

Sommaire du BIPP n° 61 - Février 2012

Éditorial Michel Marchand

Nouvelle version BIPP Thierry Delcourt

Bilan PPSM Michel Marchand

Communiqué du SNPP

Le député, le lobbying et la santé mentale Françoise Labes

Communiqué du SPH

Païement à la performance Patrice Charbit

FMF Michel Marchand

Réforme de l'internat en psychiatrie Élie Winter

Portrait d'une signature Frédéric Aumjaud

Journée de Nice Hélène Baudoin

DOSSIER SPECIAL : la mise à mal du métier de psychiatre

La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?

Pédagogies de l'AFPEP - SNPP Patrice Charbit

Pour une refondation de la psychiatrie Hervé Bokobza

L'autisme a reçu le label «Grande cause nationale 2012» Loriane Brunessaux

Lettre au Conseil de l'Ordre à propos des attaques contre Pierre Delion

Le député Daniel Fasquelle contre la psychanalyse dans l'autisme

Extraits des échanges de courriels entre les membres du SNPP

Lettre ouverte aux parlementaires Michel Marchand - Élie Winter

Tribune libre

L'empêchement à penser Jacqueline Légaut

Pour la Raison Dominique Morel

Tee-shirt intelligent pour troubles bipolaires

Editorial

Michel Marchand

Voici bientôt une année que le nouveau Bureau est à l'oeuvre pour continuer de défendre et affirmer, au nom de l'AFPEP - SNPP, le rôle des psychiatres d'exercice privé dans un contexte défavorable à tous points de vue.

Qu'il s'agisse des récents textes de loi, adoptés ou en préparation, de la convention signée en juillet dernier ou des orientations arrêtées dans le cadre du Plan Psychiatrie Santé Mentale en train d'être finalisé, une convergence se précise : la détermination de nos tutelles à réduire le champ de notre exercice aux « troubles mentaux avérés » renvoyant à d'autres la souffrance psychique dont il serait difficile d'évaluer la sévérité à la seule lecture d'une classification diagnostique, la volonté de rogner notre indépendance professionnelle par l'exigence d'appliquer des normes standardisées, l'ambition de redistribuer les rôles entre l'administration et les soignants aussi bien qu'entre les différents professionnels de la santé.

Pendant ce temps les divisions traversent les associations scientifiques et les syndicats - et nous n'en sommes pas exempts - alors qu'il demeure essentiel de continuer à débattre de manière féconde et nourrir par une pensée dialectique notre engagement dans le champ social à notre place de soignants et de citoyens.

C'est à cela que nous nous attelons. Ainsi le prochain Séminaire de l'AFPEP, inséré au milieu des Francopsies de Montpellier le 30 juin prochain, et nos Journées Nationales de Bordeaux fin septembre seront consacrés à la question du soin (l'urgence, la permanence, l'inventivité du soin,...), avec un recentrage incessant sur la clinique et la singularité de chaque situation.

Nous mesurons également, pour l'avenir de notre métier, l'importance de la refonte de la maquette du DES de psychiatrie et du format de l'internat. C'est pourquoi nous nous employons, au sein du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie, à permettre le dialogue entre les internes, les praticiens et les universitaires, afin d'assurer une véritable transmission de notre pratique comme le souhaitent ardemment les psychiatres en formation.

Il en va de même du côté du développement professionnel continu : celui-ci doit relever en toute indépendance des psychiatres eux-mêmes.

Ces points saillants seront au menu de notre Assemblée Générale et nous vous invitons chaleureusement à y participer activement.

Nouvelle formule, nouvelle présentation du BIPP

Thierry Delcourt

Vous l'avez remarqué, notre Bulletin d'Information des Psychiatres Privés s'est offert une nouvelle présentation qui se veut plus lisible et plus attractive. Comme toujours dans ces évolutions proposées, un temps d'ajustement est nécessaire.

La nouvelle formule du BIPP a besoin de votre avis et de vos propositions pour se rendre encore plus attractive et efficace. Bien sûr, le plus visible est le remodelage de la couverture. Mais je vous propose aussi deux aménagements importants : le choix pour chaque numéro d'une thématique faisant l'objet d'un dossier spécial, et la présence d'un encart central à feuilles détachables afin de faciliter la lecture et l'inscription aux événements que proposent l'AFPEP-SNPP et ses partenaires.

Je vous rappelle la mission initiale du BIPP, dont vous trouverez les archives complètes sur le site : <http://www.efpep-snpp.org/index.php?page=archives-bipp>

« Le SNPP publie trimestriellement le BIPP, Bulletin d'Information des Psychiatres Privés, à destination des adhérents de l'AFPEP-SNPP. Ce bulletin comporte les dernières informations professionnelles mais aussi des articles de fond, le plus souvent proposés par les membres du Conseil d'Administration de l'AFPEP-SNPP.

Publier dans le BIPP est cependant ouvert à tous les adhérents : n'hésitez donc pas si vous le souhaitez à nous envoyer un article, de préférence par courriel, à l'attention du rédacteur en chef du BIPP. » info@afpep-snpp.org ou delcourthierry@9online.fr

Nous publions désormais trois numéros par an, dont certains sont adressés à l'ensemble des psychiatres privés. De plus en plus, le BIPP ouvre ses colonnes à tous les adhérents et sympathisants, mais aussi à celles et ceux qui pensent l'actualité de la profession et de la pratique. Soucieux d'être au plus près du questionnement de chacun, le comité de rédaction inter-réagit avec l'actualité. Mais le souci est aussi de ne pas se laisser emporter dans des polémiques accessoires. En effet, il est important de ne pas se laisser détourner, de ne pas laisser de côté le travail de fond et la pensée, clinique et politique, qui animent le syndicat (SNPP) et l'association scientifique (AFPEP) depuis leur fondation. Ce numéro traite de la mise à mal du métier de psychiatre, et le prochain s'intéressera à l'indépendance professionnelle et au secret professionnel. Dès maintenant, vous pouvez adresser vos contributions. Vous pouvez aussi adresser vos billets d'humeur, vos annonces et vos informations locales, régionales et nationales.

Merci de votre avis.

Plan Psychiatrie Santé Mentale : quels enseignements ?

Michel Marchand

L'ambition de ce nouveau plan est de « prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques ». Nous aurions aimé que l'objectif fût de mieux soigner la souffrance psychique !

Après avoir peiné à être invités en tant que psychiatres d'exercice privé, nous avons pu participer à trois réunions à la Direction Générale de la Santé pour constater qu'il était avant tout demandé aux participants d'approuver un texte préétabli. Comment serait-il possible de procéder autrement quand seules quatre réunions thématiques ont été programmées ?

Ce plan se résume à une somme de bonnes intentions, au demeurant louables : éviter l'inégalité devant l'accès aux soins, éviter la stigmatisation et l'exclusion sociale - au moment où celles-ci sont orchestrées dans les discours de nos dirigeants politiques et amplifiées par les médias - et assurer une continuité dans le parcours des patients entre les hospitalisations, les suivis ambulatoires, l'accompagnement médico-social, l'environnement familial et social.

Nous ne pouvons que souscrire à un tel énoncé, situant la psychiatrie comme un enjeu de société ne concernant pas seulement les professionnels de santé. Mais qu'en est-il dans la réalité ?

Les ARS auront jusqu'à l'été pour montrer qu'elles appliquent les « orientations stratégiques » ainsi définies. Sans aucun autre moyen à la clef. Les psychiatres libéraux sont nommément inscrits dans les dispositifs de coordination à mettre en oeuvre dans les « territoires de santé », sans que soient précisées pour autant les conditions requises pour assurer des soins de qualité et une réelle concertation de terrain, conditions que nous avons revendiquées : temps disponible et rémunéré pour participer au conseils locaux de santé mentale, respect de l'indépendance professionnelle et de la confidentialité, libre choix, accès direct, évolution adéquate de la démographie des praticiens...

Et pour chapeauter le tout, un savant distinguo entre la souffrance psychique, qui ne relèverait plus de notre fonction, et les « troubles psychiatriques avérés », coeur de métier, annonce clairement la volonté de réduire notre périmètre de soins au profit d'une délégation de tâches.

NB : pour compléter cette information nous vous livrons ci-joint le communiqué que nous avons fait paraître ainsi que celui du SPH avec l'éclairage des hospitaliers sur le démantèlement programmé du secteur pour aller vers la vague notion de « territoire de proximité ».

Communiqué du SNPP

Le 26 janvier aura lieu la présentation du plan

"Psychiatrie santé mentale" 2011-2015

Ce plan a été élaboré à l'issue d'un simulacre de concertation dont nous avons été témoin alors que nous n'avions pas été invités dans un premier temps : quatre réunions thématiques de quatre heures chacune, débouchant sur un catalogue des doléances de nombreuses associations représentant aussi bien les professionnels que les administrations et gestionnaires, les patients et leurs familles.

Ce "comité de pilotage" a été constitué avant que soit rendu le bilan du plan précédent dont nous savons qu'il n'a débouché sur rien.

Nous attendons toujours une véritable concertation prenant réellement en compte les questions urgentes qui se posent à la Psychiatrie. Les spécificités radicales de notre discipline ne sauraient se réduire à des considérations hygiénistes sur la santé mentale pasteurisant la dimension du soin et évacuant les enjeux réels.

Le député, le lobbying et la santé mentale

Françoise Labes

Le travail du « comité de pilotage » du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 était organisé en quatre réunions thématiques et mobilisait tous les acteurs du sanitaire, du médico-social, de la réinsertion, et les associations de patients et familles de patients. Rappelons que les actions seront déclinées par les ARS en fonction des acteurs et ressources locales.

Dans le cadre de la session de quatre heures consacrée à la Formation et la Recherche, la représentante d'une association de familles de patients schizophrènes a préconisé que la formation des psychiatres soit recentrée sur ce qui ferait le cœur du métier : le diagnostic obligatoirement délivré au patient, et le traitement médicamenteux. Elle a déploré qu'il soit, selon elle, impossible d'obtenir un rendez-vous auprès de professionnels qui ne se préoccuperaient que de psychothérapie et supposé un déficit de formation à l'organicité.

Cette insistance n'a pas semblé émouvoir outre mesure la majorité des représentants de psychiatres présents. Pour nous ce fut l'occasion de rappeler ce qui fait le fondement même de l'acte du psychiatre, la dimension relationnelle sans laquelle aucun diagnostic ni traitement ne peut s'élaborer ; d'affirmer que cet acte n'est pas réductible à un acte médical, qu'il intègre la question du transfert, de l'engagement relationnel ; et d'insister sur la réalité de la pratique libérale loin de la « bobologie » qu'évoquait le député Lefranc dans un autre contexte. Nous avons précisé que nous avons à cœur de ne pas enfermer le patient dans un diagnostic sans pour autant nous cantonner dans une position psychanalytique supposée dogmatique et signalé que la difficulté d'accès au psychiatre s'inscrit dans la question démographique et dans celle de l'accès au soin.

Ce fut également l'occasion d'affirmer notre soutien aux internes demandeurs de voir la question de l'acte forcément psychothérapeutique intégrée dans leur formation.

Au cours de cette même réunion il fut insisté par différents acteurs soignants ou gestionnaires sur la pénurie de professionnels du soin ; une des solutions maintes fois invoquée étant la création de métiers intermédiaires : pairs-aidants, médiateurs. L'éducation thérapeutique fut bien sûr vantée. Tout cela est à rapprocher de la récente actualité et du dépôt de projet de loi visant à interdire la psychanalyse dans les lieux accueillant des autistes au profit du tout médical et éducatif.

