

Sommaire du BIPP n° 60 - Décembre 2011

Editorial Michel Marchand

Guide pratique de la nouvelle convention Michel Marchand

Question des dépassements Michel Marchand

Plan de santé mentale Michel Marchand

Psychiatre libéral dans la cité Jacqueline Légaut

L'essentiel sur le DMP Patrice Charbit

Loi du 5 juillet Elie Winter

Il était une loi : Suite et fin d'un (dé)compte de (mé)faits... Marie Elisabeth Fischer

Enquête U et Permanence des soins Thierry Delcourt

Groupe de réflexion : formation à la psychothérapie ? Françoise Labes

Hommage à Émile Rogé Hervé Bokobza

Hommage à Émile Rogé R.M. Palem

JN Amiens - Conclusions Michel Marchand

Francopsies RFP7 Montpellier 2012 Paul Lacaze

Séminaire de Printemps 2012 à Montpellier

Conclusion Colloque de Cerisy Jean-Jacques Laboutière

A propos de la CIM 10 William Markson

WPA Antoine Besse

Colloque FFP - AFFEP

Journées Nationales 2012 - Bordeaux

Editorial

Michel Marchand

La nouvelle convention : un accord à deux faces

Dans notre newsletter de septembre je vous indiquais les résultats obtenus pour les psychiatres lors de l'accord intervenu le 21 juillet (voir le guide pratique ci-dessous).

N'en déplaie au syndicat concurrent, le SNPP a oeuvré activement de façon multipolaire, au niveau des différentes centrales et directement à la table des négociations à l'UNCAM, et non sans résultat : c'est bien en défendant la spécificité de notre discipline et l'unité indissociable de notre acte de consultation que la voix des psychiatres a enfin été entendue, contrairement aux deux dernières éditions de la dite convention.

Aujourd'hui les discussions se poursuivent pour en arrêter les modalités d'application, elles-mêmes soumises à l'avis de la HAS avant d'être mises en place en mars prochain. Devons-nous nous réjouir de cet accord conventionnel ?

* Oui si l'on s'en tient à la reconnaissance de notre acte unique et à la revalorisation (très modérée) du CNPsy - alors qu'aucune autre spécialité n'a obtenu une augmentation - et à quelques majorations (indiquées plus loin) qui restent accessoires dans notre pratique quotidienne.

* Oui aussi du fait de l'engagement maintenu par l'Assurance Maladie de financer les 2/3 de l'allocation supplémentaire vieillesse, mais nous savons que nos cotisations vont croître obligatoirement en même temps que va décroître la valeur du point.

* Non devant le constat d'un accès spécifique toujours restreint aux patients âgés de moins de 26 ans, limite inscrite malheureusement depuis la convention de 2005, l'arbitraire rivalisant avec l'absurde du point de vue clinique.

* Non si l'on considère la philosophie générale de cette convention qui met en exergue la rémunération à la performance, dénoncée à juste titre par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, à l'inverse des centrales signataires de ce texte.

Nous ne pouvons que nous opposer à ce CAPI généralisé qui invite les médecins à mieux se rémunérer en privilégiant les critères comptables et administratifs de l'Assurance Maladie au détriment de l'intérêt premier porté aux patients. Se profile par là même le danger de perdre le lien de confiance indispensable au soin.

Il est utile de souligner que c'est ce même processus qui est à l'oeuvre dans la loi du 5 juillet 2011, contre laquelle la majeure partie de la communauté psychiatrique s'est dressée : avec cette fois la primauté des prérogatives administratives et judiciaires au mépris des conditions du soin et de la confiance conférée aux psychiatres par les patients.

Si nous n'y prenons constamment garde, notre fonction soignante va se restreindre sous les coups de boutoir d'impératifs dictés par d'autres et il nous appartient, par notre action syndicale et notre réflexion et élaboration scientifique, de promouvoir la conception humaniste de la psychiatrie, dans le droit fil de ce qu'a toujours défendu l'AFPEP-SNPP.

C'est dans cette perspective que nous participons activement au Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie, réunion de la plupart des syndicats pour faire valoir les fondamentaux de notre métier. De même, sur le versant scientifique, nos représentants oeuvrent à la Fédération Française de Psychiatrie pour édifier le Conseil National Professionnel de la Psychiatrie, chargé de valider les orientations et la formation permanente de la profession.

Pour mener à bien cette tâche et préparer notre avenir il nous faut être tous sur le pont et garder le cap. Aidez-nous par votre adhésion.

Guide pratique de la nouvelle convention

Michel Marchand

Les changements pour les psychiatres en mars 2012 :

- le CNPsy revalorisé de 34,30 à 37€, les majorations MPC (2,70€) et MCS (4€) étant inchangées, portant la consultation à 43,70€ en secteur 1.

- introduction d'une majoration supplémentaire de 10€ pour les pédopsychiatres et les psychiatres :

- * pour la consultation annuelle de synthèse familiale avec les parents et d'éventuels autres intervenants (MAF) élargie à tous les enfants (c'est-à-dire qu'elle n'est plus indexée à la pathologie, ce que nous revendiquions, alors qu'au départ cette majoration était limitée aux enfants relevant d'une ALD),

- * pour la première consultation familiale avec l'enfant et les parents (MPF),

Ce qui porte ces deux consultations à 53,70€.

- introduction d'une consultation à 1,5 CNPsy pour une consultation dans les deux jours ouvrables à la demande du médecin traitant (ce qui ne règle en rien la question du suivi et de la disponibilité du psychiatre pour assurer celui-ci), soit 55,50€, portant la consultation à 62,20€ en secteur 1 (intégrant MPC et MCS).

Ce qui ne change pas :

- le maintien d'un acte de consultant à 2,5 C pour un avis ponctuel sans suivi dans les 6 mois précédents et suivants (ce qui correspond à 0,3 % des consultations) soit 57,50€, et 64,20€ en secteur 1 (intégrant MPC et MCS).

- l'accès spécifique direct toujours limité aux patients âgés de moins de 26 ans.

Les dépassements : les instigateurs deviennent les dénonciateurs

Michel Marchand

Les médecins sont montrés d'un doigt accusateur par le ministère de la santé par un communiqué sur les chiffres inquiétants de dépassements des tarifs de consultation. En indiquant une moyenne annuelle de 18800€ pour les psychiatres, à un niveau d'ailleurs très en deçà des autres spécialités.

Nous ne pouvons que dénoncer des pratiques éhontées d'une petite minorité de spécialistes, qui font un tort considérable à l'ensemble de la profession. Mais quelle hypocrisie de la part des pouvoirs publics de reprocher aux médecins un système qu'eux-mêmes ont institué, en créant le secteur 2 d'abord, puis en mettant en place le dépassement autorisé pour le secteur 1 ensuite, DA avalisé par la précédente convention en 2005 !

C'est en effet pour éviter de revaloriser la consultation remboursable par l'Assurance Maladie que le gouvernement d'alors avait encouragé en 1980, par la création du secteur 2, la possibilité d'augmenter le revenu médical en faisant financer cette augmentation par l'assurance privée et par les assurés.

Et cette même logique a conduit en 2004 le ministre de la santé - à nouveau aujourd'hui dans la même fonction - à autoriser le DA pour le secteur 1, hors parcours de soin, c'est-à-dire avec un moindre remboursement !

Il faut savoir que ce dernier dispositif est très peu utilisé par les psychiatres (moins de 0,5% des consultations).

Dans notre discipline, les dépassements concernent pour l'essentiel le secteur 2 avec un effet mécanique obligatoire pour compenser l'absence de cotation MPC et MCS ainsi que l'équivalent des cotisations sociales prises en charge par la sécurité sociale pour le secteur 1, et il s'avère que l'écart des revenus entre les deux secteurs est bien moindre que le chiffre annoncé.

La seule solution pour éviter les dépassements est bel et bien de revaloriser plus substantiellement le CNPsy que dans l'actuel accord conventionnel.

Plan psychiatrie mentale

Michel Marchand

Un nouveau plan psychiatrie santé mentale nous a été annoncé il y a de nombreux mois, lors du débat sur la loi tant contestée du 5 juillet.

Tirant enseignement du précédent plan 2005/2008, dont l'évaluation n'est toujours pas finalisée, la direction Générale de la Santé propose de le limiter à des orientations dites stratégiques, avec une déclinaison opérationnelle dans le cadre des ARS, sur 4 axes : garantir le soin accessible et proche, garantir le parcours de vie des patients, réduire les inégalités, faire progresser la recherche et assurer une formation adaptée.

Tout cela en quelques semaines avec des groupes de travail installés seulement fin novembre.

Nous sommes loin de la concertation demandée depuis des années par la profession pour établir une véritable loi sur la psychiatrie et sa fonction soignante.

L'AFPEP-SNPP apportera néanmoins sa contribution en veillant tout particulièrement à ce que soient assurées les conditions requises pour les soins en psychiatrie.

Psychiatre libéral dans la cité

Jacqueline Légaut

Je souhaite témoigner de la possibilité, en tant que psychiatre libérale, travaillant exclusivement en cabinet, de pouvoir nouer des relations de travail avec de tout autres champs dans la cité, et cela avec des conséquences non négligeables quant à la possibilité de penser notre travail de praticien libéral. Mon propos vise à expliciter cette démarche, à la rendre plus lisible, et à susciter des échos chez les collègues qui de diverses autres façons s'y sont essayé, ou voudraient s'y essayer. Notre pratique libérale nous laisse encore beaucoup de liberté à la fois de pensée, de mouvement, d'organisation, et peut véritablement permettre d'impulser localement dans une région une dynamique intéressante.

Nous pouvons aisément libérer du temps pour participer aux réunions qui nous intéressent, bénévolement bien sûr, mais cette liberté n'a pas de prix, et je goûte fort l'agrément de n'avoir pas de permission à demander à qui que ce soit pour décider d'être présente à une réunion, sans compter que du même coup devient très sensible cette exigence que ces réunions « servent à quelque chose ».

Je pense qu'il y a là matière à réinventer notre métier de façon extrêmement stimulante, peut être discutable parfois, mais alors discutons en, c'est ce à quoi vous invite ce texte.

Un bref rappel historique

Tout est parti des Etats généraux de la Psychiatrie qui ont eu lieu en 2003 à Montpellier, à la suite desquels, et dans le fil de cette prise de conscience collective du danger qui pèse sur la possibilité même du soin en psychiatrie, quelques collègues se sont rassemblés en décembre 2005 en association loi 1901 appelée « Collège de psychiatrie grenoblois ».

Dans ce collectif se retrouvent les acteurs professionnels du champ de la psychiatrie, public et privé, psychologues, éducateurs, travailleurs sociaux, infirmiers, psychiatres, quelles que soient les associations ou cercles de formation d'où ils proviennent, en cours de formation ou déjà professionnels à part entière, tous acteurs décidés à ne pas se contenter de constater les raisons d'être inquiets ou découragés, mais bien décidés à inventer des modalités d'oeuvrer ensemble.

Ce collectif rassemble entre 70 et 80 participants, actifs à des titres divers, par des groupes de travail, notamment avec des internes, des soirées ou journées thématiques, des voyages d'étude chaque année, des projets, etc. Nous sommes entièrement autofinancés, ne recevons aucune subvention de qui que ce soit, et cela grâce à la modique cotisation annuelle de 30 euros par an par personne.

Dès la constitution de ce collège de psychiatrie grenoblois, nous avons pris contact avec la municipalité de Grenoble, afin de leur faire part de notre inquiétude, leur expliquer la situation qui nous préoccupait, et leur exprimer notre souhait de travailler avec eux, sans trop savoir comment d'ailleurs à ce moment là, mais avec la certitude qu'il était grand temps d'ouvrir notre espace à ce qui se passe dans la cité, persuadés que la place de la psychiatrie dans la cité est d'abord un choix politique de société, de même que notre pratique de soignant engage forcément cette dimension citoyenne, je m'en expliquerai à plusieurs reprises dans cet exposé, en montrant notamment comment cet engagement dans la cité influe sur notre pratique au quotidien, et inversement comment notre pratique nous amène à influencer sur la façon de penser le « vivre ensemble » dans cette même cité.

Il se trouve qu'au moment même où nous l'interpellions, la municipalité effectuait précisément à ce moment là, par le biais du Service municipal de promotion de la santé, une enquête auprès des quartiers défavorisés afin de faire un état des lieux en matière d'accès aux soins en psychiatrie, ainsi qu'une évaluation des besoins quartier par quartier.

Il s'en est suivi la mise en place d'« ateliers santéville » dans trois quartiers dits défavorisés. C'est ainsi que j'ai pu participer dès sa création à l'« atelier santé ville » du quartier Abbaye-Teisseire qui est aussi le quartier où je réside.

Avant d'expliciter davantage ce qui se fait dans ces ateliers, je voudrais souligner combien non seulement la Ville de Grenoble nous a réservé immédiatement un accueil extrêmement favorable, mais en outre a toujours laissé ouverte la possibilité d'initiatives, d'invention, en les accompagnant avec beaucoup d'intérêt et de constance. C'est ainsi que peu à peu je suis sortie du huis-clos du cabinet ou des réunions entre pairs, pour participer à un certain nombre de manifestations dont je veux tenter de rendre compte, non seulement d'un point de vue informatif, mais aussi surtout pour montrer comment cette ouverture dans la cité, loin d'être aux antipodes d'une pratique en cabinet libéral, vient bien au contraire la nourrir, l'inscrire dans une dimension citoyenne, et amène à la repenser sous des angles insoupçonnés pour moi auparavant.

L'atelier santé-ville de l'Abbaye

Tout d'abord j'ai commencé à participer à l'atelier « santé-ville » du quartier Abbaye-Teisseire, et ceci à raison d'une réunion tous les mois depuis 5 ans, atelier qui rassemble les différents intervenants confrontés à un moment ou un autre à la question de la maladie psychiatrique de personnes qu'ils sont amenés à rencontrer dans l'exercice de leur profession. Participent à ces réunions des travailleurs sociaux, des bailleurs de logement sociaux, des représentants de la police, de la justice, de l'éducation nationale (infirmière scolaire), des psychologues, un directeur de centre social, des responsables de centre d'hébergement, une pédopsychiatre du CMP, une généraliste d'un centre de santé, un cadre de santé du CMP, moi-même en tant que psychiatre libérale exerçant sur ce quartier...

Outre la possibilité d'apprendre à se connaître, à se parler, à prendre la mesure des contraintes professionnelles des uns et des autres, c'est l'occasion de découvrir à quel point nous ignorons tout de ce qu'implique l'exercice des uns et des autres sur le terrain. Cette ignorance est largement porteuse d'a priori de tous ordres, qui en général n'ont pour seul effet que de se convaincre de l'incapacité professionnelle d'autrui, afin de justifier que l'on s'abstienne de tout contact avec...

Cet atelier est aussi peu à peu devenu un lieu de réflexion à plusieurs voix à partir de situations complexes, anonymes, situations apparemment insolubles, où nous avons pu découvrir comment cette réflexion plurielle permettait de les appréhender sous des angles inédits et imprévus et de renouveler notre façon de les aborder.

Par ailleurs, ces rencontres pluri professionnelles permettent de nouer des relations d'estime et de confiance qui non seulement sont grandement facilitatrices, mais aussi redonnent très concrètement le sentiment d'appartenir à un collectif de personnes tout à fait décidées à ne pas renoncer à faire un travail de qualité dans le contexte de leur quartier, en un mot à ne pas renoncer à leur parole de citoyen actif et concerné par ce qui s'y passe.

C'est dans ce groupe que j'ai pris toute la mesure de ce fait que pour qu'un patient soit en mesure de prendre rendez vous avec un psychiatre en ville, il faut qu'il soit déjà en relativement bon état psychique, et que manifestement bien des personnes qui en auraient besoin sont à mille lieux de l'envisager, pour diverses raisons.

