leur parole propre. Et au-delà, se pose la question du coût sanitaire et social de telles pratiques, comme la propension actuelle à embarquer dans le diagnostic et la carrière de « bipolaire » des patients (et surtout des patientes), l'hystérie moderne ayant peut-être trouvé sa (re)conversion dans ce domaine !

On ne peut donc que déplorer la surdité de nos décideurs et de certains de nos collègues qui, sous la bannière de la science et de l'économie réunies, semblent prêts à cautionner une régression et même une négation de la connaissance de la complexité de la pensée et de la communication humaines.

Demain, enfin débarrassés de l'inconscient, et promis à une stérilisation de la pensée, en serons-nous rendus à une psychiatrie réduite à une langue des signes s'accommodant sans peine de la télé médecine ?

On pourrait tout autant déplorer le refus de nombreux psychiatres-psychanalystes d'endosser cette identité de psychiatre et de laisser le patient en jouer, de recevoir une demande médicamenteuse de leurs patients, ou encore de considérer le médicament en tant qu'un objet psychique parmi d'autres, plus ou moins signifiant et investi.

Il nous apparaît que ce désaveu d'un registre de communication entre le patient et son psychiatre n'a pas fait que du bien à notre discipline, en tant qu'il a pu entretenir un certain purisme idéalisant, avec ses effets d'appauvrissement et de clivage.

Le psychiatre-psychanalyste est probablement en voie d'extinction, et peut-être paie t-il aujourd'hui cette bâtarde qui fait qu'il n'est ni un médecin, ni un psychanalyste comme les autres ; on ne voit pas en tout cas que le psychiatre expert pressé de demain ait jamais l'occasion de laisser à ses patients le temps de lui apprendre son métier.

Pardon, ai-je bien entendu soins sans consentement ?

William Markson

Le citoyen est en droit d'attendre des gouvernants, sinon l'utopie, au moins un certain soin accordé au discours, ce qui est l'essentiel de ce qu'ils produisent. De même, on attendra des psychiatres le pointage des éventuels propos qui n'auraient pas été léchés par la langue de bois. Or, en jouant les apprentis sorciers du signifiant, nos fonctionnaires de la Santé ont réussi à fabriquer, sans doute à leur insu, un oxymoron explosif, les soins sans consentement.

En 1838 il y avait le placement volontaire, douce antiphrase permettant d'hospitaliser quelqu'un contre son gré, dans des conditions empêchant l'internement arbitraire, afin de le soigner. Comme il se doit dans un texte de loi, le signifié était clair, du moins pour le législateur et le psychiatre, sinon pour l'intéressé. De plus, ce texte avait pour référent concret la construction d'hôpitaux pour soigner les personnes placées. La Loi de 38 eut une longévité remarquable. En 1990, l'appellation fut remplacée par celle d'hospitalisation sur demande d'un tiers, ce qui aplatit la figure de rhétorique en promouvant ce tiers, qui était déjà essentiel au dispositif. Le placement d'office (intervention du tiers état pour ainsi dire) devint hospitalisation d'office.

Ensuite, les conditions de l'hospitalisation se dégradent, les lits manquent, les psychiatres aussi. Au lieu de s'attaquer aux causes de ce problème bien réel, ce qui risque d'être fastidieux et peu gratifiant, nos gouvernants ont une idée simple : passer dans le monde virtuel et substituer soins à hospitalisation. Les deux formes d'internement étant condensées, cela donne soins sans consentement.

Le « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge », dans lequel on s'aperçoit qu'il ne s'agit que de soins faisant suite à un internement, comme s'il n'y en avait pas d'autres,

Pardon, ai-je bien entendu soins sans consentement ? instaure un véritable régime de soins sans consentement. Qu'est-ce que cela signifie ? Jusqu'à présent, on peut contraindre quelqu'un à être hospitalisé si c'est nécessaire pour être correctement soigné. Si les soins lui sont bénéfiques, son consentement sera acquis. Dans ce nouveau régime conçu pour durer, au contraire, les soins seront imposés à quelqu'un qui par définition « n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux » ce qui implique un rapport d'opposition voire de négation de la position subjective du patient. Ce régime répressif n'est rien de moins que l'annulation de tous les progrès faits en psychiatrie depuis Pinel.

À chacun d'interroger sa propre expérience clinique. Si le malade est en pleine bouffée délirante il n'est certes pas à même de consentir formellement, mais il acceptera le traitement donné avec soin. On peut s'appuyer sur l'ambivalence du schizophrène ou la sympathie du maniaque pour les soigner. Mais le psychiatre n'est pas tout-puissant. Dans le cas du malade qui a fait la preuve de sa dangerosité et qui refuse violemment tout traitement, on peut être réduit à le maintenir hors d'état de nuire sans pouvoir vraiment le soigner. Ce type de cas qui relève du fait divers ne doit pas servir de modèle pour la généralisation de soins sans consentement, ce qui ne serait qu'un simulacre de soins fait pour cacher une volonté répressive.