La réunion évoquée était traversée par cette tendance. Tout en évitant les tautologies qui empêchent de penser, dogmatisme contre dogmatisme, idéologie contre idéologie, il faut être conscient que nous avons à faire au glissement insidieux de la conception humaniste et psycho-dynamique de la psychiatrie jugée « trop réactive »⁽¹⁾ vers une acception partagée entre la naturalisation de la maladie mentale supposée produit d'un cerveau dysfonctionnel, et l'hygiénisme de la santé mentale dite positive où chacun sera convoqué à être entrepreneur de son propre équilibre et « équipé dès son plus jeune âge »⁽¹⁾ de préceptes éducatifs lui permettant d'atteindre cet objectif.

Devons-nous craindre que l'évolution actuelle vide peu à peu la discipline, qu'on ne nous demande plus d'être des êtres pensants en capacité relationnelle mais des experts diagnostiquant, prescrivant et orientant vers ces nouveaux corps de métiers comme celui des psychothérapeutes estampillés par les préfets ?

Le soin psychique ne doit pas être le « supplément d'âme » de la psychiatrie, mais sa finalité essentielle. Pour continuer à prendre soin de nos patients, prenons soin du métier.

(1) voir le Rapport : « La santé mentale l'affaire de tous » remis au gouvernement en novembre 2009 par le Comité d'Analyse Stratégique

Communiqué du SPH

Plan psychiatrie et santé mentale 2012 : tout ça pour ça ?

Nul n'était besoin d'engager le Haut Comité de Santé publique et la Cour des Comptes à établir un bilan du plan psychiatrie et santé mentale de 2005 pour se contenter en 2012 d'un nouveau plan qui ne répond pas aux insuffisances signalées par ces deux hautes instances soucieuses de coûts et d'efficacité des politiques publiques.

Nul n'était besoin d'annoncer depuis l'élaboration de la loi HPST qu'une réflexion spécifique pour la psychiatrie justifierait une loi d'organisation, d'engager pour cela la mission Couty et de publier un rapport sénatorial appelant lui aussi à une loi de santé mentale, pour au final réduire les travaux à un simple plan d'orientations sans pouvoir incitatif.

Cette priorité de santé publique que constitue la santé mentale, à en croire les nombreux rapports sur la psychiatrie, devra donc se contenter des 34 pages d'un simple assemblage de thèmes et de recommandations régulièrement déclinées depuis 15 ans sans qu'il soit donné réellement les moyens de les mettre en oeuvre.

Comment croire que de simples « orientations stratégiques » adressées aux ARS, dont l'absence de caractère incitatif leur confère au mieux la qualité d'une liste de vœux pieux, au pire celle d'un simple exercice de style adapté à une campagne électorale, puissent bâtir une politique de santé mentale, alors que la multiplicité des missions et la diversité des champs concernés obligerait à des dispositions et des mesures législatives de portée nationale ?

Ainsi le ministère qui s'était montré particulièrement volontaire en matière de soins sans consentement pour mener en juillet 2011 une réforme législative alambiquée et contraignante, apparaît beaucoup plus en retrait lorsqu'il s'agit de redéfinir clairement l'organisation des soins psychiatriques, les moyens qui y sont consacrés et les indicateurs de résultat, le minimum pourtant nécessaire pour assurer la prévention et les prises en charge en santé mentale.

Après les réformes d'organisation sanitaire qui n'ont fait que gommer les spécificités de la psychiatrie et pulvériser son cadre juridique d'organisation territoriale, la « mission de service public psychiatrique de secteur » que la Cour des Comptes appelait à créer dans son bilan se réduit ici à la simple évocation d'une « mission de service public psychiatrique de proximité ».

Derrière les formulations imprécises ou tarabiscotées, la volonté ministérielle d'enterrer l'échelon du secteur sous la nébuleuse d'ensembles plus vastes reste intacte.

Ce plan catalogue, où chaque acteur de santé mentale pourrait penser trouver l'orientation qui lui manquait, n'est en fait que la marque du désengagement de l'État pour mener la réforme d'organisation attendue des professionnels qui devrait préserver les spécificités de la psychiatrie nécessaires à la politique de santé mentale. Alors que les derniers rapports dénoncent les disparités territoriales, ces orientations stratégiques molles laissées aux initiatives de terrain et aux déclinaisons régionales ne pourront que les favoriser.

Dans cette entreprise d'évidement du secteur initiée par la réforme HPST, l'absence de cadre juridique propre à la psychiatrie installe la dérive de son organisation qui aura pour conséquence de produire ce que le plan

prétend éviter : les ruptures de soins pour les patients.

Le SNPP et le paiement à la performance

Patrice Charbit

Sur le site de la CPAM, on pouvait lire : « Les objectifs liés à la qualité de la pratique médicale ne sont pas encore définis pour les spécialistes non médecins traitants ». Ainsi, les modalités exactes de ce qu'il fallait faire pour obtenir le paiement à la performance ne seraient définies qu'après-coup, en fonction de la moyenne des praticiens, de la « progression » de ces derniers, de l'atteinte des objectifs cibles pour des indicateurs et il appartenait à chaque médecin de faire parvenir à sa CPAM avant le 25 décembre 2011 son refus du P4P (paiement for performance) sinon, il y était inscrit d'office, selon les termes de la nouvelle convention.

Ne sachant pas à quoi cela engageait, la voie de la raison consistait à refuser cette adhésion. Cela a été le choix et le mot d'ordre du SNPP, d'autant qu'il était possible de s'y réinscrire par la suite sans jamais avoir été déconventionné un seul instant.

La manière est pour le moins cavalière : non seulement le paiement à la performance est introduit comme allant de soi mais, de plus, il s'agissait d'une désinscription volontaire et l'inscription d'office ne présageait pas de ce à quoi cela engageait.

Les instigateurs de ce processus ont sans doute pensé que nous n'avions pas les moyens de mesurer les bienfaits du progrès accrédité et qu'il convenait de nous forcer un peu la main. Ils ignoraient à quoi cela pourrait servir dans l'immédiat, mais finiraient bien par trouver. Un chèque en blanc sur nos pratiques en l'échange d'une promesse d'euros.

Le SNPP se bat d'arrache-pied pour obtenir des revalorisations convenables de nos actes mais certainement pas à n'importe quel prix. L'indexation aux critères énoncés par l'assurance maladie provoque un conflit d'intérêt avec le soin que nous devons à nos patients, mais ce débat semble dépassé avant même d'avoir eu lieu. Les gestionnaires « savent » et n'ont pas de temps à perdre en interminables palabres. Peut être même que le temps presse.

Suite à notre mot d'ordre, nous avons reçu un abondant courrier de votre part, de multiples questions nous ont été posées, de chaleureux remerciements nous ont salués. Vous avez visiblement été nombreux à nous suivre. Nous avons pu vous prévenir en urgence, ce qui souligne la pertinence de notre newsletter Caractères et l'enjeu qu'il y a à nous faire parvenir vos coordonnées e-mail.

Cette démarche a été concomitante de l'envoi de délégués par les CPAM afin d'expliquer personnellement aux praticiens la teneur de la nouvelle convention. Cette coïncidence a amené de nombreux confrères à penser qu'il s'agissait d'une conséquence de l'envoi de leur lettre recommandée refusant le P4P. Il n'en est rien. Il ne s'agit pas de contrôle ou de mise en contentieux. La CPAM inaugure une communication plus personnalisée et vous téléphone pour prendre rendez-vous.

En revanche, nous n'avons jamais reçu autant de courrier en un début d'année et vous êtes nombreux à nous demander notre soutien notamment parmi les pédopsychiatres en butte avec les consultations facturées à un parent dont le bien-fondé est âprement discuté.

La CPAM communique en cultivant l'approche individuelle mais en multipliant les contentieux dans le même temps... La « chasse aux tricheurs », très en vogue, laisse d'honorables confrères dans le souci de se

sentir soupçonnés, d'avoir à se défendre, alors qu'ils n'ont pas à rougir de leurs pratiques.

Si l'exercice de la pédopsychiatrie en secteur 1 ne devient plus possible, nous aurons tous à en rougir. Sans doute avons-nous à nous expliquer davantage...

Chamboulements à la FMF

Michel Marchand

Affilié à la FMF, notre syndicat ne peut qu'être circonspect devant la confusion qui perdure au sein de cette centrale.

Entre l'ancienne direction qui projette de créer un nouveau regroupement des spécialités et continue de contester devant les tribunaux l'élection des nouveaux dirigeants et ces derniers qui viennent de mettre en place une « FMF Union Spécialistes », quel est notre interlocuteur ? Et surtout quelle est l'orientation actuelle ?

La FMF s'est résolue à signer la nouvelle convention dont nous contestons la disposition principale : l'indexation de l'amélioration des revenus médicaux - hormis la modeste revalorisation obtenue par les seuls psychiatres, rappelons-le - à la satisfaction des critères dits de « performance » telle que l'Assurance Maladie les conçoit.

Notre prochaine Assemblée Générale aura à débattre de la position du SNPP vis-à-vis des centrales syndicales et de la FMF en particulier.

Réforme de l'internat en psychiatrie : la grande magouille...

Elie Winter

Les batailles autour de l'internat en psychiatrie, donc de ce qu'il est convenu d'appeler la «formation initiale», cristallisent les points les plus litigieux des conflits syndicaux actuels.

Une réforme est proposée par la CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat), qui vise à réformer l'ensemble des internats et des post-internats de chaque spécialité et qui consiste essentiellement, en ce qui concerne la psychiatrie, à ajouter une année d'internat et à supprimer l'assistantat des hôpitaux.

Ça n'a l'air de rien, mais tout est dit. Et les internes sont furieux, même si ce n'est pour l'instant qu'un projet. La commission CNIPI voulait soi-disant résoudre un double-problème :

- le *numerus clausus* a doublé en quelques années en psychiatrie : rattrapage en catastrophe de tant d'années d'incurie gestionnaire,
- et beaucoup d'internes demandent un poste d'assistant ou de chef de clinique après leur internat (pendant 2 ans renouvelables). Pour la CNIPI, c'est le signe que la formation initiale en 4 ans d'internat est vécue comme insuffisante. Or il n'y a pas assez de postes d'assistant pour accueillir

tous les internes, et «ce serait trop cher d'en ouvrir» (c'est bien sûr tout le sens de la réforme : faire le moins cher possible).

La CNIPI propose donc l'économie : au lieu de 4 ans, il faut 5 ans (dont la dernière année aurait un statut particulier appelé aussi « Assistant » histoire de brouiller les cartes, que nous appellerons ici « interne-assistant » pour plus de clarté). Mais il faut une mauvaise foi d'administratif pour arriver à oser une pareille manipulation. Car justement, si on considère que les internes auraient presque tous fait un post-internat (assistant ou chef de clinique), avec ces 2 années supplémentaires, on passe de 6 ans avant la réforme, à 5 ans après ! Tout ça soi-disant au nom d'une demande formation supplémentaire des internes ?

Pourquoi une telle manipulation, qu'est-ce que ça cache ?

- Ajouter un an à la formation initiale permet de valider un conflit en cours depuis 11 ans : une réforme avait voulu imposer aux internes de psychiatrie de faire 1 an en "Hors-Filière" c'est-à-dire de passer 1 an d'internat de psychiatrie dans des services de médecine en mal d'internes. Sur les 4 ans, il n'en restait que 3 en psychiatrie, et donc les services y perdaient $\frac{1}{4}$ des effectifs d'internes. Difficile à accepter. Plutôt que de défendre l'intérêt commun AVEC les internes (qui n'ont jamais voulu de ce stage hors filière obligatoire), les universitaires ont depuis cherché à ajouter un an d'internat AUX DEPENS des internes. Plutôt que de se battre contre le ministère, il est plus simple d'imposer son autorité (quitte à la décrédibiliser), aux internes.