L'empêchement n'est pas du tout nécessairement d'ordre pécuniaire, loin de là, même si évidemment ça n'aide pas. Ces personnes semblent porteuses de l'idée que tout ça c'est bon pour les autres, mais pas pour eux, avec l'idée sous-jacente qu'ils n'en sont pas capables, qu'ils ne sont pas de ce monde-là, qu'ils ne sont pas assez intéressants pour en avoir eu seulement l'idée...

C'est là que le relais que peuvent assurer des travailleurs sociaux prend tout son prix, mais suppose évidemment que ces mêmes travailleurs sociaux sachent à quels professionnels s'adresser, ce qui à les écouter, est loin d'être évident...

Il va de soi, au regard de ce contexte, qu'en restant exclusivement dans son cabinet, on ferme du même coup la porte à cette population qui a besoin de relais et de temps pour pouvoir commencer à envisager d'aller frapper à la porte d'un psychiatre.

Nouer des relations personnelles avec ces travailleurs sociaux aide grandement à faire fonctionner ce relais, notamment parce que le travailleur social peut parler en sachant déjà à qui il va s'adresser pour orienter ce patient, et bien sûr son propos s'en ressent et devient forcément plus convaincant.

La position que l'on adopte vis-à-vis de cette question a forcément une incidence politique qui n'a rien d'anodin : si nous n'allons pas au devant de cette population en souffrance, ce n'est manifestement pas elle qui est en mesure de venir frapper à notre porte, et ceci concerne à l'évidence beaucoup de monde, sans compter la détresse de nombre de travailleurs sociaux, bien placés pour le savoir, et complètement démunis pour y répondre.

Il y a là véritablement une dimension que je n'avais pas du tout perçue de cette façon lorsque je travaillais uniquement en cabinet, lieu où l'on est évidemment tout à fait à l'abri de cette réalité.

Participer les yeux fermés à cette exclusion n'est évidemment pas sans effet sur notre pratique dont l'essentiel consiste justement à questionner les processus d'exclusion...

Groupe de travail préparant les journées SISM

La rencontre avec le service municipal de promotion de la santé m'a permis d'intégrer un autre groupe de travail, qui rassemble différentes associations : l'Unafam, diverses associations de patients avec notamment VIP (voix iséroise de patients en psychiatrie), SOS Amitié, des associations plus spécialisées dans les questions d'addiction, prévention du suicide, etc.

Ce fut là aussi la découverte d'un champ associatif extrêmement riche et varié, fort actif, que je ne connaissais pratiquement pas. Il n'est rien de plus facile que de travailler en cabinet sans avoir la moindre idée de l'existence de tout ce tissu associatif et du travail qu'il assure au quotidien, sans bruit, et sans relâche...

J'ai donc pris place dans ce groupe au titre de représentante du collège de psychiatrie grenoblois, que personne ne connaissait non plus...

Ce groupe de travail se réunit tous les mois, depuis 6 ans, et prépare chaque année lors de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM), une journée consacrée à un thème généralement choisi par l'Unafam, par exemple : « La maladie mentale, comment en parler sans stigmatiser ? » Tout le travail préparatoire de ces journées est l'occasion d'apprendre à écouter et à parler aux acteurs de ce champ associatif, tout particulièrement les familles de malades, et les patients eux-mêmes.

Il est extrêmement intéressant d'entendre des patients qui ne sont pas vos patients, et des familles qui ne sont pas les familles de vos patients, parler de leur expérience de vie avec les professionnels de la santé. Ce n'est pas seulement intéressant, c'est carrément « déménageant » dans tous les sens du mot, car on peut mesurer à quel point, non seulement nos patients et leurs proches ne nous disent sans doute pas le quart du dixième de ce qu'ils pensent, mais en outre nous autres soignants fonctionnons facilement comme si toute cette part de non-dit n'existait pas ; ceci suppose de notre part beaucoup d'idées toutes faites sur ce qu'est un patient, un médecin, une famille de patient, etc.

C'est certainement l'aspect de ce travail dans la cité qui m'a apporté le plus en ce sens que tout cela oblige à repenser sa pratique de fond en comble, non pas tant en termes de théorie, mais en termes de positionnement subjectif, à la fois comme soignant, mais aussi comme citoyen dans une société qui de fait, prend nécessairement parti sur la façon dont elle va faire place, et comment, à ces problèmes de maladie psychique. Force est de constater à quel point notre type de société est hautement pathogène ne serait-ce que par la multiplicité des choix organisationnels, informatiques, économiques dont il ne s'agit pas de nier l'utilité, mais qui trop souvent se font aux détriments de la priorité à donner au soin et de la place nécessaire et indispensable de la parole, sans quoi rien n'est possible ou n'a de sens.

Ces réunions ont été pour moi l'occasion de découvrir l'ampleur de cette difficulté, dont je ne pense pas un instant que nous, soignants, puissions faire l'économie de nous y intéresser et nous y atteler. Je m'en explique.

Si pendant longtemps il était même recommandé aux soignants de se tenir « à distance » de l'entourage des patients, il est bien évident qu'aujourd'hui, alors même que les possibilités d'hospitaliser sont fort réduites, et qu'en outre la plupart du temps les patients, en tout cas ceux qui consultent en ville, ne veulent pas entendre parler d'hospitalisation, nous sommes bien souvent obligés de nous tourner vers l'entourage, quand il y en a un et de voir ce que l'on peut mettre en oeuvre avec lui.

D'autre part, si les soignants ont pu parfois allègrement culpabiliser les familles à coup de théories diverses, on en est aujourd'hui bien revenu (pour l'autisme par exemple), néanmoins ces accusations ont laissé bien des traces, quand elles n'ont pas fait des dégâts irrémédiables.

Il est évidemment impossible d'imaginer nouer une relation un peu sérieuse avec les proches de malades sans revisiter tout cela, non pas pour battre sa coulpe, ce qui serait notoirement insuffisant, mais pour trouver, prendre une autre place dans la relation soignant-soigné.

Nous avons donc devant nous un immense champ à défricher pour apprendre à écouter ce qu'ont à nous dire ceux qui vivent au quotidien avec des personnes en grande difficulté psychique, et cela non pas dans un but démagogique comme je l'entends déjà dire, mais parce que cela fait partie intégrante de la dimension du soin, de sa mise en oeuvre. Cela ouvre un champ de réflexion extrêmement intéressant et fécond.

D'une part il s'agit de renouveler un savoir-faire acquis au cours de nos années d'exercice en ne l'enfermant plus dans une position défensive : « il ne sait pas », « il ne comprend pas », « il ne se rend pas compte », « il ne veut pas savoir », « il refuse inconsciemment que cela change », mais bien au contraire articuler ce savoir-faire à une écoute effective de l'entourage, et ne pas rester enfermé dans un savoir aussi précieux soit il.

D'autre part, changer notre regard sur l'entourage proche du malade, lui donner une autre place, nous amène directement à articuler d'une toute autre façon ce que nous pensons avoir à dire de la nécessaire place à faire à la folie dans une société qui se respecte.

Or, je ne vois pas comment nous pouvons soutenir cette parole de psychiatre sans avoir au préalable renoué avec ce que nous donnent à entendre les associations de patients et de proches de patients, il y va de la légitimité, de la cohérence, de la justesse de notre parole.

Réfléchir à cette question un peu sérieusement ne sera évidemment pas sans conséquence sur notre façon d'envisager la maladie mentale, notre façon de la penser, de l'aborder, d'en transmettre le savoir faire : un programme passionnant.

Reste évidemment à se demander comment il se fait que notre formation, et ce n'est pas un mince paradoxe, nous rende à la fois aussi sourds et défensifs vis-à-vis de la maladie psychique dès lors que ce sont les intéressés eux-mêmes qui s'avisent d'en dire quelque chose...

Le Conseil Local de Santé Mentale

Ce même groupe de travail qui réunit diverses associations a été à l'origine de la création d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), qui a pour vocation de fédérer l'ensemble des forces vives oeuvrant dans le champs de la psychiatrie, qu'il s'agisse du secteur hospitalier, des libéraux, des différentes associations, de la municipalité, du conseil général, etc., ainsi que les différents groupes de travail qui fonctionnent dans le cadre de ce CLSM.

Si ce rassemblement est incontestablement nécessaire, légitime et cohérent, il n'en reste pas moins difficile de le maintenir vivant et actif au regard de sa dimension et de son hétérogénéité : différentes instances s'y emploient, sous l'appellation incontournable de comité technique et comité de pilotage, et bien sûr la

participation de chacun y prend tout son prix dans la mesure où nous souhaitons avant tout que le travail de terrain soit véritablement pris en compte, porté à la connaissance des responsables divers, et vecteur d'une interpellation des élus politiques locaux.

Tout ceci serait très long à décrire, et n'a pas lieu d'être ici, je voudrais surtout insister sur l'impact que cela peut avoir sur une pratique de psychiatre libéral de faire partie d'un conseil local de santé mentale.

Il y a tout d'abord la possibilité d'inscrire sa pratique dans un ensemble de relations, d'instances, de réseaux et cela de façon très concrète et lisible, à travers maintes relations personnelles tissées d'estime et de confiance réciproques : plus que jamais tout ce « tricotage » de liens personnels m'apparaît comme le meilleur antidote à la dépersonnalisation ambiante.

Une autre conséquence très précise tient au fait que participer à ce genre de réseau active un mode de penser très différent de celui que l'on peut avoir seul dans son cabinet, ou dans une association de pairs : en un mot que je redis ici car il exprime bien ce que je veux dire, « ça déménage », et je suis surprise chaque fois de toutes les idées, réactions, propositions que suscitent ces rencontres, idées ou réactions qui ne m'auraient jamais effleurées autrement, et que j'attribue au caractère très fécond, même si parfois bousculant, de ces rassemblements d'acteurs si différents, à des places et des fonctions si hétérogènes...

En un mot, participer à cette entreprise du CLSM en ses différents niveaux, a quelque chose d'extrêmement stimulant, et permet de remédier efficacement à la déprime ambiante, voire à une sorte de caractère parfois « autiste » de la pratique exclusivement en cabinet, loin des bruits de ce monde...

Psychiatrie et précarité

Ce fonctionnement en réseau a permis une initiative intéressante : le CCAS de la Ville a sollicité les psychiatres libéraux, via le Conseil local de santé mentale et le Collège de psychiatrie grenoblois, pour intervenir à titre temporaire dans quatre centres d'accueil de jour consacrés à l'accueil d'une population en grande précarité, et cela en appoint du travail effectué par l'équipe hospitalière momentanément peu « opérationnelle ».

Nous sommes deux psychiatres libérales à avoir répondu, et avons travaillé régulièrement avec les équipes de ces centres d'accueil durant deux ans, à raison de deux heures par semaine environ.

C'est là aussi l'occasion d'une plongée dans un monde dont la plupart du temps nous ignorons tout, où nous avons pu prendre la mesure de la tâche immense, de l'engagement au quotidien de quantité d'associations, d'intervenants, qui se démènent jour après jour pour tenter de préserver un minimum d'humanité et de moyens, sans jamais savoir pour combien de temps encore...

Inutile de dire que la tâche du psychiatre est là aussi assez particulière, et outre la présence durant les temps d'accueil, de repas, etc., se résume surtout dans les contacts avec les équipes qui ont besoin d'exprimer leurs questions, leurs craintes ou leurs embarras, et la mise en relation de personnes, nombreuses, qui de toute évidence relèvent du soin psychiatrique du fait d'une pathologie de type psychotique évidente avec l'équipe mobile de soins psychiatriques, ou d'autre lieux de consultations dédiés en particulier aux personnes sans aucune ressource, sans papier, et bien souvent ne parlant pas français...

Conclusion

Après chaque séquence de travail dans ces lieux, je dois dire que le plaisir de retrouver le lieu privilégié que reste l'espace du cabinet est particulièrement vif : c'est l'un des intérêts de ces allers-retours dedans-dehors.

Non pas qu'il s'agisse de minimiser les menaces et les complications de toutes sortes qui guettent la pratique libérale, mais ne boudons pas notre plaisir de pouvoir dans le temps de l'entretien en tête à tête avec un patient, travailler comme nous pensons avoir à le faire au mieux, avec de plus très fortement le sentiment

d'un privilège considérable du fait de cette liberté de parole qui est la nôtre dans cet espace, et que nous pouvons encore offrir au patient.

Cette « circulation » dedans-dehors du cabinet est aussi renouvelée par la participation au travail d'un syndicat et à la société savante qui lui est affiliée, je parle ici bien évidemment du SNPP et de l'AFPEP, par le regard distancié que cela permet de porter sur une pratique forcément locale, personnelle, tributaire de tout un contexte singulier.

Par ailleurs ce travail avec les collègues d'un syndicat permet de penser la dimension politique de notre pratique, d'en renouveler les priorités, les incontournables, les dimensions sur lesquelles il n'est pas pensable de tergiverser comme la confidentialité, le soin pour tous ceux qui en ont besoin, par exemple, et d'imaginer comment non seulement les défendre, mais aussi les expliquer, expliciter davantage en quoi consiste le concret de nos journées de travail, comment les questions se posent, comment nous nous en débrouillons, etc.

Il y a aussi, et ce n'est pas une mince affaire, tout le travail qui consiste à démêler les dictats administratifs : les déchiffrer, réfléchir à ce qu'ils impliquent concrètement pour l'exercice de notre métier, le formuler, prendre position, en rendre compte aux adhérents, etc., tout cela implique un travail difficile puisqu'il s'agit sans cesse de redéfinir ce métier, ses impératifs, ce qui est envisageable ou ce qui ne l'est pas, l'articuler, l'argumenter, ce qui est l'occasion d'échanges vifs et fort intéressants au sein de l'équipe du syndicat.

Dans cette alternance de temps de travail en cabinet, de réunion dans le champ de la cité, et de rencontres syndicales, je trouve une sorte d'équilibre particulièrement précieux, même si pas toujours simple à tenir, entre une pratique clinique, intégrée dans la vie de la cité, et pensée dans un projet politique au sens noble à travers l'engagement syndical.

Cette sorte de « trépied » me paraît particulièrement intéressant parce que ces trois registres, très différents, se nourrissent les uns les autres, se questionnent mutuellement tout en demeurant hétérogènes, permettant ainsi une pratique en « trois dimensions » qui nous met pour une bonne part à l'abri de tout enfermement théorique, ce qui n'est pas négligeable.

Bref, tout ce parcours pour tenter d'expliquer en quoi il consiste, et pour inviter d'autres collègues en route sur des chemins un peu neufs et peu fréquentés à y faire écho, en parler, le questionner, proposer d'autres pistes, s'y essayer à leur façon là où ils oeuvrent...

L'essentiel sur le DMP

Patrice Charbit

Nous avons été nombreux à recevoir de nos A.R.S. un dépliant intitulé « L'essentiel sur le D.M.P. ». Le Dossier Médical Personnel, « au service de notre pratique professionnelle », arrive après de longues années de tergiversations. Beaucoup l'ont jeté sans le lire, tant il ressemble à une réclame ; pourtant, il mérite quelques commentaires.

Il nous est dévoilé en quatre parties sur un ton enjoué d'évidence pragmatique. La première s'intitule « les bénéfices du D.M.P. ». Il nous y est présenté tel un outil qui permet d'accéder en toute sécurité, aux informations « pertinentes » et aux données de santé du patient. Le concept est que la pertinence soit accessible d'emblée.

L'inconscient a été déjoué et n'a laissé aucun reste. En ouvrant ce dossier, vous êtes de facto et sans aucun doute possible, au cœur du sujet, sans risque.