Lors de l'examen du projet de loi par le Sénat, Mme Muguet Dini a voulu supprimer cette terminologie, mais elle fut malheureusement désavouée dans un revirement de sa commission. Notre confrère Jean- Louis Lorrain, qui l'a remplacée comme rapporteur, n'a pas caché que cette expression le faisait bondir. Nombre de parlementaires de gauche et du centre ont été sensibilisés au message sécuritaire de la loi, grâce aux interventions du Groupe des 39, sans lesquelles la loi serait passée comme une lettre à la poste.

Dans un souci de clarté legaliste, ou pour appeler un chat un chat, je propose de remplacer soins sans consentement par soins psychiatriques sous contrôle administratif et judiciaire. Cela fera un tabac dans la presse. Plus personne ne voudra être soigné par un psychiatre, ce qui fera des économies à la Sécurité sociale. Les déviants de tout poil seront sommés, non pas de se soigner, mais de se faire soigner. Opération de communication sans frais pour le gouvernement, dont le public saisira mieux les orientations. Beaucoup moins cher que de multiplier les radars cachés pour retirer le permis au maximum de citoyens, lesquels pourront toujours provoquer des accidents, sécurisés de savoir qu'ils n'ont plus rien à perdre.

Ou bien, à jouer du signifiant, le gouvernement pourrait se lancer dans le surréalisme et inventer, à l'instar de Raymond Queneau, Cent mille milliards de politiques de santé.

Sinon, il ferait bien de réécrire le projet de loi, cette fois-ci avec l'aide d'un psychiatre.

Les rencontres entre internes et praticiens privés

Françoise Labes

A l'issue de cette première année de rencontres associant internes, jeunes professionnels et praticiens ayant une longue expérience de la pratique privée, notre collègue Ilan Attyasse, coordinateur national de l'AFFEP nous adresse son témoignage. Sans ambition de formation cette expérience répond à un désir d'inter

formation et de transmission du métier, en écho aux Journées de Dinan.

« Les rencontres entre internes et praticiens privés, organisées pour cette première année scellant le partenariat entre AFFEP et AFPEP, ont été pour moi d'un intérêt croissant, me permettant de constater que les préoccupations des internes se retrouvaient dans des questionnements de praticiens plus chevronnés. Mesurant la différence de pratique entre privé et hospitalier, j'ai pu constater que l'on se spécialise de plus en plus au cours de son exercice, alors que l'internat confronte à un changement semestriel qui ne permet pas forcément d'obtenir une vision globale des soignés. J'ai trouvé que ces discussions étaient égalitaires, ma voix étant écoutée avec autant d'intérêt que celle des confrères aînés, permettant un moment de synthèse sur mes propres agissements en psychiatrie. Ces soirées, dont une relance efficace des internes qui souhaiteraient y participer permettra de renouveler et pérenniser une audience intimiste, sont le plaisir, je pense partagé, d'effervescence intellectuelle dont le mandat à renouveler l'année prochaine autorisera une inscription dans la durée d'une initiative audacieuse ».

Ilan Attyasse

Poursuite du séminaire clinique à l'intention des praticiens d'Ile de France

Proposition élaborée par Françoise Labes et Jean-Jacques Bonamour

La question de la formation et de la transmission est au centre du métier et du parcours du psychiatre, et rejoint directement celle de la réflexion clinique, qui jalonne toute notre carrière, et chacun sait l'intérêt de l'exposé d'une situation clinique, discuté dans un climat de respect des pratiques, des personnes, de neutralité et de confidentialité.

L'expérience de ce séminaire durant l'année 2010-2011 a confirmé l'intérêt du principe de l'exposé clinique, introduisant à un temps de discussion et d'élaboration, la participation de praticiens d'ancienneté et de formation diverses étant un atout pour la richesse de la réflexion.

Il ne s'agit pas de suivre la voie des groupes de contrôle, mais d'ouvrir une libre parole sur la complexité de l'exercice clinique du psychiatre, qui nous invite à manier aussi bien le médicament, l'acte ou la décision psychiatrique que la prise en compte du transfert, que ce soit en cabinet, à l'hôpital ou ailleurs.

Ainsi peuvent être entendus les orientations et questionnements des jeunes praticiens qui n'ont pas forcément arrêté leur futur mode d'exercice, tout autant que les retours critiques sur leur expérience des praticiens plus anciens dans le métier, à la rencontre de la diversité et de la fécondité d'une position de psychiatre, qui reste toujours à réinventer.

Le séminaire reprendra donc après l'été, au travers d'un appel à participation des adhérents de l'AFPEPSNPP par voie de courrier, de même pour les adhérents de l'AFFEP et/ou de UTOPSY, après accord formel des instances organisationnelles concernées.

Ce séminaire mensuel restera ouvert à tous les praticiens d'Ile de France d'exercice privé ou public, et se tiendra le soir à 21h au local de l'AFPEP-SNPP, 141 rue de Charenton à Paris 12ème.

Pour tout complément d'information, on peut joindre Françoise Labes au 06 89 88 32 49 ou Jean-Jacques Bonamour au 01 47 83 23 17.