- Remplacer l'actuel assistanat en 2 ans par un nouvel « interne-assistant » sur 1 an, c'est quasiment la fin du secteur 2. Nous l'avons fait préciser au Pr Bougerol qui laissait penser que ça pourrait être le secteur 2 pour tous... « ça, ce sera aux syndicats de le négocier ! »... mais qui n'était pas prêt cependant à y mettre là une condition sine qua non à ce projet. Le SNPP rappelle que le secteur 2 a été mis en place pour ne pas avoir à augmenter les honoraires des médecins. Ce qui fut bien le cas ! Nous ne pourrions accepter de limitation au secteur 2 qu'avec un rattrapage du CNPSY à la hauteur, c'est-à-dire au moins à 3C !

- Les jeunes psychiatres y perdent aussi en mobilité : alors qu'ils pouvaient choisir leur poste d'assistant dans toute la France, voilà que cette nouvelle formule les contraindra à rester dans leur région, ou dans des services où il y aura un accord avec la région d'origine. Pour nous en rendre compte, il a suffi d'écouter l'argument de la CNIPI : « la mobilité sera facilitée »... ah bon, en quoi ?

- Sur le fond, c'est encore pire : cette réforme cache un refus de réforme sur le contenu de l'internat. Un vague projet de contrôle des services hôtes est tellement complexe qu'on ne comprend pas comment il pourrait être mis en place, et surtout par qui (les universitaires ont-ils tant de temps libre qu'ils aillent visiter et contrôler les services de secteur ? heureusement non !). Un autre projet de « carnet de suivi de stage » cherche à objectiver les acquis pratiques durant l'internat :

- « a mené une psychothérapie comportementale avec un phobique », coché !
- « a mis un patient en chambre d'isolement » coché !
- « a mis un patient en chambre d'isolement avec contention physique » ah zut, j'ai pas encore fait, le prochain je le fais ligoter pour valider mon objectif.

- Dernier point qui pose question pour l'organisation des secteurs de psychiatrie : la disparition des postes d'assistant spécialiste va poser un problème pour effectuer et signer les très nombreux certificats des hospitalisations sous contrainte (depuis la nouvelle loi du 5 juillet). Les « internes-assistants » n'auront en effet pas le droit de s'en occuper. Il n'y aura donc que les PH pour ça.

Pourtant, il suffit d'écouter les internes de l'AFFEP⁽¹⁾, qui travaillent depuis 1998 (création de l'association) à réunir les demandes des internes, les mettre en forme, et les proposer aux universitaires. Que demandent-ils ?

- Un internat de 4 ans, avec un stage hors filière facultatif et NON obligatoire.
- Rester à un seul stage obligatoire en CHU (car on sait la tentation des universitaires d'obliger les internes à venir dans certains services boycottés : obliger plutôt que convaincre).
- Entendre parler de psychothérapies avant d'être reconnu désormais « psychothérapeute » (depuis l'amendement Accoyer) : dans les services de psychiatrie, la surcharge de travail permet trop rarement que le compagnonnage puisse vraiment s'occuper de ça. Pourquoi aucun cours, aucun conseil de lecture ? ou si peu... Oui c'est une démarche personnelle, mais doit-elle être solitaire et isolée ? Rares sont les régions où un interne peu curieux aura l'occasion d'une découverte. Il faut une sollicitation.
- Un vrai contenu scientifique (au sens large, des sciences humaines aux neurosciences), actuellement cruellement déficient.
- L'accès à une supervision, idéalement hebdomadaire, sur l'ensemble des terrains de stage, condition indispensable et nécessaire pour l'obtention de l'agrément.

A cela, la CNIPI répond que le contenu pourra plus facilement être revu quand le contenant sera réformé. On se demande bien en quoi, et - pourquoi ce "et" ? - le SNPP avec ses alliés du CASP est bien décidé à ne pas laisser faire n'importe quoi.

Au total, cette réforme n'apporte en fait aucune amélioration de la formation initiale, ne répond en rien aux attentes des internes, et n'a comme seuls effets que la désorganisation des services et la disparition du secteur 2.

Ce qu'il fallait faire, c'est tout simplement augmenter le nombre de postes d'assistants en proportion de l'augmentation du numerus clausus.

(1) Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie

Portrait d'une signature

Frédéric Aumjaud

Le travail collecteur et collectif de nos pratiques entrepris par P. Charbit et coll. en 2007⁽¹⁾ nous a permis d'accueillir une nouvelle acception : « notre signature ». Nous avons appris à nous reconnaître dans notre spécificité de praticien de libre pratique (PdLP). Truisme pour des psychiatres avertis ? Certes pas. Nous savions bien ce que nous « bidouillions » dans l'intime de nos cabinets mais cette perception ne pouvait être satisfaisante.

Il nous a fallu attendre ce travail remarquable pour recevoir cette invitation à se reconnaître dans une singularité spécifique de Praticien de Libre pratique. C'est donc l'histoire, le portrait, d'une expérience que je me propose de vous écrire. C'est à votre adresse que cette signature est envoyée, pour que le psychiatre reste innovant, interrogatif à l'égard de notre société et si possible militant de l'humain.

Une pratique singulière commencée en 1979 lorsque le choc du jeune faisant fonction d'interne rencontra celui d'une très jeune équipe infirmière dans un pavillon asilaire. Il y avait des jeunes psychotiques, des arriérés qui s'agitaient dans tous les sens dans la grande salle commune et des vieux faisant banquette aux pourtours de cette salle. Si un de ces vieux se risquait à vouloir traverser cet espace brownien il risquait pour le moins d'être bousculé et au pire, la fracture du col du fémur. Les plus âgés de l'équipe infirmière restaient à l'abri dans un bocal (espace protégé vitrifié) tout en sirotant des cafés. Choqués, nous nous mîmes au travail avec des conceptions Piagétienne de la démence, mais imprégnés de théorisation Lacanienne. C'est ainsi que nous pûmes lire autrement ces « patients-éponges », imbibés de psychotropes. Il fallut extraire ces patients de cette salle commune où régulièrement ils étaient bousculés par les jeunes agités. Étant gériatre et psychiatre en formation, il fut possible de proposer une sorte de défense maniaque pour combattre ce que nous ressentions de ce spectacle affligeant. C'est ainsi que nous avons pu proposer, expérimenter, et critiquer notre travail. En effet, régulièrement nous sommes allés nous confronter aux confrères lors de congrès et de publications mais c'était le plus souvent dans un milieu gériatrique. L'idée centrale était que le patient pouvait bien être dément, il n'en restait pas moins un Sujet. C'est ainsi que nous avons pu favoriser la circulation de la parole par la mise au point de temps spécifiques techniques qui étaient révolutionnaires à l'époque. Progressivement nous avons pu faire disparaître quasiment tous les psychotropes.

Ce début des années 80 fut une période riche en recherche de prise en soins divers. La psychiatrie de la personne âgée naissait de manière officielle en France par la création de la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF). Parallèlement, les réunions de la Société de Gériatrie Psychanalytique étaient d'une richesse infinie par le contraste proposé à cette approche socio-médico-psychologique qui nous était imposée par les gériatres. Ces derniers s'étaient emparés de la clinique du sujet âgé dans son ensemble. Les psychiatres institutionnels géraient de manière humaniste les troubles du comportement mais laissaient le champ libre aux somaticiens pour bon nombre de lectures théoriques et pratiques des souffrances psychiques. Notons qu'il y avait quand même des poches de résistance de la part de certaines équipes psychiatriques.

En 1985, au moment où les patients « inadéquats » sont chassés des centres psychothérapiques départementaux, je m'installe comme gérontopsychiatre, dans un groupe constitué de trois psychiatres. Entre temps, j'ai pu théoriser sur le concept de Sujet Vieillissant Âgé (SVA), faire la différence entre gérontopsychiatrie et Psychogériatrie.

Depuis, ma signature s'est épaissie, les tirets entre géronto et psy ont disparu, signe d'une banalisation du statut⁽²⁾. Mais, que ce soit au sein de la communauté de la SPLF ou AFPEP, je continue à explorer et proposer mon expérience sans ou presque de confrontations confraternelles. Originalité d'une praxie, de cet univers de la rencontre singulière avec ces consultants qui ont passé « le 7 » avec ses deuils successifs moins bien assumés que « les 6 » où la puissance adaptative est encore là. Et maintenant « le 8 » avec la perte d'autonomie et les dépendances. Et enfin, le club moins fermé actuellement des « 9 » avec cette solitude de rescapés.

Heureusement, lors des dernières journées de l'Encéphale à Paris (18, 19, 20 janvier 2012), la psychiatrie gériatrique nouvelle me semble s'être réveillée par cette lecture clinique centrée sur la personne. Elle pourra ainsi combattre le discours inquisiteur jusqu'ici des neurosciences. Il est temps que les Psychiatres de Libre pratique se reconnaissent comme de formation médicale avec cette trace mnésique indélébile du passage par la désérotisation du corps pour être soignant et pas seulement les artistes de la gestion du transfert et du contre transfert. Psychologues et psychothérapeutes de tous genres ne peuvent avoir la même lecture clinique que doit revendiquer le psychiatre par sa déformation médicale. Séméiologie médicale, prescription et dé prescription nous appartiennent en propre et ne doivent pas nous échapper.

En effet, il conviendrait que les psychiatres arrêtent de se cacher derrière leur petit doigt et affrontent cette rencontre avec la souffrance psychique, maladie ou pas, où la mort concentrée dans les rides et les douleurs diverses peuvent conduire à accepter la solitude affective ou sociale comme une normalité. En un mot, comme si tout ceci était dû à l'avancée en âge, que les mécanismes psychiques étaient rouillés, et qu'il n'était pas nécessaire de s'intéresser à la vie psychique des vieillissants âgés.

La montée des vieux, voilà un phénomène sociétal inédit dans l'histoire des civilisations. Nos patients ont très peu de références pour s'appuyer sur ce qu'ils ressentent, et s'ils viennent en parler nous ne pouvons ignorer l'expression psychique de certaines maladies somatiques. Nous ne pouvons ignorer les interférences sociales. Les couples s'interrogent sur leurs positions imaginaires quand les processus démentiels s'installent ou que la maladie chronique envahit le temps à vivre.

Les familles, les enfants et pas n'importe lesquels s'interrogent sur leurs places à prendre dans une position OEdipienne inversée. Les jeunes vieux ne sont pas les vieux-vieux et le « Moi hideux » que ces derniers renvoient nous convoque dans les limites de nos interrogations personnelles et dans les champs variés de la clinique, de l'éthique, du culturel et du politique.

Il s'est donc dessiné progressivement une lecture séméiologique avec des concepts tels que : autonomie, dépendance, fragilité, vulnérabilité, apathie. Une clinique où s'intriquent les références socio-médico-neuropsychologiques et médicales, complexifient les notions subtiles de « dépressivité », de dépressions, d'hallucinations, de délire sans parler des troubles cognitifs bénins ou pas.

La sommation de signes, les comorbidités, l'iatrogénie viennent faire barrage à ce qui pourrait être dit de cette difficulté à avancer en âge. Il convient alors d'accueillir une praxie du praticien de libre pratique où l'histoire du Sujet prend toute sa valeur car pouvant être déposée lors de l'intime de la rencontre. Un positionnement particulier s'instaure avec le Sujet, les familles, nos correspondants médicaux et/ou institutionnels. Par cette place revendiquée j'assume ma signature et mes limites qui me font ne pouvoir accompagner certains car ils ne peuvent plus se déplacer. Faudrait-il me rendre chez eux ? Faudrait-il visiter également les centenaires qui ont aussi des choses à dire notamment de ce passage « du travail de vieillir au travail de trépas » ?