« La collaboration ville-hôpital est renforcée », ce qui sous-entend que nos patients seraient suivis dans le même temps par l'hôpital. C'est peut-être le cas dans certaines pathologies particulièrement invalidantes ou particulières, mais certainement pas pour la grande majorité des patients que les psychiatres de ville sont amenés à suivre. À quoi bon renforcer une collaboration ville-hôpital si elle n'existe que peu, ou à la marge, surtout dans les grandes agglomérations ?

Nous avons à faire entendre encore plus clairement que les psychiatres libéraux soutiennent la prise en charge de pathologies importantes dans leur seul cabinet.

Toujours est-il que les patients démunis, de plus en plus nombreux, s'adressent volontiers à l'hôpital et à ses réseaux. De nouvelles filières se confirment et nécessitent de plus en plus la présence de psychiatres. Cela indique-t-il une évolution des pratiques au fil de l'évolution sociale ? S'agit-il de limiter les soins non pas au nécessaire mais au strict minimum ? Un psychiatre pourra-t-il continuer à opérer principalement dans son cabinet ?

« Le D.M.P. enrichit le dialogue avec le patient tout en respectant le secret professionnel ». Un psychiatre flanqué devant son écran, traquant le lièvre à débusquer, inscrivant des données confidentielles, n'a évidemment rien à craindre pour le bon déroulement de sa séance ou le respect du secret professionnel... Fichtre, nous voulons bien examiner les propositions de l'A.R.S. mais il serait de bon ton qu'elles soient sérieuses.

Vient ensuite La fonction « Bris de glace » en cas d'urgence. Pour un psychiatre, briser la glace signifie : être parvenu à instaurer un dialogue, un climat de confiance avec un patient. En l'occurrence, selon les A.R.S. rien de tout cela ; au moindre sentiment d'urgence, il sera possible d'accéder au D.M.P. du patient sans son accord. À quoi bon tant de précautions envers les droits du patient si la fonction « Bris de glace » n'est pas précisée et encadrée ?

La seconde partie consiste à mieux faire connaître le D.M.P. C'est un « Outil de coordination des soins et le DMP ne remplace pas le dossier professionnel ».

Nous gardons ainsi le droit d'avoir un dossier adapté à nos pratiques, mais, inclure des informations utiles à la coordination des soins n'augmente-t-il pas la durée de la consultation et surtout sa tonalité ? Le patient, en pleurs, qui vient raconter la séparation de l'amour de sa vie ou son effondrement aura-t-il le cœur à nous cocher les cas.... de la coordination des soins ?

« Le DMP n'est pas obligatoire pour le patient » Et pour le médecin notamment psychiatre ? La question ne se pose pas.

La troisième partie s'intitule « Le D.M.P. en pratique ». « Le D.M.P. peut être intégré dans votre logiciel de professionnel de santé, évitant une double saisie ». Le recueil des données est automatique. Qui choisit les données pertinentes ? Il n'est pas très rassurant de penser qu'un logiciel trie et transmet ce que vous êtes en train d'écrire.

Vous participez à une entreprise de recueil d'informations sans savoir ce qui en sera fait ni lesquelles seront choisies. C'est gentil de penser à nous ainsi, mais nos dossiers sont-ils forcément informatisés ? Il ne s'agit pas de défendre « le psychiatre de Cro-Magnon » incapable de se passer d'écrire à la main, mais d'imaginer une seule seconde que ce que pense un psychiatre s'adresse à son patient et à lui-même, et non forcément à un tiers, fut-il bailleur de fonds.

Nous ne noterons jamais la même chose et jamais sous la même forme, s'il s'agit d'une réflexion adressée au patient, à son assureur ou à des confrères. Cela semble inimaginable à l'heure du PMSI ou du DSM, mais c'est la stricte évidence. La pédagogie à faire semble en la matière écrasante.

Puis il est signalé que « Le D.M.P. appartient au patient ». Traduction simultanée : ce D.M.P. n'est réellement efficace que lorsque le patient est dans le coma et qu'il n'a pas le loisir de dicter ce qui doit être rempli et par

qui. Nous voyons bien qu'il s'agit là du point faible du dispositif et que cette assertion est le fruit d'une longue négociation.

C'est un dépliant qui nous est présenté, un peu comme une pub, où l'on espère que ne sera repéré que l'effet d'annonce, et non pas ce qui est écrit en petit et qui est difficilement avouable. « Le D.M.P. appartient au patient » est en page 3 (lira-t-on jusque-là ?), noté parce qu'inévitable.

Il n'y a rien qui soit indiqué en revanche sur le « masquage du masquage ». Notre syndicat avait beaucoup oeuvré en ce sens. S'il est immédiatement repérable qu'un masquage a eu lieu, le climat de suspicion lors de la consultation n'est pourtant pas difficile à imaginer.

Du côté du médecin, il n'est pas question de sanctions si le D.M.P. n'était pas utilisé, alors qu'il ne s'agit que de cela... La collaboration des médecins est requise.

Cela est présenté comme l'accréditation : pas de sanction en cas de contravention puisqu'il n'est pas question que vous n'y participiez pas. C'est une condition même de votre pérennité.

La dernière partie se nomme « Être prêt à utiliser le D.M.P. ». Pas de médecine moderne sans informatique, sans Internet et les médecins sont à la pointe de la « modernité » ... naturellement.

Le logiciel professionnel, devenu obligatoire, doit donc être « D.M.P. compatible ». Bien entendu, le système est SÉCURISÉ, comme tout ce qui est sérieux et moderne. Aucun assureur, enquêteur ou pirate informatique ne pourra violer un tel système.

Pourtant, une fois constitué, où se trouvent donc les garanties ?

Pour finir, ce dépliant est accompagné du commentaire de quelques confrères déjà utilisateurs qui expliquent que ce système permet une responsabilisation de la filière de soins, permet une synthèse, est un gain de temps, permet d'avoir l'avis des spécialistes consultés sous les yeux, optimise la continuité des soins et leur efficacité.

Les antagonismes sont camouflés car visiblement l'important pour nos A.R.S. est d'initier le système. Une fois dedans, les médecins seront tenus de faire avec. Les questions ne seront plus préalables mais à régler de l'intérieur, plus tard.

Cet outil supplémentaire de « bio pouvoir » concerne sur le fond le médecin généraliste et au sein de notre profession, le psychiatre expert. Il ne sera que de peu d'utilité dans notre pratique journalière ; et que dire dans le cadre d'une psychothérapie ?

Du point de vue de la responsabilité juridique, elle sera engagée si une décision médicale va à l'encontre de ce qui est inscrit dans ce dossier.

L'information était accessible et le médecin a une obligation de moyens. Nous serons donc tenus de le lire. Par ailleurs, les systèmes d'alerte, pour incompatibilité médicamenteuse, par exemple, craignent tant que leur responsabilité soit engagée qu'ils se déclenchent quasi systématiquement.

Inutile d'imaginer se couvrir derrière eux, cela reviendrait à une paralysie. Le médecin, informatisé et à la pointe du progrès, risque d'éprouver un grand sentiment de solitude face à ses choix. Trop de sécurité vous laisse à vos risques et périls.

Encore un détail, le site Internet indiqué se surnomme : www.dmp.gouv.fr « L'agence des systèmes d'information partagés santé » et « l'agence nationale du ministère en charge de la santé » mettent en oeuvre le DMP. Le gouvernement contrôle officiellement ce dossier.

L'enjeu n'est pas confié à la Sécurité sociale et aux partenaires sociaux. L'information sur l'état de santé des français et les données « pertinentes » seront ainsi à disposition du gouvernement, au cas par cas.

Bienvenue dans un monde de transparence !

Loi du 5 juillet 2011 réformant la loi de 1990. Le SNPP crée une cellule de veille sanitaire

Elie Winter

Nous avons lutté, et il va falloir continuer !

Le SNPP seul, et en association avec les autres syndicats de psychiatres réunis au CASP. Nous n'étions pas tous d'accord sur tout, le débat a été vif au sein du SNPP, et entre les syndicats. Il faut dire que ce n'est pas une petite affaire de réformer la loi de 1990 sur les hospitalisations sous contrainte.

Mais c'était un dialogue de sourd face à un ministère et une majorité parlementaire d'une mauvaise foi effarante. Oui ils ont cédé sur pas mal de choses, très significatives. Mais pour en faire quoi ?

Car l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) était bien une demande de certains syndicats de psychiatres, et d'associations d'usagers. Mais personne n'avait pour autant demandé de transformer l'accueil de la personne souffrante en parcours du combattant administrativo judiciaire. Le nouveau souci permanent, dans tous les services de secteur est de respecter la procédure, les certificats en temps et en heure (y compris lors des week-ends prolongés avec jours fériés). Deux certificats à l'entrée, le 3e à 24h, le 4e à 72h, le 5e entre j5 et j8 pour prévenir le juge, puis organiser la rencontre du patient et du JLD, qui peut demander des expertises supplémentaires... Ceci pour ne parler que des cas « classiques » de soins à la demande d'un tiers pour un patient sans antécédent de passage en UMD et n'ayant jamais eu à bénéficier d'un non-lieu pour irresponsabilité pénale durant les dix dernières années.

Et LA question qui anime tous les services, ce n'est plus d'abord « comment soigner » mais « est-ce le patient ou le juge qui se déplacera ? » (la vidéoconférence étant généralement récusée de principe). Vaut-il mieux sacrifier l'indépendance de la justice (qui statue normalement dans un tribunal qui se veut être un espace neutre) ou bien sacrifier les conditions minimales d'accueil, de sécurité (comment transporter un patient dont l'état psychique est tel qu'une hospitalisation sous contrainte a été nécessaire ?).

Alors, dans certains endroits, juge et patient restent chacun chez eux, et l'audience se fait au tribunal sans le principal intéressé, représenté par un avocat, commis d'office.

Le juge ne prend pas systématiquement la décision du huis clos, le secret médical est ainsi largement diffusé « en audience publique », devant les malfrats de tout poil qui attendent leur tour.

Et au final, le juge « libère » parfois des patients. Le plus souvent pour une erreur dans un certificat, un problème de date... parfois par vrai désaccord de fond sans pouvoir apporter de réponse à des situations toujours délicates.

Au fait, rappelons-nous, pourquoi cette idée de faire intervenir un juge ? sans doute pour éviter d'éventuelles privations de liberté abusives ? Mais dans la loi, ce n'est qu'au 15e jour que le patient voit le juge... permettant ainsi toute dérive, tout abus, par exemple en organisant des hospitalisations séquentielles de 14

jours maximum. Il n'est même pas nécessaire alors de faire sortir le patient qui peut être placé en hôpital de jour pour une journée, ou juste quelques heures. Et là, aucun juge n'est jamais au courant tant que le patient ne demande pas de lui-même de recours.

Bref, l'alibi du contrôle du juge anti-hospitalisation abusive n'est réellement pas la principale motivation de la loi. Morcellement du temps soignant, démarches administratives supplémentaires, ne sont même pas justifiées par une meilleure défense des libertés individuelles. Et il faudra bien examiner le sort des patients « libérés » par les JLD : protégés contre une privation de liberté abusive, ou rupture de soin pour raison administrative ?

Non l'instauration du JLD a tout d'un alibi pour une politique sécuritaire. Cette « judiciarisation » bâclée a surtout été le moyen d'imposer à la communauté psychiatrique un projet de loi qui ne se préoccupait pas du tout des libertés individuelles, issu du discours du président à Antony en décembre 2008, et qui ne proposait que des mesures répressives contre les malades mentaux à surveiller et punir... C'est tout cet aspect-là de la loi qui a été le mieux travaillé. Pas la mise en place du juge.

La loi permet donc désormais un « soin à la demande d'un tiers » (SDT) ou un « soin à la demande du représentant de l'Etat » (SDRE). Ce n'est plus l'hospitalisation qui est sous contrainte, mais le soin, à l'hôpital puis en suivi ambulatoire. Ce n'est plus la logique d'une contrainte qui dure le moins longtemps possible à l'hôpital, mais au contraire une contrainte dans la durée, à vie pourquoi pas, dans et hors de l'hôpital. Et pour le suivi ambulatoire, aucun juge n'intervient puisque ce n'est pas une privation de liberté mais plutôt une restriction... Pourtant, pour l'application de l'article 122-1 sur la responsabilité pénale, le passage de « l'abolition » à « l'altération » du discernement fait passer le malade du non-lieu à la peine aggravée (alors que l'esprit initial du code pénal était de passer du non-lieu à la peine atténuée). Et bien quand on passe de la privation à la restriction de liberté, on n'a plus besoin de juge pour contrôler le bien-fondé de cette restriction ! Pour le dire plus simplement, c'est toujours le choix du pire.

Nous voilà donc, nous psychiatres, pris dans un discours qui peut vite paraître contradictoire, à nous plaindre d'un côté des modalités d'intervention du juge, de l'autre qu'il n'intervienne que pour l'hospitalisation et pas sur l'intégralité du soin sous contrainte. Cette contradiction n'est qu'apparente : Les modalités d'intervention du juge doivent être simplifiées et rendues plus cohérentes. Beaucoup de questions sur les modalités n'ont pas du tout été abordées : intervention dès le début du soin sous contrainte, à titre systématique, mais sur dossier, avec réexamen pour toute ré hospitalisation, mais contrôle aussi pour les soins ambulatoires sous contrainte, respect du secret médical, pourquoi pas organisation d'une salle d'audience dans les hôpitaux avec un statut d'annexe du tribunal ?

Et qu'on ne s'extasie pas sur les prochains chiffres que ne manquera pas de publier le ministère de la santé : il est probable que le nombre d'hospitalisations sous contrainte a fortement baissé au 1er août 2011, date d'entrée en vigueur de la loi. Les psychiatres ont tout fait pour éviter de devoir organiser en plein mois d'août des audiences judiciaires inquiétantes et non préparées. Ce chiffre ne dit pas comment s'est passé le mois d'août pour ces patients. Ce chiffre ne dit rien de la qualité du soin. Et surtout ce chiffre ne dit rien de la quantité de soins ambulatoires sous contrainte et sans contrôle judiciaire. Les patients en question n'ont pas été « guéris » tous ce jour-là, et aucun moyen supplémentaire n'a permis une amélioration des conditions du soin.

Reste une grande question pour les psychiatres libéraux et salariés privés : pourrions-nous être concernés par ces soins ambulatoires sous contrainte ? La position syndicale du SNPP est claire : NON ! La pratique individuelle nous jouera pourtant des tours : que faire si un patient qu'on suit depuis longtemps sort d'une hospitalisation avec un « protocole de soins ambulatoires », et qui demande à continuer le suivi en libéral ? Le SNPP a déjà prévu des réponses possibles, mais l'essentiel, c'est que vous tous, lecteurs et adhérents du BIPP, ne devez pas hésiter à nous adresser vos témoignages sur ces pratiques nouvelles, les conflits d'intérêt auxquels vous serez confrontés, ou les bonnes surprises et côtés positifs à renforcer, etc. C'est de ce travail que le SNPP doit désormais se saisir pour rester en contact avec ses adhérents et faire évoluer la loi dans le

sens de vos attentes. Nous constituons donc une CELLULE DE VEILLE SANITAIRE DE LA LOI, et vous pouvez nous écrire pour ça à info@afpep-snpp.org

La lutte syndicale et intersyndicale continue donc : le gouvernement ne pourra pas se reposer après une loi aussi déséquilibrée et qui nuit autant aux soins en monopolisant l'attention des soignants sur des préoccupations de forme. La crise psychotique est un moment où le psychiatre doit avant tout être disponible pour le travail clinique.

Il était une loi : Suite et fin d'un (dé)compte de (mé)faits...

Marie Elisabeth Fischer

Savez-vous quel est le comble du psychiatre moderne ? Être à l'écoute, et ne pas se faire entendre.