Pour le moins, le Gériopsychiatre de libre pratique revendique-t-il d'accompagner, voire de soigner un Sujet vieillissant Âgé à l'hiver de sa vie. Redonner du temps, de la temporalité, du sens au temps à vivre car il n'est pas obligatoire de vivre jusqu'à 120 ans même si les Sciences ont démontré le possible théorique. Une société faite d'hommes bioniques interroge le club des « 9 » actuels, mais nous, quels compromis serons-nous capable d'accepter ?

Avancer en âge avec sa « patientèle » ce n'est pas la même chose, le même engagement que d'accueillir à partir d'un âge avancé une histoire de vie amputée ou que la vie ampute. Faut-il vivre mourant ou mourir vivant ? Par son positionnement particulier, avec souplesse, fermeté et assurance d'être là, le Gériopsychiatre peut proposer un temps, un espace où il est inutile de se signer pour faire signature.

(1) Persiste et signe, L'étude clinique. Numéro spécial revue Psychiatries.

(2) F. Aumjaud Lecture de la clinique psychiatrique du sujet vieillissant âgé lors d'un exercice de libre pratique. In : Rev. Psychiatries, N° 148. p 205-215.

La créativité dans l'art et dans la thérapie - Nice 28 janvier 2012

Hélène Baudoin

Il n'est pas innocent en ces temps où la norme tente de prendre le contrôle, de choisir de parler de créativité dans la thérapie, de la questionner, de la comparer à la créativité artistique à partir de l'intuition fondamentale

qu'il s'agit bien au fond de créer du soi en créant de l'autre. Une force vive toujours en butte aux acteurs du surmoi en recherche de domination.

Et c'est en partie la théorie de la psychosomatique relationnelle de Sami Ali qui a guidé les réflexions, avec Hélène Baudoin psychiatre à Nice, Leïla Hussein Psychologue et Art Thérapeute à Lausanne, Michèle Chahbazian psychiatre à Aix en Provence toutes trois membres du Centre International de Psychosomatique, partageant la parole avec Thierry Delcourt, psychiatre psychanalyste à Reims et Sophie Gomez Psychologue à Nice.

Cette théorie place le rêve comme la plus remarquable invention de Freud, non plus seulement en tant que réalisation d'un désir mais comme espace de projection, espace de création des issues à nos impasses à vivre la réalité.

Le succès de cette journée a permis d'imaginer une suite...

Désir de lire :

Penser l'unité de Sami Ali (Ed L'esprit du temps). Un livre qui est l'aboutissement actuel de l'élaboration théorique de l'auteur, où il se propose de situer sa pensée au sein des différentes pensées qui ont tenté de saisir la problématique de l'âme et du corps.

Au delà des divisions, Sami Ali expose sa pensée de l'unité de la réalité humaine, qui ouvre une possibilité d'aller à la limite du savoir, à la limite du dicible pour saisir ce qui est. Et par là approcher le fait clinique d'une façon inédite.

Une pensée qui nécessite un temps pour se familiariser en particulier avec la notion de causalité circulaire, bien différente de notre trop habituelle recherche de causalité linéaire.

Pour commencer à aborder cet auteur, d'autres livres *La projection* (Dunod), *Le rêve et l'affect* (Dunod) *Corps réel, corps imaginaire* (Dunod).

La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?

Nous publions le résumé d'un article lumineux de François Gonon qui fait le point sur l'état des recherches en psychiatrie biologique et sur l'apport de celle-ci à la clinique psychiatrique⁽¹⁾. En effet, au temps du début du DSM, aux Etats-Unis, l'espoir est né de pouvoir faire entrer la psychiatrie dans un champ de médecine scientifique en élaborant « une neuropathologie liant causalement des dysfonctionnements neurologiques à des troubles mentaux ». Trente ans plus tard, toujours aux Etats-Unis, l'espoir a fait place au doute : quels sont les indicateurs biologiques ? Quelle est la réalité des découvertes de la génétique dans la schizophrénie ou l'autisme ? Les conclusions des articles "scientifiques" des médias ne sont-elles pas souvent abusives ? Où en est l'évaluation des promesses de la psychiatrie biologique ? Comment donner à la neurobiologie une place qui ne soit pas réductionniste, en excluant les approches environnementales, notamment psychologique et sociologique ?

1) La psychiatrie biologique de l'espoir au doute

Le discours de la psychiatrie biologique affirme que les maladies mentales peuvent et doivent être comprises comme des maladies du cerveau. Il y a bien évidemment des cas où des symptômes d'apparence purement psychiatrique ont des causes cérébrales identifiables et traitables.

Peut-on en déduire qu'à terme tous les troubles psychiatriques pourront être décrits en termes neurologiques puis soignés sur les bases de ces nouvelles connaissances?

Les leaders de la psychiatrie biologique expriment actuellement dans les plus grandes revues américaines des doutes quant à sa contribution à la clinique psychiatrique. « Quand la première conférence de préparation du DSM-5 s'est tenue en 1999, les participants étaient convaincus qu'il serait bientôt possible d'étayer le diagnostic des nombreux troubles mentaux par des indicateurs biologiques tels que tests génétiques ou imagerie cérébrale. Actuellement [en 2010] les responsables reconnaissent qu'aucun indicateur biologique n'est suffisamment fiable pour contribuer au diagnostic ».

La contribution de facteurs génétiques à l'étiologie est sans doute plus forte pour l'autisme que pour tout autre trouble psychiatrique, mais n'explique qu'un petit pourcentage de cas. Pour les troubles fréquents (e.g. dépression) les études récentes montrent que les prédispositions génétiques jouent un rôle mineur par rapport aux facteurs environnementaux, en particulier les traumatismes psychiques de l'enfance. La recherche n'a pas non plus fait progresser substantiellement les traitements médicamenteux.

Selon Steven Hyman, l'ancien directeur du National Institute of Mental Health, aucune nouvelle cible pharmacologique, aucun mécanisme thérapeutique nouveau n'a été découvert depuis quarante ans. Tous les leaders de la psychiatrie biologique reconnaissent que la recherche a pour l'instant peu apporté à la pratique psychiatrique, mais continuent à prédire des progrès importants dans un futur proche. Pourtant, selon certains experts cette promesse risque fort de ne pas être tenue.

En effet, l'absence de marqueur biologique rend problématique la mise en oeuvre de modèles animaux des maladies mentales. D'autre part, puisque, sauf cas rare, les gènes impliqués dans chaque maladie mentale sont multiples et ne confèrent chacun qu'un risque faible, la psychiatrie moléculaire aura beaucoup de mal à déboucher sur de nouveaux traitements.

2) Le discours de la psychiatrie biologique et ses conséquences sociales

Face à ce maigre bilan et à ce futur problématique, le discours de la psychiatrie biologique, tel qu'il s'exprime dans les médias, apparaît exagérément optimiste. Une analyse des discours scientifiques et médiatiques montre que les scientifiques contribuent largement à alimenter cette bulle spéculative.

Déjà à l'intérieur des articles scientifiques il existe souvent un écart entre les observations et les conclusions exprimées notamment dans le résumé. Ensuite, la distorsion des citations entraîne des dogmes non fondés. Enfin, les biais de publication génèrent dans les médias des conclusions erronées. Cette rhétorique spéculative influence le grand public : le pourcentage d'américains convaincu que la dépression est une maladie du cerveau d'origine génétique est passé de 54 % en 1996 à 67 % en 2006.

Contrairement à ce qui était attendu ceux qui partagent cette conception réductionniste ont une plus forte réaction de rejet vis-à-vis des malades et sont plus pessimistes quant aux possibilités de guérison.

Dans les pays riches, la prévalence des maladies mentales est plus élevée chez les plus défavorisés. D'un pays à l'autre cette prévalence augmente avec l'intensité des inégalités sociales. Selon Daniel Luchins, qui a longtemps dirigé la psychiatrie publique à Chicago, le discours réductionniste de la psychiatrie biologique ne sert qu'à évacuer les questions sociales et à invalider par avance les mesures de prévention des maladies mentales les plus fréquentes.

Selon la conception anglo-saxonne de l'égalité démocratique, les citoyens naissent égaux et ne doivent leur réussite sociale qu'à leurs mérites. Cet idéal se heurte à la réalité de l'inégalité sociale, qui est particulièrement forte aux USA et va croissant depuis 3 décennies. La fonction sociale du discours abusif de la psychiatrie biologique pourrait donc être de concilier l'idéal d'égalité des chances et la réalité de l'inégalité sociale en suggérant que l'échec des individus ne résulte que de leur handicap neurobiologique.

Nous remercions l'auteur et son éditeur d'avoir autorisé le SNPP à publier le contenu intégral de l'article dans Caractères et sur le site de l'AFPEPSNPP.

Le texte est également disponible à l'adresse ci-jointe :

<http://esprit.presse.fr/archive/review/article.php?code=36379&folder=2>

(1) - François Gonon, « *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?* », Esprit, novembre 2011, pp. 54-73. François Gonon est neurobiologiste, Directeur de Recherches au CNRS à l'Institut des maladies neurodégénératives de l'université de Bordeaux.

Pédagogies de l'AFPEP-SNPP

Patrice Charbit

L'enseignement et la formation sont des enjeux actuels majeurs non seulement parce que les jeunes collègues en formation subissent une intention de « formatage » d'une violence inouïe dont nous avons à nous préoccuper mais également, parce que si les « seniors » que nous sommes restent fidèles aux principes qui leur ont été transmis et à l'expérience issue de leur pratique, ils sont accusés de manque de formation voire de dangerosité. Ainsi, ne pas adhérer aux concepts du DSM n'est plus un désaccord théorico-pratique mais bientôt une faute déontologique, un retard incurable, qui empêche nos patients d'accéder aux soi-disant véritables progrès effectués.

La bulle psychiatrique issue de la révolution en cours continue ses avancées. Usurpant une légitimité scientifique, à rebours de la réalité qui martèle jour après jour que les promesses neurobiologiques, génétiques et d'imageries cérébrales concernant la clinique ne sont pas au rendez-vous, « l'idéologie de la bulle » a décidé d'en finir avec la pensée humaniste en psychiatrie.

Le théâtre de cette manœuvre en ce début d'année concerne l'autisme déclaré « grande cause nationale » par notre premier ministre. La campagne de presse organisée autour de ce thème dénonce un « déficit immense de diagnostic précoce ». Et pour quelle raison cet immense déficit ? Parce que les professionnels ne savent pas le reconnaître et croiraient encore qu'il concernerait qu'un enfant sur 1600 alors qu'il s'agirait d'un enfant sur 160. Et hop, voici le taux d'incidence de l'autisme multiplié par 10, brutalement, comme ça, par le DSM, ce qui veut désormais dire par la science.

La bipolarité, les troubles de l'attention, la schizophrénie pâtissent du même phénomène, avec diagnostic fait par ordinateur ou questionnaire dont on peut imaginer la sensibilité clinique. L'obligation de dire le diagnostic au patient est de plus en plus catégorique afin qu'il puisse accéder aux dispositions éducatives ad hoc. Cela se traduit dans la pratique par une ségrégation de plus en plus effective et l'arrivée de jeunes gens dans nos cabinets persuadés qu'ils n'ont pas d'avenir, réclamant de l'aide dans un système qui les a catalogués dès l'adolescence. Le nombre de patients étiquetés schizophrènes à la va-vite, par de soi-disant experts, et qui ne présentent aucun signe de fonctionnement psychotique va grandissant. Obliger de jeunes adultes à la perspective de traitements définitifs, à des prises en charge d'handicapés, à des troubles du comportement issus d'une totale absence d'espoir d'insertion convenable et citoyenne, à supporter le poids d'une sentence alors que le « diagnostic expert » est pour le moins incertain, est un scandale.