Après tout, on peut se dire qu'un individu qui passe son temps à hocher la tête en guise de récepteur d'un message émis finira inéluctablement par développer à long terme des troubles de la communication.

Et pourtant, ce n'est pas faute d'avoir crié. Malgré de longs mois de discussions et de réticences, de colloques informels en réunions au Sénat, la réforme de la loi de 1990 sur les hospitalisations sans consentement, a été promulguée le 5 juillet, et bel et bien entrée en vigueur le lundi 1er août.

A se demander si la rencontre entre représentants de psychiatres et législateurs a vraiment eu lieu, ou si elle n'était qu'une illusion.

Cela a été mon sentiment lorsque je me suis rendue à Paris le 6 Juillet dernier, au Palais d'Iéna, à la réunion d'information sur la mise en oeuvre de la réforme, organisée par le Ministère de la Santé, et ouverte à tous les acteurs du soin psychiatrique.

Dans l'hémicycle, se tenaient des psychiatres PU-PH, PH, des directeurs des hôpitaux (Sainte-Anne, CHUR de Lille Métropole...), des présidents d'inter syndicats, d'associations de psychiatres, mais aussi des responsables d'ARS et de TGI. Tout ce petit monde, après quelques diaporamas explicatifs et après l'allocution vidéoprojetée de Madame la Ministre, était donc invité à poser ses questions à une table ronde composée d'experts de la réforme (directeur adjoint de la DGOS et autres directeurs des hautes instances administratives).

Vous l'avez compris, il y avait à cette réunion beaucoup de directeurs et de directeurs adjoints, de fiches techniques et de documents-type, beaucoup de points-clés et de mots de la fin sans véritables clés, et surtout, encore et encore, des tonnes de logigrammes qui n'ont, à l'évidence, pas fait le poids face aux inquiétudes réelles des professionnels du terrain de la santé.

En effet, que pensez de l'intervention de nouveaux acteurs issus du champ judiciaire (avocats, JLD) dans la relation médecin-malade ?

Certains l'approuvent en faisant référence à d'autres systèmes européens d'organisation des soins. D'autres la contestent, en soulignant le caractère délétère de la SYSTEMATISATION de cette intervention auprès de malades qui « n'ont rien demandé » (et qui vont se retrouver dans une salle d'audience), au nom d'une loi qui se veut d'« augmenter leurs droits » !

La victimisation des personnes hospitalisées est double : non seulement elles n'ont plus leur libre - arbitre d'un point de vue médical (par définition), mais aussi, on considère que leur liberté individuelle est altérée d'un point de vue légal.

Voilà, nous y sommes, la confusion est faite : l'hôpital est un lieu de privation de liberté, et le psychiatre, le gardien de cette prison.

A défaut d'être riche et complexe, comme les notions fondamentales qu'elle est censée défendre, cette loi est contraignante et multiplie le recours à des certificats de plus en plus nombreux. A défaut d'avoir réfléchi, le législateur semble ne pas avoir trouvé d'autres moyens pour prouver sa légitimité que de tenter de se raccrocher désespérément à des avis d'experts de tous bords, de plus en plus spécialisés.

On pourrait s'imaginer augmenter à l'infini le nombre de certificats, d'avis, et d'évaluations, mettre en place le meilleur des programmes de soins, ce n'est pas ce qui empêchera les récides de passages à l'acte tant redoutées et les rechutes dans la maladie.

J'ai pour souvenir ce patient de 28 ans souffrant de troubles mentaux, suivi et stabilisé depuis des années par les équipes soignantes du service où je travaille actuellement, qui s'est immolé le weekend dernier, alors qu'il avait été évalué le matin même. Aucun signe clinique ne présageait ce drame. Il était même attendu le lendemain pour d'autres activités. Il est décédé suite à ses brûlures, étendues à 96 % ; seule la plante de ses pieds n'a pas été atteinte par le feu.

Ce qui apaise les familles et les soignants dans ces moments douloureux, au-delà de la connaissance fine du contexte psychopathologique, c'est de se dire qu'on ne peut prédire l'imprévisible, qu'on ne peut tout contrôler, ni la vie d'un homme, ni ses affects, ni à quel moment ceux-là vont prendre le dessus sur sa raison ; quand la nature (humaine) reprend ses droits, c'est de savoir rester humble qui sauve.

Dans cette réforme, « l'expertisation » de la fonction soignante déshumanise la relation thérapeutique. Comme si chaque nouvelle évaluation rendait obsolète la précédente. Plus grave encore, les conséquences délétères sur les malades ; soit indirectement par l'accourcissement du temps thérapeutique, soit directement par les méthodes employées (visioconférence quand le juge ne veut pas se déplacer, recours à de multiples interlocuteurs face à un malade qui souffre déjà d'une certaine désorganisation psychique et en proie à plusieurs tensions internes, opposées et intenses...).

Les nombreuses heures de formation destinées aux médecins pour cette nouvelle loi auraient pu être consacrées, à l'inverse, à celle des législateurs à la maladie mentale, ou tout simplement au rappel de quelques règles de bon sens.

Cela aurait peut-être fait gagner du temps à tout le monde. Mais comme l'annonçait Monsieur Badinter en Décembre 2010 (voir article précédent : « La réforme de la loi du 27 Juin 1990 : du sanitaire au sécuritaire »), il semble que la volonté gouvernementale est d'imposer « la formation d'un complexe judicairo-psychiatrique pour mettre l'individu dangereux hors d'état de nuire ».

Les médecins sauront-ils conserver leur liberté de penser et de prescrire, seules conditions sine qua non à l'instauration d'une relation de soins, efficace et créative, indépendante de toute pression politique ?

Ce qui est sûr, c'est que nombre d'entre eux n'aiment pas beaucoup cette loi parce qu'elle va à l'encontre même d'une règle déontologique de base : que le médecin est bienveillant envers son patient. En effet, mettant tout en oeuvre pour soigner l'individu malade, « enfermé » dans sa maladie, n'est-ce pas LUI, véritablement, qui est le mieux placé pour tenter de le libérer (de ses démons) ?

Cette réforme confond absence de consentement et absence de liberté, elle transforme la relation de confiance en une relation de méfiance... Elle fait du médecin un véritable « médiateur », sorte de figure terrifiante qui hante, on le voit bien, le monde médical moderne. Cette loi, en donnant constamment aux malades les moyens de remettre en question leur thérapeute, en qui ils sont censés faire confiance, va être génératrice d'anxiété pour les plus vulnérables. On est bien loin de ce grand plan de restructuration de la Santé Mentale tant attendu, qui pourrait fédérer, informer, soutenir plutôt que de suspecter, contrôler, punir.

Cette réforme trouve ses bases dans le déni de principes fondamentaux d'éthique (médicale et psychiatrique) et on peut penser qu'elle n'existerait donc tout simplement pas, si elle en avait seulement tenu compte. Mais on ne rêve pas, on hallucine.

Il était une loi... papa-préfet et maman-justice. Ils galérèrent et eurent beaucoup de patients.

Merci à l'AFFEP de nous permettre de diffuser cet article déjà publié dans le Journal de l'AFFEP, le Psy Déchaîné N°4 - Septembre 2011.

Enquête urgence et permanence des soins

Thierry Delcourt

Les Journées Nationales qui viennent de se tenir à Amiens, ont été marquées par un foisonnement créatif remarquable. Était-ce le sujet, « Violence(s) », qui a mobilisé à ce point les participants ? Force est de constater que, malgré l'absence de quelques habitués et piliers de l'AFPEP, une réflexion, un débat et une activité inventives ont largement ponctué nos plénières et nos ateliers.

Dans ce cadre, nous avons choisi de faire circuler notre Enquête sur l'urgence et la permanence des soins à laquelle certains membres du conseil d'administration avaient déjà répondu, validant sa faisabilité. Nous étions donc, lors de ces Journées, une poignée à circuler parmi les participants et à recueillir leurs idées, leurs opinions, leurs inquiétudes et la position qu'ils souhaitaient voir tenir par notre syndicat.

Ces échanges furent productifs et passionnants. Ils nous ont donné des idées pour les prochaines Journées Nationales, et notamment de les rendre plus actives et plus participatives, même si les Ateliers sont déjà le lieu d'une intense activité d'échange et de questionnement. Chacun de nous étant très occupé entre plénières, ateliers, théâtre, réunions et organisation, nous n'avons pas cherché à interviewer tous les participants et pourtant, après ces Journées Nationales, nous disposons d'une cinquantaine de réponses à ce questionnaire.

Ceci est suffisant pour un premier galop d'essai qui nous permet de franchir une troisième étape : celle d'un recueil beaucoup plus large auprès de vous, adhérents et sympathisants.

Il n'est pas encore temps, ni souhaitable, de dévoiler ces réponses, mais je peux déjà vous dire qu'on y trouve une richesse, une disparité, pour ne pas dire des antagonismes tant dans les positions que les propositions.

Les ingrédients sont donc là pour instaurer le débat ; et c'est une très bonne chose, car le projet est d'en faire le thème de notre prochain Séminaire de Printemps qui se tiendra à Montpellier le samedi 30 juin 2012. D'ici là, nous souhaitons vivement que vous puissiez répondre aussi à ce questionnaire grâce au formulaire ci-après. Vous remarquerez que les questions sont suffisamment larges pour que vous y répondiez à votre guise, sans hésiter à détailler vos idées, votre expérience, mais aussi la position que vous souhaitez voir prendre par l'AFPEP-SNPP.

Le questionnaire sera également mis à disposition sur le site info@afpep-snpp.org afin de permettre une réponse électronique.

Questionnaire

Question 1

- a. Pouvez-vous expliquer succinctement votre pratique éventuelle de l'urgence en cabinet privé ?
- b. Comment s'y manifestent les urgences ?
- c. Comment vous rendez-vous disponibles et à quelle charge de travail cela vous engage-t-il ? (temps passé en entretien avec le patient, la famille, les institutions - police, hôpital, pompiers, ambulances, confrères -, embolisation du cabinet et de la salle d'attente... travail en aval, secondaire au moment de l'urgence)
- d. Comment donc vous répondez (ou non) aux demandes urgentes ou pressantes des patients et des médecins généralistes ?
- e. Pouvez-vous donner une définition de l'urgence en lien concret avec votre pratique de psychiatre privé ?

Question 2

À votre avis, le psychiatre privé a-t-il à prendre place dans un dispositif :

- a. de permanence de soins avec disponibilité immédiate
- b. d'urgence intégrée ou non à un service de garde ou un «groupement de psychiatres»
- c. de mise à disposition d'un système de réponse aux urgences géré par le service public ?

Question 3

Tenant compte des impératifs de votre cabinet, comment envisageriez-vous la place dédiée à une permanence des soins et le mode de rémunération de celle-ci ?

Question 4

Comment envisagez-vous votre position de psychiatre privé dans le cadre des soins sous contrainte en ambulatoire ?

Question 5

Craignez-vous que l'obligation de se mettre à disposition pour une permanence des soins et un dispositif d'urgence dans le cadre de la négociation conventionnelle et des ARS soit, à terme, articulé avec le dispositif de soins ambulatoires sous contrainte ? (ce qui risquerait de nous conduire insidieusement vers une pratique de collaboration allant à l'encontre du combat que nous menons activement au sein du SNPP contre le texte de loi sur la réforme de la loi de 90).

Groupe de réflexion : formation à la psychothérapie ?

Françoise Labes

L'AFPEP (Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie) s'est saisie de l'application de la loi créant le statut de psychothérapeute pour s'émouvoir de l'absence quasi-totale de référence à la psychothérapie au long du cursus de formation. Elle a sollicité la FFP et un groupe de réflexion composé de membres de différentes associations de la fédération a vu le jour. Avec les internes ce groupe tente d'élaborer une réponse à cette demande de formation. L'AFPEP y est représentée par Antoine Besse, Jean-Jacques Bonamour du Tartre et moi-même. C'est l'occasion de rappeler l'importance de l'inter formation telle que nous la concevons et d'affirmer qu'il n'y a pas de position psychothérapeutique sans engagement personnel et sans prise en compte de la dimension du transfert. Nous avons à penser davantage en terme de transmission qu'en terme de formation. Qu'avons-nous à proposer à nos jeunes collègues soumis pour l'essentiel à un discours naturaliste mâtiné d'hygiénisme et de références à la santé mentale positive, avec pour phares le DSM IV et fondamental ?

N'est-il pas de notre devoir de transmettre cette passion clinique, ce positionnement éthique qui prend en compte le transfert et ne réduit pas le patient à son symptôme, cet acte du psychiatre dont nous ne cessons de défendre la spécificité.

Émile Rogé nous a quittés, brutalement !

Hervé Bokobza

Au téléphone, trois jours avant, il me parlait avec enthousiasme de son manuel de psychiatrie jungienne qu'il venait enfin de terminer, et me demandait des conseils pour trouver un éditeur.

Il fut et restera toujours un des piliers et des pères fondateurs de l'AFPEP - SNPP.

Sa culture, ses fulgurances, son imagination, sa qualité de présence en faisaient sans doute le plus original et le plus précieux d'entre nous.

Je le surnommais « Notre Raymond Devos de la psychiatrie ».

L'humour lui était chevillé au corps ; les oscillations permanentes de son humeur étaient complètement intégrées à son désir de rencontre à l'autre ; son rire fracassait l'espace. Quand la tristesse l'envahissait, l'atmosphère devenait irrespirable...

Sa manière extrêmement inventive et sans doute atypique de s'occuper en cabinet des patients gravement malades en faisait un psychiatre des plus atypiques ; et quand je lui en parlais librement, il me répondait : « C'est la moindre des choses que nous devons à nos patients, ne crois-tu pas ? »

Le texte ci-joint de notre ami et compagnon Robert Palem exprime magnifiquement l'influence d'Émile Rogé sur la construction et le devenir de la psychiatrie française.

Emile Rogé (1933-2011)

Psychiatre privé et psychanalyste parisien. Longtemps pilier et attraction de l'AFPEP⁽¹⁾. Atypique, génial et (un peu) fou... le psychiatre idéal (rêvé), quoi... Une présence physique et morale impérieuse⁽²⁾. Un ami fidèle mais exigeant : il fallait prendre parti, avec lui ou contre lui. Comme Nacht, il s'interrogeait : "Comment peut-on être à la fois neutre et bienveillant ?" Stimulant, déroutant. Un entraîneur, un impulsif. Témoin intransigeant et participatif. Ses patients ont gardé de lui le souvenir d'avoir été "secoués" (disent-ils), sortis de leur léthargie, "arrachés" à leur névrose, mais en même temps d'avoir pu compter sur une "prise en charge" totale de sa part, un engagement hors du commun. Ses femmes... toujours impressionnées et débordées ; pas facile de vivre à côté d'un volcan !

Que retenir de lui ? Lui, impossible à retenir, l'insaisissable. Je pointe...

- Son texte lumineux et inspiré sur "La tâche du Psychothérapeute"⁽³⁾
- Son Rapport de synthèse aux Premières journées nationales de la Psychiatrie, à Avignon⁽⁴⁾
- La charte de la psychiatrie française, fruit d'une longue réflexion de l'AFPEP et dont les termes furent pesés et soupesés avec la collaboration de Jean Ayme [autre grand disparu de l'année] aux Journées Nationales de la Psychiatrie Privée, à Nantes, en 1980⁽⁵⁾

Ses conférences à *Dimension psychologique*, son groupe de travail parisien sur :

- "Le transfert" (22 nov.1993)
- "Jung et la psychose" (Paris 1993, Perpignan 1994), qu'il me dedicaça avec l'exergue suivant [de lui ou de Jung]: "Craindre d'être submergé par l'Océan n'autorise nullement à décréter celui-ci pathologique". "La psychose est riche de son délire" dit-il aux Journées de Montpellier⁽⁶⁾. "Aucune psychose n'est spontanée. Elles sont toutes réactionnelles", affirme-t-il.
- "Psychologie de la profondeur" (octobre 1995).
- "Le délire charabia du désespoir ou rébus de l'espoir ?"⁽⁷⁾...