Il est donc demandé aux jeunes confrères en formation de s'imprégner de cette idéologie et aux seniors de s'y plier. Nous assistons à un coup de force délibéré alors que dans le pays à l'origine de ce diktat, les Etats Unis, de nombreuses voix très autorisées indiquent que c'est une fausse route sans parler des grands noms de la psychiatrie américaine qui indiquent que les études épigénétiques commencent à révéler les bases biologiques de ce que les cliniciens savent depuis toujours à savoir que « les expériences précoces conditionnent la santé mentale des adultes ».

Les articles de Loriane Brunessaux et de François Gonon publiés dans ce même numéro du BIPP sont lumineux à cet égard. Une falsification à ressorts idéologiques dont les conséquences sont désastreuses. L'équivalent des bulles financières et immobilières appliqué à la psychiatrie.

Les pédagogies de l'AFPEP - SNPP face à un tel séisme ne peuvent être qu'un paradigme. Nous avons toujours plébiscité l'inter formation et l'inter contrôle dans le cadre de pratiques de cliniciens, que cela soit à l'occasion de nos rencontres, de nos travaux ou de nos publications.

« L'étude clinique » et l'étude en cours sur « les urgences » s'inscrivent dans cette démarche de témoignages, de prise en compte des conséquences éthiques, de distanciations inventives avec sa propre théorie, celles des autres ou des diktats accrédités, à laquelle la rencontre du patient oblige.

Nous connaissons le destin des bulles. Reste à espérer qu'en attendant que cela arrive, tout le tissu psychiatrique ne soit pas détruit. Nos jeunes confrères nous donnent de nombreuses raisons d'avoir confiance en l'avenir. Ils ont non seulement conscience pour beaucoup d'entre eux de la nécessité d'une déconstruction du moule dans lequel on a tenté de les précipiter mais ils restent par ailleurs gourmands d'autres modes d'appréhension du fait clinique en particulier des prises en charge psychodynamiques.

Cette discussion ne manquera pas de prendre sa place lors de la prochaine Assemblée Générale de l'AFPEP - SNPP de mars prochain à laquelle vous êtes bien entendu conviés. Nous aurons à décider si nous voulons faciliter l'accès de nos travaux et de nos expériences aux jeunes internes ; des mesures incitatives sont facilement identifiables.

Nous concernant, nous aurons à décider de la conduite à tenir face à ces accusations intolérables de manque de formation et de mise en danger de nos patients. A distance des bulles et des ornières idéologiques, nous avons à susciter un débat fondé qui permette la mise en lumière de la nature des enjeux.

Pour une refondation de la psychiatrie

Hervé Bokobza

La psychiatrie, discipline profondément ancrée dans le champ social, est en grave péril. Ceci a été dénoncé vivement et clairement lors des États Généraux de la discipline en 2003. Nous affirmions alors que seul un changement radical de politique permettrait d'éviter le risque de désastre sanitaire auquel nous étions confrontés.

Traiter des personnes souffrant de pathologie mentale pose toujours la question de l'exclusion et de la ségrégation : la peur de la folie est ancestrale et le demeurera probablement. Peur de la folie de l'autre, de la sienne, de l'étrangeté, de l'étrange, du déraisonnable. Soigner, c'est dédramatiser, faire confiance, accompagner, encourager. C'est, quand cela est possible, rassurer les familles, tenter d'explicitier notre travail, leur permettre de traverser des moments on ne peut plus douloureux.

Or, il y a trois ans, le président de la République est venu stigmatiser les malades mentaux : ils seraient tous potentiellement dangereux, nous a-t-il affirmé.

Le Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire est né de cette infamie. En juillet, une loi inique et liberticide était votée : sous-tendue par cette supposée dangerosité, elle enferme les patients dans une coquille sécuritaire et elle continue de transformer les soignants en exécuteurs de diktats normatifs. Au lieu de veiller sur les patients, on nous demande de les surveiller.

La norme envahit les services, les pratiques, les espaces de soins : tout doit être contrôlé, protocolisé, prévu, géré, contrôlé, sécurisé. Or, le soin a besoin de liberté de penser et d'action, de confiance, de surprise. Notre temps doit être consacré à nos patients, au travail de réflexion au sein des équipes de soin. Or, pour répondre aujourd'hui à ces exigences normatives, chaque soignant est convoqué à se replier ou à se renfermer pour accomplir sa « mission » : remplir des cases, des fichiers.

En fait, tout se passe comme s'il fallait éviter, refouler ou dénier l'essence même de notre pratique : la rencontre avec le patient, seul garant d'un soin de qualité. Une machine infernale est en marche. Chacun tente de résister comme il le peut. Lors d'un récent débat avec Claude Finkelstein, au forum de Libération à Lyon, j'insistais pour signifier que la psychiatrie ne se limitait pas, loin de là, «aux horribles internements» ; que près de trois millions de personnes se confient à des soignants tous les ans avec confiance et espoir, que c'est justement pour tenter de sauvegarder ces rapports de confiance que des mouvements importants de toute la profession s'étaient organisés dans le but de combattre cette récente loi qui justement institue la méfiance. Mais nous avons perdu une nouvelle bataille.

Dans ces conditions, que deviennent et que vont devenir nos lieux d'hospitalisation ? Seront-ils ou ne sont-ils pas déjà complètement obsolètes ? Ne sont-ils pas les lieux qui peuvent le moins résister à cette machine normative et excluante, dont les récentes lois ne représentent que les derniers avatars ?

Devrons-nous continuer d'accepter que nos pratiques soient à ce point méprisées, dévalorisées, étouffées par les pouvoirs publics ? Devrons-nous continuer à garder un « entre nous de circonstance » où chacun tente de se débrouiller comme il le peut, en s'épuisant et parfois vainement, et n'a de cesse de dire : « Ce n'est plus possible » ? Devrons-nous encore longtemps courber l'échine, oublier de dire, accepter l'inacceptable, participer à cette formidable oeuvre de démolition qui s'accomplit devant nous et hélas parfois avec nous, au mépris de nos valeurs et de nos espoirs ?

Car nous continuons d'affirmer que ceux qui souffrent de pathologie mentale ont besoin et auront besoin à des moments de leur existence de recourir à des lieux d'asile et qu'il est hors de question de supprimer encore des lits ! Mais inventer des lieux où l'accueil de la souffrance est possible est indispensable ! Lieux où les rencontres nécessaires à tout soin qui se réclame «humain» ne sont pas dictées par des protocoles aliénants, lieux où les règlements ne sont pas l'unique proposition «contenante», lieux où prendre du temps est possible et estimé nécessaire, lieux où le patient puisse tout simplement être reconnu dans sa singularité.

Or, jour après jour, ces espaces sont de plus en plus difficiles à maintenir vivants. Que beaucoup disparaissent pour laisser place à des endroits indignes des valeurs humanistes qui ont fondé la psychiatrie moderne nous fait honte et nous révolte. Nous ne l'acceptons pas car cela nous écoeure.

Seul un mouvement de grande envergure réunissant soignants, patients, familles, citoyens pourra stopper cette machine infernale. Il est décidément grand temps de refonder la psychiatrie.

L'autisme a reçu le label «Grande cause nationale 2012»

Loriane Brunessaux

L'exposition médiatique de ce sujet va s'intensifier, un groupe de travail s'est formé à l'Assemblée Nationale dont les premières rencontres parlementaires débutent jeudi.

Comment ne pas se réjouir de l'intérêt porté à l'autisme face aux insuffisances actuelles de la prise en charge thérapeutique, éducative et pédagogique et des possibilités professionnelles proposée à ces patients (adultes et enfants) ? Cependant, l'aspect polémique et orienté des discours offerts au grand public empêche d'ores et déjà d'être optimiste sur l'issue de ce travail parlementaire.

En effet, on nous donne à entendre :

de fausses évidences :

- "l'autisme est un trouble neurologique".

Faux : si une dimension biologique de l'autisme est une hypothèse forte, les différentes recherches effectuées sur le sujet, tant sur le plan d'une localisation neurologique (cerveau, cervelet, tronc cérébral), que d'une anomalie génétique ou hormonale (ocytocyne), n'ont pas permis d'établir formellement une origine organique à l'autisme. Il s'agit probablement d'une pathologie liée à l'intrication de plusieurs dimensions (organique, psychopathologique, environnementale, histoire de vie).

Mais ceci est un faux débat car une origine organique à l'autisme ne change rien au fait que ces enfants puissent évoluer grâce aux thérapies relationnelles.

- "le vrai problème est un grand retard diagnostique, qui montre l'insuffisance de formation des pédopsychiatres".

Faux : la raison de l'augmentation du nombre d'enfants autistes dépistée (passant de 1 enfant 2000 à 1/150, environ) est l'élargissement des critères d'inclusion dans ce diagnostic de la classification DSM. En effet, les "troubles envahissants du développement" ou "désordres du spectre autistiques" composent une acception de l'autisme beaucoup plus large que par le passé et conduisent à appeler "autistes" des enfants ou adultes qui précédemment auraient reçu un autre diagnostic (schizophrénie infantile, dysharmonie évolutive...).

Ceci aux dépens de la finesse diagnostique et, du coup, de la finesse des prises en charge, moins ajustées à la singularité de chaque patient. Par ailleurs, cette fausse évidence entraîne une confusion entre "diagnostic" et "prise en charge". Que le diagnostic soit posé tôt ou tard, la vraie question est celle des modalités de suivi des enfants présentant des particularités de développement, qui ne peut être réglée par un protocole préétabli et ce, quel que soit leur diagnostic.

Enfin, le diagnostic d'autisme est souvent posé tardivement parce que la clinique des enfants, de tous les enfants, est fluctuante et réversible, il est donc parfois dangereux voire traumatisant pour un enfant et pour ses parents de poser trop rapidement un diagnostic d'autisme. Il existe également un temps nécessaire aux parents pour accepter la pathologie de leur enfant et ce temps est propre à chacun. Si certains souhaitent un diagnostic le plus précoce possible, d'autres au contraire préfèrent que toutes les autres options diagnostiques soient éliminées précédemment.

- "les pédopsychiatres français refusent de se mettre à jour de l'évolution des connaissances et persistent à utiliser des classifications vieillottes telles la CFTMEA".

Faux : la plupart des pédopsychiatres français sont plus qu'à jour des scandales accompagnant la création des diagnostics DSM: alliances objectives entre médecins, compagnies pharmaceutiques et financeurs de l'industrie de la santé. Cette classification dite athéorique est au contraire profondément idéologique dans le sens d'une vision mécaniciste de l'être humain et se situe au carrefour d'enjeux financiers importants. Ceci lui ôte toute objectivité et toute scientificité.

un faux procès fait à la psychanalyse :

- "la psychanalyse est inefficace et inadaptée pour les enfants autistes".

Faux : tout d'abord, la « Psychanalyse » n'existe pas. Il y a des psychanalyses, différents courants dans la psychanalyse d'enfants, qui travaillent différemment, comme il y a différents courants à l'intérieur du cognitivisme.

L'objet général de la psychanalyse des enfants autistes est de réduire leurs angoisses, de libérer leurs capacités d'apprentissage, de permettre qu'ils trouvent du plaisir dans les échanges émotionnels et affectifs avec les personnes qui les entourent, de permettre qu'ils gagnent du champ dans les choix de vie les concernant. Il s'agit d'un travail au long cours dont les résultats ne sont pas évaluables avec des critères mécanistes. Ainsi, les méthodes psychothérapiques sont complémentaires des méthodes éducatives et pédagogiques. L'une ne remplace pas l'autre. Il s'agirait que ces différentes théories et pratiques puissent dialoguer sur le mode de la controverse et non sur celui de la polémique éliminationniste.