Des vignettes cliniques, presque trop belles pour être vraies, souvent rocambolesques... mais il était comme ça dans la vie, dans sa vie professionnelle : empathique, participatif, irruptif à l'occasion.

Et l'évolution des mœurs et la judiciarisation de la médecine ne se prêtaient plus guère, ces temps derniers, à ces formes héroïques d'intervention qu'il affectionnait.

Ses échanges, parfois vifs, houleux avec Marc Leclerc, Gérard Bles, Dominique Bonnet, Hervé Bokobza, Albert Le Dorze, souvent désopilants avec le regretté Sidney Pelage... avec Jacques Attali⁽⁸⁾, venu nous faire la morale après la sortie de "L'ordre cannibale", auquel il opposait dans un déluge verbal étourdissant le "désordre intestinal" environnant. Attali reculant sous l'avalanche et prenant la caution du corps enseignant de l'Education nationale... et Émile s'esclaffant : "Mais c'est la catégorie professionnelle la plus représentée dans nos cabinets de consultation !"

Et moi le taquinant et provoquant, en lui disant : "Un jungien, c'est bien quelqu'un qui confond une femme et un cercle, n'est-ce pas ?" ou bien, qu'il aurait dû intituler son essai (assez discutable) sur l'autisme infantile dont il croyait avoir percé le secret de la pathogenèse⁽⁹⁾ "Pourquoi j'ai mangé mon frère". Et lui, sévère : "Tu

ne confonds quand même pas vie intérieure et vie à l'intérieur ?..." etc. Que de rires avec lui !

Impérieux, disais-je... en toutes circonstances et exigeant. Je me souviens d'une excursion avec lui dans les Corbières où j'avais imprudemment hissé ses 100 kilos au sommet de quelques châteaux cathares de notre région (les "citadelles du vertige") et, redescendu dans la plaine, dans le fameux village de Cucugnan, la manière autoritaire et bonhomme dont il força la porte de l'auberge, fermée à cette heure, pour obliger le patron éberlué à lui servir une tranche de jambon et du pain de montagne, ne tarissant plus d'éloge sur son hospitalité... quelque peu forcée !

Nous l'invitâmes une fois à venir nous parler de Jung ("Que reste-t-il de Jung ?") au palais des congrès, à Perpignan. Il vint mais, sans préavis, nous parla de tout autre chose... une chose qui lui tenait, à ce moment-là beaucoup à coeur (et à cris) : le Couple, une extraordinaire improvisation qui ravit tout le monde et dont il ne resta, hélas, aucune trace écrite (si, mais sans commune mesure⁽¹⁰⁾) ou enregistrée.

C'était un homme de parole plus que d'écrit. C'est souvent comme ça, l'un ou l'autre ; on se souvient des premiers, les seconds nous accablent. Orateur né, il écrivait comme il parlait (on le lui reprochait parfois). On publiera peut-être un jour "Les dits de Rogé", comme il y a "les écrits de Lacan"... Mais coquetterie ou défi peu commun, il refusait d'être lu avant d'être entendu⁽¹¹⁾. Comme De Carvalet, il aurait pu dire : "Je veux être un homme, pas un auteur". En ces temps où les auteurs prolifèrent et où l'homme se fait rare !

Il fut du petit groupe d'amis (Robert M. Palem, Charles Alezrah, Jean Claude Colombel, Éliane Balayé) qui, au printemps 94, se réunit à Banyuls des Aspres autour de Renée Ey pour lancer le projet d'Association pour la Fondation Henri Ey et mobiliser, enfin, le Groupe de l'Evolution psychiatrique à défaut du pouvoir Universitaire. Il démarcha les deux, par écrit. Notre projet de Fondation, latent depuis si longtemps, a démarré ce jour-là (1er avril 1994). Rien n'était résolu, tout était à faire. Mais il fut là, comme souvent ailleurs, le premier. Il revint en 1997 à Perpignan pour les 3èmes Journées Nationales Henri Ey et nous gratifia d'un petit bijou comparatif sur Ey et Jung⁽¹²⁾.

Émile, c'était le bulldozer qu'on poussait en première ligne dans les combats difficiles de notre spécialité. Il nettoyait, "déblayait" le terrain comme disent les militaires ; il enfonçait les portes et montrait le chemin. Il fallait alors prendre le relais ; ce ne sont souvent pas les mêmes, on le sait. Lui était déjà parti ailleurs ou à côté enfoncer d'autres portes, réveiller d'autres endormis ; au-devant de nous-mêmes.

Mais que de projets avec lui, qui n'auraient pas vu le jour sans lui ! La Solitude à Versailles⁽¹³⁾ (en 1984) où nous nous retrouvâmes autour d'une table avec Vincent Mazeran, de Montpellier et Françoise Dufay-Vuillemin, de Montbéliard, pour "relever le gant de l'utopie" disait Françoise : un gant à 5 doigts naturellement, l'auriculaire revenant à Albert Le Dorze, de Lorient. La Profondeur à Paris (Dimension psychologique, en 1986), La Formation, la Psychose, le supposé clivage ICSBiologique... etc.

Psychanalyste expérimenté et fort bien informé, n'ignorant rien de Freud, Winnicott, M. Klein, A. Green ou Lacan, très éclectique au fond, il se revendiquait Jungien et comme Jung prônait "un nouvel humanisme, qui n'a rien de religieux : celui de l'Inconscient". La psychiatrie étant "l'exclusion des raccourcis réducteurs", il pensait qu'"à n'être que psychiatre, on finit par ne plus l'être". Mais, redevenant Freudien un instant, il affirmait que "Seul le silence est fécond", lui si disert ! Pour ajouter sitôt après : "Encore faut-il qu'il soit rompu, pour garder sa valeur".

Il pensait, comme Jolande Jacobi que "Les deux modes d'interprétation (Freud et Jung) peuvent être simultanément légitimes⁽¹⁴⁾. Toutefois chacun d'entre eux ouvre au rêveur un domaine de sa réalité intérieure totalement différent". "Freud est à la paranoïa constructive et singulière. Jung est au paranoïde déstructurant et grandiose. Les deux font charnière des portes à deux battants de la psyché humaine : porte du sens et du contre-sens, s'ouvrant d'un côté sur le sens et de l'autre sur le non-sens"⁽¹⁵⁾. Il pensait aussi⁽¹⁶⁾ que Jung et Ey étaient "très proches" et les "réunissait dans son admiration". Ils avaient en commun, en effet, cette idée que l'Inconscient n'est pas pathogène en soi ; seule l'est, en revanche, la déstructuration de la Conscience.

Nous avons visionné ensemble, un jour à Perpignan, la bande vidéo où Jung explique que pour l'Inconscient, la mort n'existe pas. Il ne faut donc pas s'y préparer, mais vivre et se laisser surprendre... en essayant, d'ici-là, de porter l'esprit à son plus haut niveau de conscience. Oui, mais quelle bien mauvaise surprise aujourd'hui, pour nous !

Et, après les morts de Gérard Bles, de Sidney Pelage, de Jacques Schott, ces hommes de forte et joyeuse personnalité avec lesquels il aimait dialoguer, il m'écrivait douloureusement⁽¹⁷⁾ : "Ces morts successives me frappent et m'isolent autant affectivement qu'intellectuellement..." Et, se ressaisissant... : "Les Massai pensent que de tous les animaux, seuls les éléphants ont une âme. En aurais-je une ? De toi, j'attends confirmation..." !

Oui, il en avait bien une !... pour notre délectation et notre honneur. Et sans doute en fait-il profiter Là-Haut nos amis communs, avec lesquels il a repris ces discussions homériques et tonitruantes dont il avait (c'est évident) un besoin vital. Il va nous manquer cruellement ; et ce silence-là n'a rien de "fécond". Pour lui, exigence éthique et prise de risque se côtoyaient. "La grande pensée est toujours dangereuse. On ne pense pas sans donner des otages à l'erreur." confirme George Steiner. "Si vous fermez systématiquement la porte à toutes les erreurs, la vérité n'entrera jamais chez vous" (Rabindranath Tagore).

Lui, s'adressant aux apprentis psychothérapeutes, et devançant sans doute les critiques qui pouvaient lui être adressées par les "psys cachalot" du moment, disait : « C'est un fait d'expérience qu'il est plus aisé de se taire après avoir beaucoup parlé, que de parler après s'être longtemps tu⁽¹⁸⁾ ». Mais il s'était décidé, enfin, sous la pression de ses amis et de ses élèves, à écrire un Manuel de psychothérapie jungienne...

Nous l'attendons avec impatience et curiosité, pour y retrouver ses éclairs, ses trouvailles, ses audaces et les points d'ancrage d'une aussi forte pensée que la sienne. Pour l'exemple, pas pour la manducation (un éléphant aussi, c'est dur à digérer !).

1 - Association Française des Psychiatres Privés.

2 - "Je ne vois ni accord ni conflit réel entre deux êtres humains qui puisse se passer d'un corps à corps" écrit-il in *Psychiatries* 1988/2, n° 83, p6.

3 - à *Dimension psychologique* (1986) et in *Psychiatries*, 1988, n° 83, 3-7.

4 - "Quelle psychiatrie, quels psychiatres pour demain ? " Avignon 5-7 mai 1983, Privat 1984, t.II, 239-260.

5 - Avignon, vol.2, p249.

6 - Temps et psychose

7 - *Psychiatries* 1988/1, n° 82, in Le délire, espoir ou désespoir, 5-13

8 - Auquel j'avais répondu dans un article (qui me fut censuré), pastichant le Canard Enchaîné, intitulé "Attali cannibale ?... Pour les psychiatres, c'est dur à digérer!"

9 - "Autisme, schizophrénie, quand tu nous détiens". Préface de X. Emmanuelli. Lanore éd. 2004.

10 - à *Dimension psychologique* : "La solitude dans le couple", Paris 18 nov.1985.

11 - *Psychiatries* n° 82, p6.

12 - "Henri Ey et Carl Gustav Jung : quel rapport ?" in H.Ey psychiatre du XX^e siècle, l'Harmattan 1998. Repris in *Psychiatries* et in *Cahiers H. Ey* n° 25-26 (avril 2010).

13 - Voir le n° 61 de *Psychiatries* (1984/4) qui évoque ces Journées Nationales sur le thème.

14 - Non, dit Hesnard contre Ricoeur (De Freud à Lacan, p123).

15 - *Psychiatries* 1988/1, n° 82, p8.

16 - Il me l'a écrit dans une lettre du 24 sept. 1996

17 - Lettre du 26 novembre 2007

18 - "La tâche du psychothérapeute", in *Psychiatries* 1988/2, n° 83, p5.

Conclusions des XXXXèmes Journées Nationales de l'AFPEP

Michel Marchand

C'est par une approche historique de la violence et de ses infortunes avec Fabrice Humbert, utilisant le support de la littérature, que nous avons dressé d'entrée de jeu un panorama des multiples figures de la violence, soulignant l'évolution de sa représentation et interrogeant la part d'énigme de la violence agie, subie, les conditions de son émergence, le continuum et l'interaction entre la violence individuelle et la violence collective.

Une fois campée la complexité de l'origine de la violence, au coeur de l'humain, nous avons pu aborder, si je puis dire, « l'origine du monde » : les enjeux de la périnatalité, la grossesse, la naissance, la petite enfance avec les remaniements psychiques des nouveaux parents et le chamboulement provoqué par l'apparition de l'enfant.

Nous avons pu apprécier la sagacité des observations cliniques de Nicole Garret-Gloanec développant les notions d'intrusion (FIV), d'extraction (césarienne), d'effraction (la main du gynécologue), de délivrance physique et psychique et, en écho, le dépliement subtil de Myriam Szeger sur les agressions faites à l'enfant. Le texte communiqué par Pierre Delion nous a fait quant à lui pointer la prévalence du muscle sur la parole, sa conséquence sur les troubles des conduites et l'importance de l'investissement de la parole dans l'évolution de l'enfant.

Une approche de la psychogenèse de la violence a été ensuite déployée par une étude clinique toute en finesse présentée par Jacqueline Légaut et Claude Gernez, nous faisant passer de l'impensable à l'impensé, de l'impensé au pensé, de la violence négative à sa dimension positive, avant que Catherine Verney-Kurtz nous fasse découvrir son étonnante approche pankowienne, mettant le corps en jeu dans le processus de symbolisation.

Ces interventions ont témoigné de cette humanité, de cette présence à l'autre, du refus de l'orthodoxie, si nécessaires au soin, pour permettre à la violence de se dire.

Avec Anne Bourgain, notre attention a porté sur l'insistance du discours sécuritaire désignant la violence comme étant celle de l'autre, l'autre comme dangereux, la figure de l'étranger, appelant, en se référant à Derrida, au « courage de penser », de penser la violence sans quoi celle-ci fait retour et se déchaîne.

Les interventions engagées de la dernière plénière, autour de Paul Lacaze, Claude Nachin, Loriane Brunessaux et Elie Winter, ont permis plus encore d'explorer ce qui entre la maladie mentale et la commande sociale, fait violence, avec ce pas de côté, cet écart qui évite d'enfermer dans un discours totalisant la réponse aux dérives sociétales totalitaires.

Il a été longuement question de la loi du 5 juillet 2011, aboutissement du discours du 2 décembre 2008 du plus haut représentant de l'Etat. Cette loi introduit la notion de « soins ambulatoires sans consentement » contraire à notre conception princeps du soin. Elle induit par ailleurs une logique paranoïaque, son application conduisant à une défausse généralisée de tous les acteurs pour s'abriter de tout ennui administratif ou judiciaire, l'intérêt des patients étant relégué au second plan.

Un nouveau plan psychiatrie et santé mentale tente de se profiler à l'horizon, inspiré des concepts de santé mentale positive et d'une psychiatrie réductrice.

Notre exigence n'est-elle pas de nous en tenir à une éthique du soin, au maintien d'un cadre du soin qui permette celui-ci, dans le respect primordial de l'intérêt des patients ? Et de poursuivre l'articulation de la clinique et du politique ?

Le soin sera précisément le thème de nos prochaines Journées, dans une année, à Bordeaux, dont l'intitulé pourrait être « Les soins ambulatoires avec contentement », pour répondre au lapsus inaugural de Jean-Louis Planque, notre hôte amiénois !

7es Rencontres Francopsies

Paul Lacaze

**Histoire et Culture en Méditerranée
Avenir de la Psychiatrie**

27 juin – 4 juillet 2012 - Montpellier

Au confluent de trois continents le bassin méditerranéen, en rassemblant l'un des plus grands brassages de cultures et de civilisations, a la particularité d'être le berceau d'un fort rayonnement sur l'Histoire de l'Humanité.

Aussi, depuis des siècles la psychiatrie, discipline clinique en constante interrogation, reflet des angoisses de l'Homme, y puise l'essence de sa conception et de sa pratique, complexe, singulière, évolutive. Jusqu'à notre ère où la mondialisation nous inviterait à dénier l'énigmatique de l'humaine condition, à la soulager de sa dimension d'être parlant, pensant et advenant, en un mot à lui promettre la Fin de l'Histoire.

Face à cette mutation paradigmatique se pose désormais la question cruciale de l'avenir d'une clinique du sujet qui ne trahirait pas ce qu'elle doit à l'Histoire.

A cet effet Montpellier, ville au Sud par sa tradition méditerranéenne, historiquement perméable au croisement des cultures comme l'illustre encore son auguste Faculté de Médecine depuis le XIII^e siècle, se prêtera idéalement à la réflexion, à l'échange et à l'élaboration en accueillant les 7es Rencontres Francopsies.