Le vrai problème n'est pas celui de la méthode employée (psychanalyse, cognitivisme, pédagogie) mais celui de l'intensivité des suivis au cas par cas. Toute méthode, appliquée de manière intensive et raisonnée (au cas par cas pour chaque enfant) et avec un fort engagement des soignants, éducateurs, pédagogues, aboutit à des progrès chez l'enfant autiste.

- "la psychanalyse culpabilise les parents d'enfants autistes et notamment les mères".

Faux : la culpabilisation des parents est une dérive malheureuse des discours soignants, éducatifs et pédagogiques de manière générale, et ce, de tout temps et de toutes époques. Certains psychanalystes n'y ont pas échappé et cela est tout à fait affligeant.

La psychanalyse, en elle-même, offre au contraire les outils pour penser cette facilité qui consiste à incriminer les parents comme fautifs. En effet, par le biais des concepts de résistance du ou des thérapeutes, du contre-transfert, de la rivalité imaginaire qui peut surgir entre les équipes soignantes, éducatives, pédagogiques et les parents, la psychanalyse a construit les outils qui permettent de repérer, d'analyser et de dépasser les mouvements qui amènent un soignant, un éducateur ou un pédagogue à accuser massivement les parents d'un enfant en difficulté.

de fausses nouveautés :

"avec des rééducations adaptées, un enfant autiste peut progresser et gagner en autonomie, mener une vie professionnelle et amoureuse épanouissante".

Oui, et la même phrase est applicable "avec des soins adaptés".

un faux scandale et un faux espoir :

• "le scandale est le manque d'intégration en école ordinaire des enfants autistes alors que, lorsque celui ci est possible, ces enfants effectuent des progrès spectaculaires".

Faux : l'intégration scolaire en école ordinaire des enfants autistes est un formidable tremplin pour certains, une simple aide pour d'autres, une corvée douloureuse pour d'autres encore et une souffrance intolérable pour d'autres enfin. Et ce, quels que soient les aménagements effectués. L'intégration scolaire fait partie des techniques pédagogiques proposées aux enfants autistes, elle ne doit pas remplacer les techniques thérapeutiques ni les techniques éducatives. Ce n'est pas l'un ou l'autre mais les trois ensemble, au cas par cas pour chaque enfant.

Le triomphalisme des discours présentant l'intégration scolaire comme seule méthode faisant progresser l'enfant risque de provoquer de faux espoirs et, en conséquence, de lourdes déceptions pour les parents d'enfants qui ne peuvent supporter l'école et devront rester à domicile, sans place dans un établissement spécialisé.

un vrai scandale : la pénurie de places

en établissements spécialisés et adaptés, en France, pour les enfants et les adultes en difficultés.

Il est scandaleux de devoir envoyer son enfant en Belgique car aucun établissement français adapté ne peut l'accueillir faute de place. Il est également scandaleux de voir certains établissements inadaptés à la prise en charge d'enfants autistes (IME, ITEP) être mis en avant pour palier à l'insuffisance du service public ou à l'absence d'hôpitaux de jour dignes de ce nom.

Ces établissements se voient souvent obligés de refuser les enfants les plus en difficulté, dans l'incapacité de leur offrir un accueil adéquat. Cela produit une ségrégation honteuse et c'est à cela que devrait s'atteler les pouvoirs publics !

Au total : quel sera l'effet de la mise en place du groupe parlementaire de travail sur l'autisme ? Au vu de la forte partialité des discours tenus, gageons que les conclusions aboutiront à la mise à l'écart des théories et pratiques psychanalytiques (pour des raisons idéologiques) et à une loi renforçant l'obligation scolaire des enfants en difficulté sans augmenter le nombre de places en établissements spécialisés (plus économique et plus démagogique à la veille des élections).

C'est alors que nous, patients, parents, soignants, nous aurons beaucoup perdu. Espérons que cette année sera aussi celle de la pensée et de la controverse, pas seulement celle du populisme et de la réduction des dépenses de santé.

Les attaques contre Pierre Delion

Lettre adressée à Monsieur le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins 2, rue de La Collégiale - 59043 Lille cedex

Pau, le 16 janvier 2012

Monsieur le Président,

Notre collègue, le Professeur Pierre Delion, est l'objet d'attaques personnelles et professionnelles difficiles à comprendre quand on prend le temps de connaître l'objet de ces attaques et quand on connaît l'homme.

Il doit comparaître devant votre Conseil de l'Ordre le 16 février prochain, ce qui montre une évolution inquiétante du droit dans le champ médical car, en droit, lorsqu'une plainte n'est pas fondée, elle est classée sans suite ou débouche sur un non-lieu.

On ne peut attendre de votre Conseil qu'une décision de ce type car ces charges visent à discréditer un programme de recherche scientifique, réglé et validé, concernant une pratique de soins, le packing, recherche dont l'objectif est de valider son utilisation dans la prise en charge de l'autisme infantile. Ce programme entre dans le cadre d'un Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique National (PHRC), validé en 2008 (PHRC 2007/1918, n° Eudra CT : 2007-A01376-47) et financé par le ministère de la Santé dont le thème est « L'efficacité thérapeutique du packing sur les symptômes de troubles graves du comportement, notamment les automutilations, des enfants porteurs de TED/TSA ». Il est nécessaire de rappeler que les PHRC reçoivent obligatoirement un avis favorable du Comité de Protection des Personnes du CHRU à l'origine du projet de recherche pour être validés. Cet important travail, qui vise non pas à proposer un traitement de l'autisme, comme veulent le faire croire les contempteurs du Professeur Pierre Delion et de ses collaborateurs (Céline Lallié (psychologue PHRC) et Maud Ravary (psychomotricienne PHRC)), est rendu difficile en raison d'un certain nombre d'actions conduites par ses détracteurs pour en empêcher la réalisation. Les dernières actions sont une plainte contre le Professeur David Cohen, Chef du Service Psychiatrie Enfant et Adolescent de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière devant l'Ordre des Médecins de Paris le 16 janvier 2012 et, surtout, une plainte contre Pierre Delion, « véritable promoteur du Packing en France⁽¹⁾» devant votre Conseil Départemental de l'ordre, ainsi qu'une mise en demeure adressée à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, en la personne de son Directeur M. Didier Frandji.

L'association Vaincre l'Autisme prévoit une série de manifestations ces mêmes jours pour faire pression sur les Conseils de l'Ordre. Ces méthodes d'un autre âge interrogent sur les véritables motivations de leurs instigateurs dont on rappellera qu'ils ont, notamment, bénéficié d'un faux pour justifier leurs actions en arguant d'un courrier de Martine Aubry, alors candidate aux primaires socialistes, qui proposait l'interdiction du packing, ce que Madame Aubry elle-même a démenti dans un courrier au Professeur Pierre Delion⁽²⁾.

Une étude scientifique ne préjuge pas de son résultat, ce que font les associations de parents d'enfants autistes qui ont décidé que cette technique « relevait de la torture⁽³⁾ », qu'elle était pratiquée « sans protocole, sans évaluation et sans résultat⁽³⁾ » et qu'il fallait y mettre un terme parce que « dénuée de tout respect et de toute dignité⁽³⁾ ». Pierre Delion rappelle que « en effet, ils [les scientifiques] savent bien qu'avant de pouvoir démontrer quelque vérité scientifique que ce soit, le chercheur émet des hypothèses abductives (j'ai l'intuition que) puis conduit ses recherches pour tenter de démontrer de façon déductive et inductive les hypothèses émises. S'il n'y avait pas d'abord des intuitions basées sur la clinique, aucune découverte n'aurait pu être faite en médecine, ni a fortiori démontrées dans le cadre de l'Évidence Based Medicine ».

Sans s'appesantir sur le caractère outrancier des propos de l'association⁽⁴⁾ qui assigne Pierre Delion devant votre Conseil, rappelons que le packing, contrairement à ce que laisse entendre ceux qui demandent son interdiction, n'a pas pour origine la psychanalyse mais qu'il trouve sa source dans la médecine antique. Il repose sur l'utilisation de l'eau dans les soins physiques et psychiques, l'hydrothérapie étant utilisée en Grèce dès le VIII^{ème} siècle avant Jésus-Christ. Soranus d'Ephèse la recommande au 1^{er} siècle de notre ère pour soigner la dépression. Au XVIII^{ème} siècle, Pinel demande que l'on utilise les bains chauds à visée de relaxation. Cullen, médecin anglais, est le premier à recommander les enveloppements humides dans le même but. En 1948, Paul Sivadon a utilisé des approches corporelles à base d'eau, à Sainte Anne, « pour favoriser le sentiment de sécurité, la prise de conscience de l'existence corporelle et la relation avec les objets et les personnes ». En 1966, un psychiatre américain, Woodbury introduit sa méthode d'enveloppement ("packing" en anglais) en France : la technique est la même que mais l'enveloppement se déroule en présence d'un infirmier qui reste aux côtés du malade en permanence durant ce temps d'enveloppement. « Le but de ce traitement est de donner au malade une stimulation du schéma corporel, de contrôler ses tendances autodestructrices et agressives, sans l'aliéner par les médicaments ou l'isolement ».

La technique du packing sera proposée pour le traitement des enfants et adolescents autistes les plus gravement malades, ou qui présentent des troubles graves du comportement (hyperactivité, instabilité grave, auto- ou hétéro-agressivité, stéréotypies envahissantes, anorexie grave, insomnie rebelle notamment). « La technique du packing est basée sur le réchauffement thermique cutané rapide (de l'ordre de cinq minutes selon des vérifications par thermomètres cutanés) obtenu en enveloppant le corps de l'enfant dans des serviettes de bain (deux pour le tronc, une pour chaque bras et jambe) mouillées froides. Seuls les membres supérieurs et inférieurs et le tronc sont enveloppés ; la tête et le visage ne sont pas concernés. Les serviettes sont recouvertes d'une alaise et de deux couvertures pour faciliter le réchauffement de l'enfant. Ces tissus d'une température proche de +10 à +15°C en début de séance se réchauffent très rapidement pour avoisiner la température du corps jusqu'à la fin de la séance. Seule la température superficielle est transitoirement diminuée, le patient n'est jamais placé en hypothermie. À l'issue de la séance, le sujet est frictionné et accompagné vers le lieu de vie où une collation est proposée dans une ambiance conviviale. Les séances d'enveloppement ont lieu une ou plusieurs fois par semaines en fonction de l'état de santé du patient. Les packings aident les enfants à renforcer leur conscience des limites de leur corps. Le packing a pour but d'aider le patient à retrouver une image corporelle en privilégiant ses vécus sensoriels et émotionnels. Bien plus qu'une méthode comportementale et uniquement corporelle, le packing permet d'aider l'enfant à retrouver un sentiment d'entourance (Haag et coll. 1995), qui permet l'établissement d'une relation avec les soignants qui accompagnent attentivement l'enfant pendant les séances.

Les packings entrent dans le cadre d'un projet de soins individualisés en accord avec les parents. Ils n'ont jamais lieu quand ils sont refusés par l'enfant. Cette prise en charge s'intègre au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire, qui associe idéalement des soins, à des approches éducatives et pédagogiques adaptées⁽⁵⁾ ».