Thématiques des travaux

Histoire des cultures et concepts en Méditerranée

Histoire des mythes en Méditerranée

Géopolitique historique et actuelle dans le bassin méditerranéen

Philosophie linguistique des mutations actuelles

Diversité actuelle des modèles en psychiatrie

Axe juridique : le droit face à la folie

Axe social : organisation du lien social et psychiatrie

Axe des mutations paradigmatiques : folie et acculturation

L'avenir de la psychiatrie

La psychiatrie de l'humain, avenir des neurosciences ?

Quel avenir, quel destin pour la psychiatrie ?

Demande de présentations de travaux divers en lien avec le thème général du congrès

- Communications (présentation individuelle)
- Symposia (Collectif de 4 à 5 auteurs sur une thématique de référence)
- Ateliers Spécifiques (présentation, individuelle ou de groupe, d'une pratique particulière)
- Espaces Littéraires (auteurs d'ouvrages publiés en librairie)
- Espaces Vidéo (auteurs de films publics).

Les propositions devront parvenir aux adresses ci-dessous indiquées avant le 31 décembre 2011. Elles devront comporter : le titre général, le résumé de 10 lignes maximum avec les mots-clés, les noms et qualités des auteurs ; le tout au format Word. Pour les publications littéraires et vidéo, adresser les références éditoriales.

Pour être sélectionnées les propositions de travaux devront être accompagnées de la demande d'inscription de chaque auteur au titre des Droits Simples Congrès.

Bulletin d'inscription aux Droits Simples Congrès

Civilité :
.....
Nom - Prénom :
.....
Profession :
.....
Adresse postale :
.....
Adresse e-mail :
.....
Tel. personnel - portable :
.....

Les droits Simples Congrès comprennent les modalités d'accueil, l'accès aux travaux professionnels et prestations afférentes, du 27 juin au 4 juillet 2012.

Tarifs minorés avant la date du 31 décembre 2011 : 300 euros en zone Europe, 150 euros en zone Afrique.

Réduction de 50 euros pour les adhérents ALFAPSY et AFPEP

Tarifs pleins à partir du 1er janvier 2012 : 400 euros en zone Europe, 200 euros en zone Afrique

Réduction de 50 euros aux seuls adhérents ALFAPSY

Tarifs modulés, sur demande, selon les catégories professionnelles et pour les institutionnels

Hôtellerie : les meilleurs hôtels de 2 à 5 étoiles (100 chambres aux meilleurs tarifs) ont été pré-réservés dans la proximité immédiate des lieux de congrès, au coeur de la ville historique (l'Ecusson). Liste fournie sur demande.

Règle le montant des Droits Simples Congrès des 7es Rencontres Francopsies (cocher la mention correspondante) :

Tarif minoré (avant le 31 décembre 2011) : zone Europe : 300 euros ; zone Afrique : 150 euros

Tarif plein (après le 31 décembre 2011) : zone Europe : 400 euros - zone Afrique : 200 euros

Réductions éventuelles de 50 euros (bulletins d'adhésions disponibles sur simple demande) adhérent ALFAPSY 2011 ; adhérent AFPEP 2011

Informations et inscriptions à adresser à ALFAPSY, Allée du Pioch Redon, 34430 St Jean de Vedas ou par e-mail : paul.lacaze@wanadoo.fr ou à info@afpep-snpp.org

Séminaire de printemps 2012 à Montpellier

Patrice Charbit, Jacqueline Légaut, Thierry Delcourt

30 juin 2012 - Montpellier

Urgence, permanence, obligation : le soin en question

Les enquêtes de l'AFPEP – SNPP

Nouvelles adéquations du soin?

De l'étude clinique sur les pratiques des psychiatres privés à l'enquête sur les urgences, l'AFPEP - SNPP continue d'interroger l'adéquation de la commande sociale avec les nécessités du soin.

Toujours à la question, au carrefour de l'indépendance professionnelle et du projet étatique ou sociétal, cette adéquation intègre habituellement les fluctuations inévitables des stratégies de soins ou de la « modernité ».

Tant que le statut du psychiatre reposait sur un consensus consistant à lui accorder une place de soignant, la trajectoire de l'adéquation était lisible.

Aujourd'hui, l'État tente de l'assigner peu à peu à une place d'évaluation et d'expertise, arguant de l'urgence ou de la dangerosité pour faire valoir de nouvelles priorités.

De la volonté politique à l'exercice privé de la psychiatrie en cabinet, comme de « la coupe aux lèvres », il peut s'en passer beaucoup. Des infléchissements, des dérives, sont en permanence à l'oeuvre. Toujours est-il

que nous sommes en droit voire en devoir, de nous interroger sur l'incidence de toutes ces mesures ainsi que sur l'évolution réelle de notre métier.

Les usagers, les consommateurs ne restent pas les bras croisés, le service public subit une involution, et de nouveaux réseaux sociaux se dessinent, alors quelles nouvelles adéquations pour la psychiatrie privée ?

Nos enquêtes insistent sur la spécificité de notre pratique au sein de la médecine ainsi que sur la nécessaire « signature de notre acte » : des fondamentaux existent. Les nouvelles adéquations, si elles tendent à un équilibre, ne doivent-elles pas en tenir compte ?

Nous comptons sur votre présence pour participer à ce débat et continuer à enrichir la réflexion au sein de l'AFPEP - SNPP. L'éthique issue de la pratique du soin n'est-elle pas en cause ? L'évaluation et l'expertise seront-elles notre chemin ?

Colloque de Cerisy - Juin 2011

Jean-Jacques Laboutière

Parallèlement à son engagement dans les associations psychiatriques internationales, notamment la WPA et ALFAPSY, la présence de l'AFPEP sur la scène internationale s'est particulièrement affirmée cette année par son implication dans l'organisation du Colloque de Cerisy, organisé en partenariat avec la Société de l'Information Psychiatrique et l'Association Française de Psychiatrie. Centré sur le thème de l'empathie, ce colloque s'est tenu du 18 au 25 juin dernier.

Le cadre prestigieux du Centre Culturel International de Cerisy est plus habitué à héberger des colloques de philosophie, de littérature, de sciences humaines, voire de psychanalyse, que des colloques de psychiatrie. C'est dire qu'il a fallu faire preuve pour les trois directeurs de ce colloque, Antoine Besse pour l'AFPEP, Michel Botbol pour l'AFP et Nicole Garret-Gloanec pour la SIP, d'une extrême détermination et d'une rigueur sans faille, tant pour en construire le contenu que pour convaincre les responsables de Cerisy de l'inscrire à leur programme.

Plus de deux années de travail ont été nécessaires pour y réussir. Comme les directeurs du colloque l'ont expliqué eux-mêmes en ouverture des travaux, ce colloque de Cerisy tire en effet son origine d'un autre colloque organisé en février 2008 dans le cadre de la WPA conjointement par les cinq associations françaises de psychiatrie membres de cette dernière (l'AFPEP, l'AFP, la SIP, l'Evolution Psychiatrique et la Société Médico-Psychologique). Ce colloque de 2008, qui avait pour thème l'Initiative pour la Psychiatrie de la Personne promue dans le cadre de l'association mondiale par son précédent président, Juan Mezzich, s'était en effet avéré si difficile à mettre sur pied et avait rencontré tant d'obstacles, parfois même au sein de l'association mondiale elle-même, que ses organisateurs s'étaient promis que la prochaine manifestation internationale qu'ils mettraient en place serait un colloque « pour le plaisir ». A l'évidence, cela ne signifie toutefois pas sans beaucoup de travail de préparation.

Cette formule un peu provocante de « colloque pour le plaisir » renvoie cependant aussi à une autre ambition. Les congrès de psychiatrie de dimension internationale, et cela gagne les congrès nationaux, sont devenus des manifestations gigantesques au cours desquelles sont présentées sans grande possibilité de discussion des communications portant sur les sujets les plus divers. Ils s'accompagnent d'une écrasante présence de l'industrie pharmaceutique sans le soutien financier de laquelle il serait impossible d'offrir des droits d'inscriptions accessibles aux psychiatres. De tels congrès sont sans doute utiles pour mettre ses connaissances à jour mais offrent rarement l'occasion d'une réflexion collective.

Ce type de réflexion se cantonne donc dans des manifestations de format plus réduit mais qui souffrent d'autres limites. Tout d'abord il s'agit de congrès uniquement nationaux et non plus internationaux, mais surtout ils s'adressent à un public « catégoriel » : congrès de psychanalystes, de psychiatres privés ou de psychiatres publics.

Ce colloque « pour le plaisir » doit donc surtout être compris comme le pari de mettre sur pied une manifestation de dimension internationale, ouverte non seulement à tous les psychiatres, mais encore à tous les professionnels intéressés au thème, mais dont l'organisation soit pourtant prioritairement ordonnée à l'ambition de pouvoir réfléchir ensemble et, de surcroît, demeure absolument indépendante de l'industrie pharmaceutique puisqu'elle n'a été financée que par deux des trois associations à l'origine de cette initiative, l'AFPEP et la SIP.

Le choix du thème, l'empathie, traduisait quant à lui la volonté de placer l'interdisciplinarité, et donc la confrontation des points de vue qui en découle, au coeur de la réflexion. Objectif largement atteint puisque ce ne sont pas moins de sept disciplines qui ont pu dialoguer tout au long de ce colloque : philosophie générale et politique, neurosciences, psychanalyse, esthétique, sociologie, économie et linguistique, chacune incarnée par des spécialistes internationalement reconnus de leur domaine propre, ont tissé durant toute la semaine un dialogue d'une extrême consistance, encore enrichi par les contributions de plusieurs cliniciens, afin de mieux cerner la notion d'empathie.

Que peut-on retenir des conférences présentées au cours de ce colloque et des débats qui les ont suivies ?

Bien qu'il soit inévitablement réducteur d'en tenter une synthèse, les travaux peuvent se décrire selon trois dimensions : tout d'abord le problème de définition et de délimitation de la notion d'empathie, ensuite les aspects cliniques présentés au cours du colloque, enfin les articulations de la notion d'empathie aux questions éthiques et sociales.

Les questions de définition et de délimitation de la notion d'empathie ont fait l'objet du plus grand nombre des interventions. Les travaux se sont ouverts par une conférence introductive remarquablement documentée de Jacques Hochmann retraçant l'émergence progressive de la notion : ses prémisses que sont la pitié de Jean-Jacques Rousseau et la sympathie d'Adam Smith, son autonomisation dans le champ esthétique avec l'Einfühlung de Robert Vischer, puis l'extension de l'Einfühlung au domaine de l'intersubjectivité grâce à Théodore Lipps, ce qui a donné lieu au néologisme de langue anglaise empathy en 1909 pour traduire le terme Einfühlung.

Jacques Hochmann a également largement développé dans sa conférence les diverses acceptions du terme Einfühlung en psychanalyse à partir des travaux de Freud et Ferenczi, en phénoménologie à partir de l'oeuvre de Husserl et les divergences avec ce dernier qu'ont exprimées Sheller et Ricoeur, et bien sûr en psychiatrie avec Karl Jaspers et surtout Carl Rogers, la traduction des oeuvres de ce dernier en 1952 étant la première occurrence de l'utilisation du terme empathie en langue française.

A la seule exception d'Alain Berthoz, professeur de physiologie au Collège de France, tous les orateurs se sont accordés à reconnaître que l'empathie articule deux dimensions : une dimension cognitive et une dimension affective. Il serait donc tentant de classer les contributions selon qu'elles viennent éclairer l'une ou l'autre dimensions mais l'exercice s'avère impossible à l'expérience tant ces deux dimensions sont elles-mêmes imbriquées. Il faut donc se résigner à un inventaire inévitablement un peu fastidieux des apports en fonction des disciplines.

Les neurosciences ont fait l'objet de cinq interventions, dont deux conférences très développées d'Alain Berthoz. Ce dernier soutient une position originale en ceci qu'il considère que la notion d'empathie ne doit pas être élargie au-delà d'un mécanisme strictement cognitif correspondant à la possibilité de changer de point de vue dans l'espace pour passer d'un point de vue égo-centré à un point de vue hétéro ou allo-centré. Cette réduction de la notion a toutefois permis à Alain Berthoz d'être le seul conférencier à avoir été en mesure de proposer une définition positive de la notion d'empathie : « L'empathie est la capacité de se mettre

à la place d'un autre tout en restant soi-même. »

Les autres intervenants se réclamant des neurosciences ont cependant présenté des points de vue moins restrictifs, tous soulignant la dualité, cognitive et affective, de l'empathie. Sans détailler chacune des interventions, Perrine Ruby, Julie Grezes et Guillaume Dezeache tous trois chercheurs en neurosciences ont exposé les supports neurologiques de la constitution du « self », préalable indispensable à la capacité de se saisir soi-même comme distinct de l'autre, de l'imitation motrice et de la contagion émotionnelle. De ces trois interventions il ressort que l'empathie pourrait se comprendre comme l'effet, sur un self bien constitué, des mécanismes d'imitation reposant sur les neurones miroirs pour son versant cognitif et, sur le versant affectif, des mécanismes de la contagion émotionnelle mais surtout de la possibilité d'inhiber partiellement cette contagion.

Enfin, toujours dans le champ des neurosciences, Nicolas Georgieff, s'appuyant sur les travaux de Jean Decety qui était invité à ce colloque mais n'avait pas pu se libérer, soutient une position assez proche de la précédente mais qui insiste davantage sur le fait que l'empathie reposerait sur la mise en jeu de deux systèmes : d'une part l'imitation, support à la fois du versant cognitif et affectif de l'empathie, impliquant les neurones miroirs, et d'autre part l'agentivité (agency) permettant de répondre à la question « Qui fait quoi ? ».

Très loin des neurosciences, la philosophie, l'esthétique et la phénoménologie ont fait l'objet de plusieurs interventions. Shaun Gallagher, philosophe américain spécialisé en épistémologie, a présenté une conférence dans laquelle il a largement critiqué la théorie de la simulation sur laquelle s'appuient les neurosciences pour rendre compte de l'empathie. Il propose plutôt de s'appuyer sur la narrativité pour comprendre comment on peut se mettre dans la position de l'autre. Cette position philosophique est plus proche de la position d'Alain Berthoz que des autres intervenants issus des neurosciences dans la mesure où elle plaide également pour considérer l'empathie comme un changement de point de vue mais elle y ajoute une historicisation de la position subjective de l'autre grâce au récit narratif.

Les diverses contributions se réclamant de l'esthétique peuvent être rapprochées de la position de Shaun Gallagher. En effet Thierry Delcourt, dans un passionnant exposé sur le portrait, a bien montré en quoi le regard du spectateur doit à la fois se laisser prendre par l'oeuvre et en même temps l'interroger. La présentation de Jean-Louis Pradel insiste dans ce sens puisque toute son intervention à propos de l'esthétique de l'art moderne démontrait que l'émotion naît essentiellement de l'historicisation de l'oeuvre dans le contexte qui a conduit à sa création.

Cet abord esthétique laissera cependant ouverte la question du but visé par l'empathie en art. Est-ce l'oeuvre ou est-ce l'artiste ? Cette problématique de la visée de l'empathie a d'ailleurs été particulièrement bien posée par Jacques Kraemer dans son intervention sur le théâtre. Qu'en est-il en effet de l'empathie de l'acteur pour un personnage qui n'est en fin de compte qu'une création littéraire ? Le spectateur est-il en empathie avec l'acteur, le personnage joué par l'acteur ou les deux ? S'agit-il dans ce cas d'empathie ou d'identification ? Autant de questions que ce conférencier a préféré laisser ouvertes.