En aucun cas, donc, il ne s'agit d'un traitement de l'autisme⁽⁶⁾, ou de ce que l'on nomme aujourd'hui les Troubles Envahissants du Développement (TED), le Professeur Pierre Delion a maintes fois rappelé que « le packing ne concerne que quelques enfants porteurs de TED/TSA lorsqu'ils présentent des signes graves voire gravissimes de troubles du comportement, pour lesquels une indication précise doit être posée et une formation de l'équipe réalisée dans de bonnes conditions ». Il est donc malhonnête de réduire son travail à la volonté de « torturer » les enfants autistes et de refuser un protocole scientifique dont la méthodologie théorique et clinique honore ses concepteurs. Il ne suffit pas de se targuer d'autres autorités scientifiques qui, en l'occurrence, s'appuient sur des préjugés qui ont une construction scientifique voire idéologique, pour invalider le travail de plusieurs années au service d'une cause que Pierre Delion a défriché de longue date : combien d'entre nous ne se sont-ils pas intéressés à l'autisme, d'abord par la clinique et une réflexion plurifactorielle, sans exclusive et avec une grande rigueur scientifique et une grande ouverture d'esprit, grâce à lui ? Si le regard commun et scientifique sur l'autisme a pu évoluer dans ce pays, on le lui doit en grande partie, il suffit de lire ses travaux et ses publications avec honnêteté.

Les attaques visant Pierre Delion visent aussi toute une profession, que le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux avait appelé à juste titre la Communauté soignante, dans une optique de « mise en cause des compétences médicales de la psychiatrie » et, plus généralement, de disqualification de la psychiatrie et de la psychanalyse.

Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour dire que l'autisme, on devrait probablement dire les autismes, est un trouble neuro-développemental, entrant dans le cadre des troubles envahissants du développement ce qui ne préjuge en rien de son étiologie qui demeure inconnue, les hypothèses allant des anomalies génétiques aux atteintes infectieuses ou toxiques, probablement associés à des degrés divers.

Il faut rappeler qu'il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme. En revanche de multiples approches de prise en charge ont vu le jour depuis la découverte de ce syndrome, approches sont issues de divers courants théoriques et basées sur des conceptions très diverses de l'autisme. De manière pratique, des études scientifiques ont à ce jour permis de démontrer l'efficacité d'une prise en charge précoce à l'aide d'approches éducatives comportementales (ABA), cognitives (TEACCH) ou développementales. La littérature scientifique est unanime sur ce point : il faut que l'intervention éducative soit précoce, massive et structurée.

Mais, quel que soit la nature du handicap de la personne autiste, le mérite de la psychiatrie et de la psychanalyse aura été de montrer qu'elle demeure un être de relation, doté d'un inconscient, tout comme ses parents, et que les interactions relationnelles et identificatoires sont modifiés par le trouble. Et ce même si l'on réduit l'inconscient à ses dimensions cognitives, ce qui n'est plus le cas des neuro-biologistes, Lionel Naccache considérant même Freud comme le Christophe Colomb des neurosciences⁽⁷⁾.

Ces attaques, enfin, visent un homme, Pierre Delion, dont l'intégrité professionnelle, le sens éthique, et l'humanité peuvent difficilement être discutés par quiconque est de bonne foi. « Nous sommes tous des Pierre Delion » disait le Syndicat des Psychiatres Hospitaliers. Nous dirions plutôt « Nous voudrions tous être des Pierre Delion ». Et avoir ses qualités humanistes, son profond respect de l'autre souffrant, sa rigueur scientifique, sa compétence dans l'animation des équipes dont il a eu la charge, sa qualité d'enseignant "maïeutique", la cohérence qui est la sienne entre sa pratique et son enseignement, son attachement à la "défense et illustration" de la prise en charge des enfants autistes et de leurs familles. Son travail, son enseignement, son profond respect des familles plaident pour lui mieux que quiconque ne pourrait le faire à travers lui, c'est toute une conception de l'humain, du social et du scientifique qui est en jeu. Et ces attaques inquiètent car elles traduisent une dérive qui voudrait qu'au lieu que ce soient les personnes en souffrance psychique qui fassent l'objet de fantasmes primaires stigmatisants, ce sont ceux qui les prennent en charge que l'on pare de ces intentions.

L'autisme est une souffrance, pour l'autiste d'abord, pour ses proches ensuite. La douleur des parents doit être respectée et entendue, y compris quand elle s'exprime de manière excessive. Mais l'alliance thérapeutique que prône l'ensemble des dispositifs voulus ces dernières années par les pouvoirs publics suppose respect mutuel et confiance réciproque.

La controverse n'est pas inutile, « Le mot liberté n'admet, par définition, aucune restriction⁽⁸⁾ », si elle fait progresser la lutte contre la souffrance. Chacun doit se regarder en conscience, la pratique de la psychiatrie et de la psychanalyse n'ont pas toujours été heureuse en matière d'autisme, toutes les associations de parents d'autistes ne se reconnaissent pas dans des discours excessifs, et chercher comment concilier au mieux « corps et esprit humains, inséparables⁽⁹⁾ ».

Cette nécessaire alliance, chacun doit y participer. Autistes dans la mesure de leurs moyens, parents qui doivent trouver une réponse à leur détresse et aider leur enfant à progresser autant qu'il lui est possible afin de « garantir l'intégration des personnes autistes en milieu ordinaire ou la création de places adaptées en milieu spécialisé⁽¹⁰⁾ » ; pouvoirs publics, qui doivent éviter toute posture démagogique, proposer des espaces de médiation et soutenir toute recherche, sans exclusive aucune, qui permettra de faire avancer les connaissances en matière de troubles envahissants du développement ; les médias, qui doivent aider à la prise de conscience en ces matières mais aussi informer de manière objective. Les professionnels enfin, dont le dévouement ne peut être contesté et qui, quoi qu'il advienne et quel que soit le champ de compétence de leur intervention, demeureront un maillon indispensable à l'évolution positive des enfants et adultes concernés.

Ces alliances sont tout le contraire de démarches qui ont une construction sectaire en ce sens qu'en s'appuyant sur la détresse et l'émotion au détriment de la réflexion critique, elles se soutiennent du "principe de simplification", supercherie visant à séduire les personnes en détresse par l'indication d'une "voie unique", factice face à la complexité des problèmes posés, voie qui, en ce sens, constitue une régression épistémologique.

Claude Finkelstein, présidente de la FNAPSY, rappelle que « les chapelles en psychiatrie sont devenues des sectes, chacune pensant avoir "raison" contre la "déraison" et ceux qui en souffrent sont les patients, non les familles, même si j'en suis sûre celles-ci sont de bonne foi. Seul le patient peut dire si telle ou telle intervention lui a servi ».

C'est pourquoi nous soutenons le Professeur Pierre Delion dans sa démarche, nous dénonçons la véritable chasse aux sorcières dont, avec certains de ses collègues pédopsychiatres, il fait l'objet et nous demandons que Pierre Delion reçoive tout l'appui qu'il mérite de la part de ses confrères de l'Ordre des médecins, en

reconnaissance de son courage, de sa rigueur et de sa compétence dans l'ensemble de son oeuvre.

Vous pouvez signer cette lettre et l'adresser au Conseil de l'Ordre du Nord Pas de Calais.

1 - Vaincre l'Autisme (ex Association Léa pour Samy)

2 - « je suis particulièrement désolée que l'on ait pu mettre sous ma signature une prise de position que je ne cautionne en aucun cas... Vous savez combien je suis admirative de vos qualités de médecin et scientifique. Je sais ce que vous apportez au CHRU de Lille et, au-delà, à la médecine de ce pays »

3 - Vaincre l'Autisme

4 - Rappelons malgré tout que « Vaincre l'Autisme tient à préciser que les psychiatres psychanalystes français en charge de l'autisme, remis en question depuis plusieurs années, refusent de répondre aux médias qui les sollicitent pour mener un travail d'investigation. Ce faisant, ils bloquent le débat démocratique et l'information du Grand Public. » On a vu ce que devenaient les propos des psychiatres interrogés par la réalisatrice du Mur dont le montage partial a abouti à discréditer trois des plus grandes figures de la psychiatrie française, outre le Professeur Pierre Delion, le Professeur Daniel Widlöcher et le Professeur Bernard Golse.

5 - Wikipédia

6 - Voir les travaux, notamment de Jacques Constant et ceux de Centre Ressource Autisme de Languedoc-Roussillon à la demande du ministère de la santé en 2007

7 - Le nouvel inconscient, Poche Odile Jacob, février 2009

8 - Jean Yanne, Tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil

9 - Pierre Delion, Lettre ouverte

10 - Autisme France

Autisme: un député UMP veut interdire l'accompagnement psychanalytique

Dépêche AFP

Le député UMP Daniel Fasquelle a déposé sur le bureau de l'Assemblée une proposition de loi visant à interdire l'accompagnement psychanalytique des personnes autistes au profit de méthodes éducatives et comportementales, a-t-il indiqué à l'AFP. "Pour aider ces personnes à s'en sortir, la France ne peut plus continuer à cautionner et financer les pratiques de type psychanalytique dans le traitement de l'autisme", affirme le député, qui cite le chiffre d'un enfant sur 100 en France affecté par des "troubles du spectre autistique".

On estime qu'il y a en France plus de 400.000 personnes atteintes de syndrome autistique au sens large, selon la Haute Autorité de Santé (HAS). L'autisme a été désigné "grande cause nationale" 2012.

"Je m'indigne en constatant qu'en France ce sont les pratiques psychanalytiques généralisées dans nos établissements hospitaliers et médico-sociaux qui sont financées par l'Assurance Maladie", explique le député du Pas-de-Calais dans l'exposé des motifs de sa proposition de loi. M. Fasquelle ajoute que "l'approche psychanalytique a été abandonnée depuis au moins 20 ans dans la plupart des pays occidentaux au profit de méthodes éducatives et comportementales".

La psychanalyse "ne figure dans aucune recommandation nationale ou internationale en matière d'autisme", écrit le député, alors que l'apport de "certaines techniques de rééducation spécifiques (outils de communication, méthodes éducatives, méthodes comportementales) a été démontré dans plusieurs études".

Selon le député, une étude est en cours au Conseil économique social et environnemental sur "le coût économique et social de l'autisme en France" et qui "devrait permettre de pointer le coût induit par la mauvaise prise en charge et démontrer la nécessité d'un accompagnement éducatif et comportemental, le plus précocement possible".

La France manque toujours de places d'accueil pour les personnes atteintes de troubles autistiques, surtout pour les adultes, selon un bilan du plan autisme 2008-2010 publié la semaine dernière par Valérie Létard, sénatrice et ancienne secrétaire d'Etat à la Solidarité.

Extraits des échanges de courriels entre les membres du SNPP

Nous avons envie de vous faire partager nos discussions - au sein du Bureau élargi - sous forme d'échanges e-mail sur la stratégie à adopter en réaction à l'annonce du député Daniel Fasquelle à propos d'un projet de loi visant à interdire la pratique de la psychanalyse dans le soin aux autistes.

Il me semble que nous avons le devoir de réagir. Un député ne peut pas tout savoir, ou alors, il s'informe ; il peut se tromper de source, écouter celui qui crie le plus fort, le plus excellent en lobbying. Mais un député vote des lois, et parfois en propose, à des députés qui au mieux se sont informés... parfois aux mêmes sources, les plus regorgeantes. C'est ainsi que des lois, au mieux inapplicables ou à cent lieues de la réalité de terrain, mais parfois scélérates, peuvent être promulguées.

M. Daniel Fasquelle vit sur une autre planète. La psychanalyse n'est pas appliquée en tant que thérapeutique auprès des personnalités présentant des signes d'autisme, au mieux elle est une anthropologie qui éclaire un peu les soignants qui ont à s'occuper de ces patients. En outre, j'aimerais bien savoir quelle proportion de soignant, à l'hôpital comme dans le médico-social, s'inspirent réellement de la psychanalyse. Il n'y en a guère, j'en suis convaincu. L'incurie ne vient pas de l'utilisation de cette approche humaniste, mais des conditions matérielles totalement insuffisantes et des formations désastreuses et dégradées de la majorité de ces soignants qui, au demeurant, font ce qu'ils peuvent.