Georges Jovelet a également exploré la dimension esthétique dans sa contribution mais se décale des précédents intervenants. Il souligne en effet que les mécanismes à l'oeuvre dans la création artistique, et notamment dans l'art contemporain, poussent davantage l'artiste à la recherche de ce qu'il peut reconnaître de vérité dans son oeuvre qu'à susciter une émotion esthétique chez le spectateur, de sorte que la position du spectateur se trouve de ce fait décalée vers une évaluation éthique de la démarche artistique, ce qui ne peut se superposer à une position empathique.

Le point de vue phénoménologique devait être développé par Nathalie Depraz qui n'a pas pu se libérer pour assister à ce colloque. Ce courant théorique était cependant également représenté par Pierre-Paul Lacas, notamment la phénoménologie de Husserl ainsi que de sa disciple Edith Stein. Pierre-Paul Lacas a proposé une conférence mettant en évidence comment Gisela Pankow s'était appuyée sur les travaux d'Edith Stein pour construire le concept de *Mitleiblichkeit* à partir de la notion plus classique d'*Einfühlung*.

Au-delà des interventions, il semble que ce colloque a été l'occasion de constater à plusieurs reprises au cours des discussions un accord entre le développement des neurosciences et la phénoménologie dans la représentation d'autrui. Plus précisément, le fait que la perception de l'autre se fonde en fait sur une activité motrice au niveau cérébral semble faire écho à la notion d'« intentionnalité » qui est au coeur de la conception phénoménologique.

La tradition phénoménologique était également illustrée par la contribution de Didier Austry et Eve Berger qui ont développé pour nous la distinction fondamentale entre les termes de « Körper », c'est-à-dire le corps dans son aspect objectivable et de « Leib », le corps vivant, que l'on traduit plus volontiers par « chair » en français, et qui est l'objet de l'Einfühlung.

Enfin Bernard Pachoud s'est également inscrit dans cette ligne de pensée et nous a présenté la théorie de la reconnaissance d'Axel Honnet qui, dépliée en trois niveaux (affectif, juridique et investissement personnel) propose non seulement un modèle explicatif de l'empathie, intriquant à la fois des aspects cognitifs et affectifs, mais offre surtout des perspectives cliniques et éthiques sur lesquelles il faudra revenir plus loin.

Entre neurosciences et psychologie, il faut faire une mention particulière des travaux de Colwyn Trevarthen. S'intéressant aux relations précoces mère-enfant, il a présenté une conférence de plus de trois heures, et en français, dans laquelle il expose comment il a pu mettre en évidence le fait que le self se constitue beaucoup plus tôt que l'on ne le pense généralement, dès six semaines, et surtout l'existence dès cet âge de proto-conversations mère enfant qui se déroulent de manière très structurée avec une introduction, un développement, une acmé et une résolution. Le point le plus important est que ces proto-conversations peuvent être transmodales, ce qui démontre qu'il ne s'agit pas là que de simples mécanismes de contagion émotionnelle. Colwyn Trevarthen a également longuement développé les mécanismes d'ajustement entre la mère et l'enfant, montrant que certaines modifications mélodiques de la parole maternelle signent la dépression maternelle et de quelle manière l'enfant réagit à ces modifications. Ces travaux ouvrent donc des perspectives tout à fait passionnantes sur les ressorts de l'empathie.

La psychanalyse était également bien représentée au cours de ce colloque bien que, selon R. Roussillon, la question de l'empathie a été peu travaillée dans le cadre de cette discipline. Ainsi, Joëlle Rochette a exposé que les concepts freudiens d'attention, d'investissement, de compréhension mutuelle permettent d'articuler la psychanalyse avec les travaux des neurosciences.

De son côté René Roussillon a repris Winnicott en proposant de considérer que l'empathie était ce qui caractérise la position de « mère suffisamment bonne ». Son intervention a essentiellement consisté à rappeler que l'enfant est équipé d'une représentation du pré-maternel qui le pousse à interagir avec sa mère et que les interactions mère enfant visent un accordage que l'enfant doit pouvoir trouver quand il le sollicite. En écho aux travaux de Colwyn Trevarthen, il a souligné l'importance du travail d'ajustement entre le bébé et sa mère pour parvenir à cet accordage.

Nicolas Georgieff a rappelé que Widlöcher s'est intéressé à la question de l'empathie et que ce dernier distingue deux formes d'empathie : l'empathie constituante, c'est-à-dire l'adhésion au monde de l'autre, et l'empathie locale qui correspond à la mise en commun d'un affect.

Pour Nicolas Georgieff, cette distinction recoupe en partie la distinction entre empathie cognitive et affective de Decety. Il a également insisté sur la réciprocité de l'empathie, qu'il trouve trop négligée par les neurosciences, tout en admettant qu'il demeure difficile de distinguer l'empathie pour autrui de l'empathie pour soi.

Enfin Serge Tisseron nous a proposé une modélisation de l'empathie extrêmement élaborée, distinguant et articulant plusieurs niveaux d'empathie : tout d'abord l'empathie directe qui consiste à reconnaître l'autre comme humain ; puis l'empathie réciproque, c'est-à-dire accepter que l'autre se mette à ma place ; enfin l'empathie extériorisante qui se distingue des précédentes par le fait d'accepter que l'autre m'apprenne quelque chose sur moi-même. Outre le fait que cette théorisation soit extrêmement développée, cette intervention

avait l'intérêt de discuter les buts de l'empathie ainsi que les obstacles qui la menacent.

Au-delà de l'intérêt propre de chaque intervention, il est sans doute important de souligner que les contributions se référant à la psychanalyse ont toutes cherché à s'articuler aux avancées des neurosciences. Ce colloque est donc aussi l'occasion de faire un pas de plus dans le rapprochement entre sciences fondamentales et psychanalyse que l'on voit s'amorcer depuis quelque temps.

La dernière discipline invitée dans ce colloque était l'économie qui propose un modèle explicatif de l'empathie, du moins sur son versant cognitif, qui fait écho à certains aspects de la théorie de la reconnaissance d'Axel Honnet. Pour Stefan Collignon, l'empathie est liée à la nécessité que chacun reconnaisse l'autre comme libre et égal à lui-même dans une société moderne, par opposition à une société traditionnelle dans laquelle les rapports entre les membres sont réglés de manière hiérarchique et les préoccupations de chacun sont entièrement tournées vers la société.

L'empathie est donc indispensable à la survie d'une telle société. Elle s'actualise dans la capacité de passer les contrats librement entre individus égaux en droit. Ici encore, cette conception de l'empathie appelle des développements sur le plan éthique sur lesquels il convient de revenir.

Pour conclure cette première partie consacrée à la définition et aux limites de la notion d'empathie, que peut-on retenir de ces diverses interventions ?

Les points suivants semblent faire l'objet d'un consensus entre tous les intervenants : l'empathie suppose la constitution préalable d'un soi (self) ; elle consiste avant tout dans la capacité de changer de point de vue ; elle se distingue de la sympathie par la possibilité de se distancier de la contagion émotionnelle ; elle suppose une réciprocité, même si cette dernière est asymétrique ; enfin elle est une intentionnalité, c'est-à-dire que l'empathie est avant tout une intention d'ajustement à la position de l'autre, ce qui signifie qu'elle peut aussi être suspendue.

Alain Berthoz a invité les participants à ce colloque à abandonner le terme d'empathie pour celui de « parcours empathiques ». Cela correspondrait sans doute plus à la réalité tant les mécanismes sur lesquels repose l'empathie s'avèrent complexes. Toutefois, un concept flou encourage une recherche interdisciplinaire qui peut s'avérer à terme plus féconde que si chaque discipline se donne un objet distinct, réduit à ses seules méthodes de recherche. C'est pourquoi il a été décidé de maintenir le terme d'empathie.

Une seconde dimension des travaux a été constituée par des communications cliniques mettant en évidence le rôle central de l'empathie dans la prise en charge des certains patients. Il est impossible de les résumer ici et l'on se contentera d'en citer les auteurs. Il s'agit de Chantal Lheureux-Davidse, psychanalyste, d'Eve Berger, fasciathérapeute, une technique théorisée dans le champ de la phénoménologie, enfin de Bernard Odier, psychiatre, psychanalyste.

Sur un plan plus théorique, nombre d'interventions déjà citées s'articulent aux questions cliniques. Ainsi, Jacques Hochmann a souligné l'importance dans la pratique clinique de la distinction proposée par Karl Jaspers entre *erklären* et *verstehen*, ce dernier terme renvoyant à une attitude empathique.

Comme cela a déjà été dit, il a également abondamment commenté les apports de Sandor Ferenczi, Carl Rogers, et plus récemment de Heinz Kohut. Nicolas Georgieff a largement insisté sur le fait que l'empathie est un facteur de transformation dans le cadre des soins. Georges Jovelet a quant à lui décrit de manière très précise dans son intervention les modifications de l'empathie dans différents tableaux cliniques. La théorie de la reconnaissance d'Axel Honnet s'articule à de nombreuses situations cliniques. Les effets dévastateurs du défaut de reconnaissance dans les organisations sociales contemporaines ont été évoqués à plusieurs reprises. Enfin les apports des recherches sur l'empathie dans la prise en charge de l'intime ont été illustrés par l'exposé de Laurent Danon-Boileau, spécialiste de linguistique.

A défaut de pouvoir développer plus largement ici les questions cliniques qui traversaient toutes les interventions, et plus encore les débats qui suivaient ces interventions, ce qui en rend le compte rendu

pratiquement impossible, il convient de revenir dans une troisième partie sur les aspects éthiques et sociaux des travaux de ce colloque. Divers problèmes éthiques ont en effet été discutés dans ce colloque à propos de l'empathie. Ils ne peuvent bien sûr être formulés que sous forme de questions qui restent ouvertes et sans réponse définitive.

Tout d'abord le respect de l'intimité de l'autre pose la question des limites de l'empathie. Jusqu'où peut-elle aller ? Le sentiment général convergeait sur le principe que l'empathie doit céder le pas devant le droit à l'intimité de chacun.

L'empathie ouvre également la question de la possibilité de manipulation en ce sens que, puisque l'empathie donne une connaissance sur l'autre, cette connaissance peut être source d'un pouvoir institué contre l'autre. Cette question s'articule aussi à la question de l'empathie ressentie par le bourreau envers sa victime et, réciproquement, de la victime envers son bourreau (syndrome de Stockholm).

Corrélativement il semble évident que l'empathie n'est pas nécessairement « bonne ». Faut-il introduire le terme de negempathie à côté du terme empathie, sur le modèle du couple sympathie/ antipathie ?

Une question qui est beaucoup revenue dans les débats est de savoir si l'empathie spécifie l'être humain. Jean Oureib a présenté à ce sujet une remarquable intervention qui mettait en évidence le fait qu'il s'agit là d'un thème récurrent de la littérature et du cinéma de science-fiction, l'empathie étant généralement présentée comme le propre de l'homme, permettant même de discriminer les humains parmi les androïdes de toutes sortes.

Pour Serge Tisseron, il semblerait que ce soit plutôt le fait de pouvoir suspendre l'empathie qui spécifie l'humain.

Enfin Alain Berthoz, qui estime que la capacité de se mettre à la place de l'autre est en place à partir de 7 ans, considère qu'il importe d'éduquer au changement de point de vue les enfants de 7 à 12 ans, faute de quoi ils conserveront toute leur vie les croyances qu'ils avaient auparavant. Pour Alain Berthoz, il y a là la possibilité d'une véritable prévention du fanatisme, ou à défaut d'une instauration du fanatisme si l'on néglige cette éducation.

D'autres questions se posent sur le plan social. Ainsi, la théorie de la reconnaissance d'Axel Honnet pose de nombreux problèmes. Que penser des organisations sociales qui visent, notamment dans le travail, à priver délibérément les employés de toute possibilité de reconnaissance alors que cette théorie démontre que cela ne peut que les mettre à mal ?

La vision de l'empathie proposée par l'économie ne va pas non plus sans poser question. En effet, si l'empathie est indispensable au fait qu'une société se règle sur les valeurs de liberté et d'égalité, ne va-t-on pas vers une « société de l'empathie » (cf. Rifkin). Les débats sur cette question ont fait apparaître deux craintes principales qui touchent toutes deux à notre conception de l'être humain : d'une part la réduction du sujet à un homo economicus, un thème qu'Alain Caillé, a développé dans son intervention ; d'autre part ne glisse-t-on pas vers une réduction de la vie psychique aux processus empathiques en évinçant toute perspective de conflictualité inconsciente, au risque de négliger les apports de la psychanalyse ?

Enfin, l'une des questions les plus fondamentales a été énoncée par Georges Jovelet dans son intervention. L'émergence de l'importance prise par le concept d'empathie ne doit pas nous exonérer de nous interroger sur ce qu'elle cache. En d'autres termes, la place sans cesse plus importante prise par cette notion n'est-elle pas au service d'une entreprise de simplification abusive de l'intersubjectivité visant à réifier toujours plus l'être humain ?

Il y aurait certes encore beaucoup à dire tant les communications comme les débats tout au long de ce colloque ont été riches mais ces quelques lignes rendent compte de l'essentiel et il ne semble pas excessif de prétendre que le travail réalisé au cours de cette semaine de colloque peut être considéré comme exemplaire de ce qu'est une psychiatrie vivante. En effet, puisque la psychiatrie se distingue d'autres disciplines

médicales du fait que ses pratiques ne se réfèrent pas à une théorie unique du fonctionnement psychique, elle doit pour demeurer vivante s'appuyer sur une diversité de modèles théoriques.

Mais, pour y parvenir, elle doit se garder de deux écueils. Le premier, le plus évident, consisterait à vouloir uniformiser les pratiques indépendamment de leurs références à des modèles théoriques. Cette attitude conduit mécaniquement à évincer les modèles théoriques qui fondent des pratiques se prêtant moins bien que d'autres à des procédures d'évaluation objectivante, ce qui entraîne un appauvrissement dramatique de la théorisation dans notre discipline. C'est pourtant un danger très actuel tant la demande sociale de standardisation des soins est forte en ce moment.

Le second écueil, plus pernicieux concerne les psychiatres eux-mêmes. S'il est évidemment légitime que chaque psychiatre se réfère préférentiellement à un modèle théorique plutôt qu'à un autre, d'abord pour des raisons touchant à sa propre formation, mais aussi au regard du public qu'il prend en charge ainsi que tout simplement qu'une pratique de qualité suppose sans doute une certaine orientation, voire une spécialisation, il serait en revanche très dangereux que la psychiatrie en tant que discipline mette elle-même les modèles en concurrence dans le but d'en évacuer certains.

L'Association Mondiale de Psychiatrie, qui devrait être garante de la diversité des modèles théoriques au sein de notre discipline, se montre malheureusement assez décevante sur ce point depuis quelques années. Il est donc symboliquement de la plus haute importance que ce soit précisément les associations françaises de psychiatrie les plus engagées au sein de l'association mondiale, dont l'AFPEP, qui aient pris l'initiative d'organiser ce colloque international afin de démontrer que la possibilité d'un travail interdisciplinaire en psychiatrie, dans le respect des positions théoriques de chacun, demeure non seulement possible mais incontestablement fécond.

Il faut aussi dire un mot de la vie à Cerisy-la-Salle. Cette vie communautaire, fondée sur l'engagement de chacun de sacrifier ses occupations durant une semaine pour se retirer dans le bocage normand dans le seul but de se consacrer à la réflexion collective. Cette vie très ritualisée par les coutumes de Cerisy, qui déroutent au début, mais dont on se rend pourtant très vite compte qu'elles soutiennent très efficacement le groupe dans son travail. Ce cadre hors du temps, confortable certes mais néanmoins austère, dans lequel téléphoner ou consulter ses messages sur Internet devient un effort, cette rupture radicale de l'agitation mondaine, tout cela produit sur chaque participant qui joue le jeu et demeure durant toute la durée du colloque des effets qui font de la participation à un colloque à Cerisy une expérience très particulière mais salubre, comme un refuge d'humanité, un point fixe dans le tourbillon du monde...

Révision de la CIM-10. Résultats de l'enquête réalisée auprès des psychiatres

William Markson

L'Organisation mondiale de la santé prépare actuellement la onzième version de sa "Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé associés". Pour la révision de son Chapitre V : Troubles mentaux et comportementaux, l'OMS s'est associée à la World Psychiatric Association pour y impliquer les psychiatres du monde entier afin de produire une nouvelle classification qui serait le plus utile possible aux cliniciens. Cette collaboration se déroule en six étapes, selon un protocole parfaitement structuré.

En tant que membre de la WPA, l'AFPEP fut sollicitée pour participer à ce processus. Nous y avons répondu positivement, comme Antoine Besse l'a expliqué dans un précédent article (BIPP n°58 de janvier 2011), car les enjeux sont de taille. Tout en étant attachés au colloque singulier, à une psychiatrie centrée sur la

personne, on ne peut ignorer l'importance de l'entourage, de la cité, de l'État (difficile à ignorer ces temps-ci) et maintenant de la mondialisation.

La première étape consistait en une "enquête systématique et mondiale sur les expériences et attitudes des psychiatres vis-à-vis de la CIM-10 et d'autres systèmes de classification". Quarante-six sociétés savantes de tous les continents, représentant 4 887 psychiatres, y ont participé, dont deux françaises, l'AFPEP et la Société de l'Information Psychiatrique.

Exception française

Il est intéressant de noter que si la CIM-10 est quasi inexistante aux USA, DSM oblige, elle prédomine largement dans le reste du monde, utilisée par 70 % des psychiatres. Traduite en 19 langues, l'enquête a suscité davantage de réponses dans les pays pauvres que riches.

Le taux de réponse des adhérents AFPEP est de 23 %, égal à celui de la SIP et proche de la moyenne européenne (24 %) et mondiale (26 %). Mais ensuite se dessine une sorte d'exception française. À 59 ans, nous sommes les plus âgés, ex aequo avec les Américains. Avec 27 ans d'expérience professionnelle, nous sommes les doyens du monde, devant les Japonais. Nous passons le plus de temps auprès des patients, 38 heures par semaine, devant les Polonais.

Cela devrait nous conférer quelque crédibilité. Et puis ceci : nous ne sommes que 14 % à utiliser régulièrement dans notre travail une classification formelle, CIM-10 ou autre. C'est très loin de tous les autres groupes ; les adhérents de la SIP et les Italiens sont à 64 % et le reste du monde au-dessus. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'Assurance Maladie française ne demande pas systématiquement aux psychiatres libéraux un diagnostic formel, comme c'est le cas pour les hospitaliers et beaucoup de confrères du monde qui ont affaire aux assurances privées. Ou bien, c'est que nous avons d'autres repères pour orienter notre travail ; voire le signe d'une défiance vis-à-vis de ces classifications en forme de catalogue.

À quoi sert un système de classification ? À communiquer entre cliniciens, puis pour orienter la thérapeutique, de l'avis de la majorité des psychiatres du monde. Pour nous, c'est autant pour communiquer entre cliniciens que pour établir des statistiques nationales ; serions-nous désabusés ? Quels sont les diagnostics le plus souvent posés ? Les différences entre nos réponses et la moyenne mondiale figurent dans le tableau ci-dessous :

Rang	AFPEP	Monde
1	F41.2 Trouble mixte anxio-dépressif	F32 Épisode dépressif
2	F32 Épisode dépressif	F20 Schizophrénie
3	F33 Dépression récurrente	F31 Trouble bipolaire
4	F60.31 Personnalité borderline	F41.2 Trouble mixte anxio-dépressif
5	F20 Schizophrénie	F33 Dépression récurrente
6	F31 Trouble bipolaire	F41.1 Anxiété généralisée
7	F41.1 Anxiété généralisée	F43.2 Trouble de l'adaptation
8	F22 Délire chronique	F10 Troubles dus à l'alcoolisme
9	F42 Trouble obsessionnel compulsif	F41.0 Trouble panique
10	F51 Trouble du sommeil non organique	F60.31 Personnalité borderline

Que souhaitent les psychiatres d'une nouvelle classification ? Pour la majorité, une classification plus simple, avec moins de catégories, transculturelle, utile cliniquement, plutôt qu'un outil de recherche aux critères stricts. Dans plusieurs pays toutefois, dont la France, une minorité significative souhaite une classification nationale tenant compte de la culture du pays. Un article détaillé sur cette enquête, par Reed et coll. se trouve dans World Psychiatry 2011 ; 10 : 118-131.

Suite... et fin ?

La deuxième étape du processus de révision doit aboutir à la formulation de propositions concrètes de modification de la CIM-10. Ces propositions devront être étayées scientifiquement ou par consensus lors d'une série de réunions menées par un groupe de travail connaissant parfaitement le sujet. Cela nécessiterait un effort considérable et bénévole car l'OMS n'a pas de quoi le financer.

Ce serait une possibilité de marquer des points contre le DSM. Toutefois, les adhérents AFPEP utilisant peu les classifications formelles et en particulier la CIM-10, prolonger notre participation paraîtrait inopportun.

Par ailleurs, la lutte continue contre le DSM, véritable démantèlement de la pensée clinique, où les catégories ont la légèreté du simulacre, symptôme d'une société de consommation où la valeur d'échange supplante la valeur d'usage, pour les diagnostics comme pour les médicaments.

L'AFPEP au Congrès Mondial de la WPA de Buenos Aires

Antoine Besse

18-22 septembre 2011

Tous les trois ans, la WPA organise son congrès mondial. Elle y tient son Assemblée Générale réunissant les représentants de ses associations nationales, afin de rendre compte de son triennium et d'élire la moitié de son bureau (mandats de 6 ans) et son président élu, ainsi que ses représentants des 18 régions du monde.

Parallèlement, ses sections spécialisées tiennent leur réunion pour élire leurs responsables. Comme je vous l'avais déjà expliqué depuis le congrès mondial de Prague en 2008, l'AFPEP, la SIP et l'AFP, principales associations françaises membres de la WPA s'étaient unies pour que la représentation française parle d'une seule voix et vote de façon concertée dans les instances comme l'A.G. Cette année ce fut un degré de plus, nos votes étant tous portés sur les mêmes candidats, soit près de 40 voix (identiques en nombre à celles des USA ou du Canada) et ceci fut bien repéré par nos collègues des autres pays.

Lors des élections à l'AG, nos votes unis ont permis l'élection de candidats susceptibles de soutenir nos valeurs « au mieux » ; ce qui ne veut pas dire que nous soyons satisfaits après un triennium d'opposition. Il s'agit pour nous de maintenir une résistance faite d'alliances et de ruptures. La majorité, qui depuis Prague a repris le pouvoir au sein des instances de la WPA est certes éloignée de nos conceptions d'une psychiatrie clinique.

Cette psychiatrie « technologique » hégémonique tendue vers une scientificité médicale, comme le président sortant Mario Maj le voulait, pas toujours compatible avec notre perspective anthropologique. L'hégémonie de ces courants que nous combattons en Europe ou en France s'explique par sa forte représentation au sein de l'université, le contrôle de l'accès aux revues scientifiques à comité de lecture et avec fort « impact factor » , très soutenus par l'industrie pharmaceutique . Ceci reste considérable et peut paraître à beaucoup comme un véritable rouleau compresseur.

Cette fois-ci, la bataille qui nous oppose à ces courants a vu le rapport des forces se rééquilibrer grâce à la dénonciation de conflits d'intérêts de plus en plus nombreux dans plusieurs domaines, comme celui de l'élaboration du DSM5, et celui de la recherche psychopharmacologique.

Que penser du fait que le Programme Institutionnel pour une Psychiatrie centrée sur la Personne développé à la WPA sous la présidence de J. Mezzich et voté à l'A.G. de Prague de 2008, ait été abandonné par l'actuelle direction de la WPA ?

Ce programme a dû se développer au sein d'un réseau international élargi à la Médecine centrée sur la Personne soutenu par une partie de l'OMS et pourvu depuis mai 2011 d'une revue internationale. Ce réseau international compte, entre autre, l'association mondiale des médecins de famille, plusieurs fédérations internationales de psychiatres, d'infirmiers et travailleurs sociaux et de représentants de patients et des familles comme l'EUFAMI (Fédération Européenne dont l'UNAFAM est membre).

Au même moment, aux Etats-Unis, se développe une controverse sur le futur DSM5 prévu pour sortir en 2013, rejoint par les créateurs du DSM2 et 3 comme Allen Frances, Christopher Lane et d'autres, avec la publication à New York d'un manifeste rédigé par plusieurs associations de psychologues américains et soumis à pétition en ligne.

En France, c'est un Manifeste STOP DSM qui est produit par un ensemble de psychiatres psychanalystes (présenté à Paris le 5 novembre 2011).

Le mouvement du « recovery » enfin permet de découvrir de nouvelles données scientifiques sur l'évolution favorable d'un quart des patients psychotiques déclarés malades pour toute leur vie.

Enfin, les mouvements de patients et leur famille dans le monde entier, prennent une part grandissante dans ces courants, en faveur d'une psychiatrie humaniste où se retrouvent les valeurs de cette psychiatrie intégrative.

L'OMS a changé et a dû s'ouvrir à d'autres acteurs du soin, sans toutefois pouvoir se dégager des alliances avec la WPA, qui reste l'ONG la plus écoutée encore actuellement, mais plus exclusivement. Est-ce que cette hégémonie va pouvoir un jour cesser ?

Nous l'espérons, par notre présence agissante et critique au sein des sections de la WPA et par un rééquilibrage européen (qui compte 50 000 psychiatres, soit la moitié des psychiatres mondiaux) ébauchés par nous depuis 2008 (congrès européen WPA de Paris) et qui a été suivi d'un chantier de création d'une fédération européenne des associations psychiatriques nationales (FPP pour la France) en voie d'achèvement. Une fois exposée cette contextualisation en pleine évolution, l'union des représentants français au niveau mondial (WPA) et européen continue de servir notre stratégie.

Nous avons donc soutenu des candidats pouvant aider nos forces en France et en Europe face à des directives étatiques toujours plus tatillonnes concernant notre outil de travail (le libre accès au soin, l'acte unique pour les privés et le secteur pour les publics).

Ce Congrès mondial WPA de Buenos Aires a réuni 14 000 psychiatres venus du monde entier. Le coût élevé du voyage a empêché les pays émergents et beaucoup d'européens d'y assister. L'affluence venait des deux Amériques et d'Australie ce qui a mis en difficulté certaines sections, comme celle de psychiatrie de l'enfant au moment du renouvellement de leurs instances au profit d'un courant nord-américain à nos dépens.

Lors de la conférence inaugurale, Mario Maj a fait un bilan de son trienum sans laisser parler les collègues de son « board » ou même les Argentins co-organisateurs. Il a mis l'accent sur l'enquête sur la CIM 10, l'impact factor de la revue de la WPA qui la place à un niveau élevé si l'on valorise cet aspect de la discipline.

Le prix Jean Delay a été attribué à l'américain K.S. Kendler dont la conférence a laissé passer un début d'équilibre entre la psychiatrie psychogénétique (clinique) et la psychiatrie mécaniciste. Nous n'y avons pas vu une vision intégrative⁽¹⁾ de la psychiatrie. Seules dans les ateliers et symposia des sections auxquels nous sommes engagées s'y trouvaient développé les points d'apports qui ont progressivement construit la psychiatrie clinique ou intégrative. Ces sections où nous sommes membres actifs sont : Psychanalyse en Psychiatrie, Périnatalité, Classification, Psychiatrie de l'enfant, transculturelle, littérature en Psychiatrie, Suicidologie.

Certes la majorité des symposia allaient encore du côté de ces courants hégémoniques avec sa « sémiologie de syndromes atomisés, sans liens entre eux, mais répondeurs à telle ou telle forme de traitement ».

Actuellement, le nouveau président de la WPA, l'américain Pédro Ruiz incarne ce courant technologique. Nous comptons sur la présence au sein de son « board » de collègues proches de nos conceptions de la psychiatrie et que nous avons contribué à faire élire. Nous verrons dans les trois ans à venir comment notre engagement prépare le futur trienum du président élu, Dinesh Bhugra ancien président du Royal College britannique de Psychiatrie.

En marge du congrès WPA, la rencontre des psychiatres-psychanalystes argentins dans leurs lieux d'échanges à Buenos Aires, fut pour moi une grande joie ; leur ouverture d'esprit et leur grande humanité rayonnent dans un pays très réceptif à la psychothérapie.

Le succès du Colloque International de Cerisy la Salle de juin dernier sur « l'empathie » va permettre une publication qui sortira prochainement et dont je vous reparlerai.

(1) « Tout en affirmant l'ancrage de la psychiatrie dans la médecine, elle portent une conception de la psychiatrie progressivement construite par l'articulation de différents rapports : la tradition clinique héritée des aliénistes, la psychanalyse, les acquis de la psychothérapie institutionnelle, mais sans non plus réfuter les acquis de la psychopharmacologie ou des psychothérapies qui trouvent aussi leur place dans la psychiatrie » Quelles politiques pour la psychiatrie ? Jean-Jacques Laboutière, Psychiatries, septembre 2006 N° 146.

Colloque FFP-AFFEP

La Fédération Française de Psychiatrie et l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie organisent un Colloque le vendredi 4 mai 2012 Amphithéâtre Raymond Garcin - Hôpital Sainte-Anne

Comment la psychothérapie vient-elle aux psychiatres ?

Psychothérapies, spécificité, transmission

Argumentaire

A l'heure où la psychiatrie vit de nombreux remaniements et un renouvellement de ses pratiques, semblent converger d'une part un désir pour certains de transmettre quelques clefs de leur exercice, et pour les jeunes générations un désir accru de formation.

Le sujet de la psychothérapie en constitue un élément central : au-delà des repérages nosographiques classiques, au-delà d'une pensée contemporaine guidée par les protocoles et les recommandations, tout praticien de notre discipline est inévitablement saisi par la nécessité de comprendre les effets de parole qui se développent dans son acte, et de mieux les utiliser.

Qu'il s'agisse du souhait de connaître les applications techniques de certains modèles de psychothérapie, ou d'un besoin de mettre au jour les ressorts souvent surprenants d'une relation de soins, la formation à la psychothérapie est au coeur de notre sujet et la condition de son développement durable, pourrait-on dire aujourd'hui...

Où, comment, en quoi et avec qui cette formation à la psychothérapie peut-elle advenir ?

Est-ce la psychothérapie qui vient aux psychiatres ou les psychiatres qui viennent à la psychothérapie? Ce sont ces questions que la Fédération Française de Psychiatrie et l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie se proposent de discuter lors de cette journée.

XL^e Journées Nationales

Béatrice Guinaudeau

27 - 28 et 29 septembre 2012 Bordeaux

Le thème retenu tourne autour du soin dans sa dynamique et ses états : invention, réinvention et conditions de son exercice seront mis au travail.

Le mot de la coordinatrice de ces Journées

Chers collègues,

Nous vous informons que les prochaines Journées Nationales de l'AFPEP se dérouleront à Bordeaux.

En souhaitant avoir le plaisir de réfléchir, d'échanger, de débattre, ensemble, autour du thème du soin dans sa singularité et son inventivité avec chaque patient, nous vous donnons rendez-vous les 27, 28, 29 septembre 2012 à Bordeaux.

Nous vous communiquerons au printemps la plaquette du programme de ces Journées.