Ce tohu-bohu autour de l'autisme et de la psychanalyse laisse entendre qu'il y aurait UN autisme auquel il faudrait appliquer UNE méthode unique qui serait seule à avoir fait ses preuves. Or, nous le savons bien que les tableaux cliniques qui évoquent ce qualificatif d'autistique sont très divers, ne serait-ce que la différence fondamentale en autisme primaire et secondaire que l'observation toute simple de la biographie nous a appris à faire.

Enfin, on ne peut que s'inquiéter de cette montée de l'intégrisme fustigeant une pensée qui ne lui convient pas au point de vouloir interdire toute pratique qui s'en inspire. Ce nouveau totalitarisme est des plus préoccupant. Pour en revenir aux députés, je ne doute pas qu'ils soient dans leur majorité sensibles au danger de cette tentative de dérive vers l'intolérance et le langage unique, qui est une injure à nos institutions républicaines. Voilà ce que j'avais envie de dire en recevant cette nouvelle.

Amitiés,

Olivier Schmitt

Bonjour à tous,

Vous me pardonnerez de ne pas partager votre avis quant à la réponse opportune aux propos de ce député. Il me semble en effet que ces propos relèvent purement et simplement du grotesque et de la provocation : grotesque comme l'idée d'interdire une façon de pensée, provocation car tout imbécile en mal d'audience politicomédiatique a dans sa besace quelques sujets dont il sait que tout un chacun va se saisir et faire du bruit avec.

Rien à voir avec un authentique débat d'idées ni avec une défense d'intérêts professionnels, à mon avis. Qu'on aie quelque chose à produire sur le sujet de l'autisme, puisqu'il en a été ridiculement fait le sujet de l'année, soit, mais je trouve que ce serait donner bien de l'importance à ce populiste grossier que de lui donner réponse directement, comme à tout autre d'ailleurs.

Il me semble qu'il nous faut résister à la tentation de réagir au coup par coup, car c'est un piège, à mon sens, qui nous inciterait à niveler le débat par le bas, ce que je trouve personnellement insupportable. Plutôt que de réagir immédiatement, pourquoi ne pas prendre le temps de construire une position de l'AFPEP en tant que contribution à cette histoire d'année de l'autisme ?

Il me semble que tant la psychanalyse que le mouvement syndical ont tout à gagner à refuser de descendre dans le ruisseau des populistes de tout poil, aussi députés soient-ils !

Bien à vous.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

Cher Jean-Jacques,

Non seulement je te pardonne bien volontiers de ne pas partager mon avis, mais je t'en remercie car ce que tu dis est intéressant à plusieurs titres. D'abord, les groupes tendent inconsciemment à éviter les clivages pour se renforcer et il faut un certain courage pour prendre le contre-pied d'un consensus apparent.

Ensuite, sur le fond, tu as raison de te méfier des réactions immédiates, le nez dans le guidon, qui sont du pain béni pour les manipulateurs de tout poil qui agissent par provocation.

Enfin, ta position au regard de la mienne révèle qu'il peut persister des oppositions non dites au sein des "actifs" d'une association telle que la nôtre. Pour faire court, je vais essayer d'évoquer les positions extrêmes que personne ne soutient vraiment :

- D'une part ceux qui veulent en découdre avec les forces contraires, ceux qu'on pourrait qualifier de radicaux, qui, par leurs actions intempestives peuvent mettre en danger les valeurs qu'ils croient servir (tels les premiers résistants qui provoquaient des représailles redoutables dans leurs effets tant immédiats que secondaires).

- D'autre part ceux qui se replient dans leur château d'ivoire avec leurs beaux discours qu'eux seuls comprennent et qui finissent par décourager toute forme de résistance active.

Comme toi, je ne me place ni dans un extrême, ni dans l'autre. Nous plaçons notre curseur en fonction de notre caractère, notre histoire et nos valeurs. Mais ce qui pose problème, c'est que nous avons tendance à caricaturer la position de l'autre et à la ressentir comme une trahison ou tout au moins comme plus dangereuse qu'elle ne l'est.

Pour l'heure, ne pas signifier, en tant qu'organisation représentative, l'indignation que nos mandants éprouvent dans leur majorité me semble préjudiciable pour la confiance qu'ils peuvent nous faire. Et ce n'est pas par un seul discours tardif et modéré, aussi intelligent et pertinent soit-il (indispensable à mes yeux) que

nos confrères se sentiraient soutenus. Il y a à mon sens deux niveaux parfaitement complémentaires, sans doute représentés par le SNPP d'un côté, l'AFPEP de l'autre ; un niveau de soutien immédiat d'un côté, et un niveau de réflexion approfondie de l'autre, l'un devant renforcer l'autre.

Voilà, excusez-moi d'avoir été un peu long.

Amitiés.

Olivier Schmitt

Mon cher Olivier, je te remercie de ta réponse,

Mon propos visait surtout à attirer notre vigilance sur le fait que tous ceux qui ont un pouvoir médiatique nous jettent délibérément des os à ronger pour caricaturer les choses et les tordre à nos dépens, je crois, de ma conviction de paranoïaque à peine repentie !

Je crois qu'on ne gagnerait rien à accepter un duel médiatique "pour ou contre la psychanalyse dans l'autisme", surtout avec des politiques, dont ils me semblent que jamais autant que depuis l'ère Sarkozy, ils ne jouissent de nous balader entre des énoncés aberrants.

Cette production intarissable de ce qu'on ne peut appeler que des bêtises et des provocations, a, je crois, une fonction radicalement aliénante, c'est pourquoi il me paraît important de s'en dégager en ne répondant pas trop du tac au tac.

En proposant l'interdiction de la psychanalyse dans l'autisme, on évite de dire qu'on n'a pas un sou à mettre dans le développement des outils de soin et d'accompagnement destinés à ces enfants et ces adultes-là. C'est pourquoi j'aurais envie de prendre de haut le pauvre discours de ce député en portant la réponse ailleurs et en recommandant au président de l'Assemblée un peu plus de sérieux et de professionnalisme dans l'approche d'un problème des plus sensibles, en lui rappelant que nous sommes à la disposition des députés et des commissions qui souhaiteraient recueillir l'avis de personnes compétentes sur le sujet. Une dernière chose : je suis sûr que nombre d'entre nous ont connu des grands pourfendeurs de psychanalyse, qui envoyaient leurs proches si ce n'est eux mêmes consulter ces maudits...

Bien à vous tous.

Jean-Jacques Bonamour du Tartre

C'est une bonne idée, traiter par le mépris ne veut pas toujours dire ne rien faire.

Une lettre ouverte au président de l'Assemblée Nationale aurait cet avantage de concilier le mépris, la prise de hauteur et le soutien de nos mandants. Je ne me fais aucune illusion sur l'efficacité parlementaire de la démarche mais ce n'est pas cela qui importe pour l'heure. C'est une manière de soutenir les intérêts moraux de nos confrères, qui est l'une des missions du syndicat au même titre que de soutenir leurs intérêts matériels.

Qu'en pensent les autres ?

Olivier Schmitt

Permettez à la vieille que je suis de vous faire profiter de son expérience et de ce qu'elle a vécu. L'idée, émise en 1934 que la génétique permettait de repérer ceux des humains qui avaient de l'avenir et les distinguer de ceux qui ne pourraient que transmettre leurs propres tares a permis de soutenir la nécessité (au cas où une guerre diminuerait la quantité des bons transmetteurs et déséquilibrerait ainsi tout l'avenir de l'humanité) d'avoir à diminuer activement le nombre des mauvais porteurs.

Ainsi a été mise en oeuvre, avec toutes les capacités aussi bien médicales que logistiques d'une grande nation civilisée, l'extermination des malades mentaux, prélude à une autre extermination.

Comme vous le savez, le docteur Alice von Platten n'a retrouvé qu'une seule lettre de psychiatre renonçant à sa carrière pour prix de sa volonté de ne pas entrer dans une idéologie, s'appuyant sur la science qui la niait dans son essence. Et c'est bien le silence de chaque citoyen de cette nation qui a fait suite au silence des médecins concernés. Cette expérience soutient tout à fait la position qu'Olivier Schmitt vient de nous faire parvenir.

A propos d'autisme, rappelons-nous que les enveloppements de Delion, eux aussi déchaînent les passions de ceux qui ne veulent rien connaître à l'autisme.

La lettre ouverte au Président de l'Assemblée Nationale nous éviterait (tout en ne répondant pas à ce député téléguidé par ses intérêts et/ou son ignorance) de rester dans le pur mépris ni non plus dans un silence qui ne peut être alors que complice ; car notre vérité se signifie dans nos actes beaucoup plus que dans nos discours. Et la prise de parole, comme la lettre ouverte évoquée, est un acte.

Françoise Coret

Chers tous,

Cette histoire mérite réflexion, c'est sans doute un ballon d'essai pour voir comment nous allons réagir ; après l'offensive médiatique contre la psychanalyse, le premier procès fait à Delion, c'est maintenant un second procès contre Delion et des gesticulations législatives, le tout sur fond d'année de l'autisme annoncée par le premier ministre lui-même.

Je trouve que cela fait beaucoup et je ne dis rien des commentaires orduriers suscités par le texte de Loriane Brunessaux que nous allons publier dans le BIPP. ça se lâche, se croit autorisé à se lâcher.

Je crois que cette histoire est le premier théâtre d'une offensive généralisée contre la psychanalyse et les prises en charge psychodynamiques en général. La prochaine étape sera la prise en charge des psychotiques et des bipolaires. Les enjeux sont notre indépendance professionnelle et la formation. Notre Conseil d'Administration doit réfléchir à cela sereinement. Je ne vois pas ce que le législateur a à voir avec le choix d'un traitement si ce n'est d'avouer sa crainte de l'influence politique de la psychanalyse dans le bain de contrôle actuel.

Cela réclame une analyse politique préalable sinon nous n'adopterons que des "mesurettes". Notre action ne peut être que paradigmatique, qu'elle soit au moins audible et calibrée.

Amitiés.

Patrice Charbit

Lettre ouverte aux parlementaires

Paris, le 6 février 2012

Monsieur le Président,

Nous avons pris connaissance d'une proposition de loi déposée par un député de la majorité visant à interdire la psychanalyse comme mode de soin de l'autisme, et la nature même de ce projet nous a profondément choqués, tant sur le fond que sur la forme. En effet, sur le fond :

- Il nous semble que l'appréciation de l'intérêt d'une technique ou d'un mode de compréhension d'une affection mentale nécessite une connaissance approfondie du sujet et donc le recours à l'avis de professionnels spécialisés dans le domaine ;
- Il serait très dommageable pour les autistes, leurs familles et pour toute la psychiatrie de l'enfant comme de l'adulte, que soient ainsi adoptés des avis tranchés caricaturaux sur des questions qui requièrent impérativement des approches multiples et composites en pratique, comme il est de règle dans notre discipline comme dans bien d'autres.

Mais plus encore sur la forme, il nous paraît grave que ce sujet soit ainsi politiquement exploité dans les media, et plus encore, qu'il soit question d'en faire un projet de loi : une loi a-t-elle à faire avec des questions techniques de ce genre ? A-t-elle pour tâche de définir les modes de pensée autorisés ou interdits ?

C'est donc en tant que citoyens que nous souhaitons vous interpeller, et attirer votre attention sur le risque non calculable qu'il y a à dévaluer ainsi la notion de loi, qui chaque jour un peu plus cesse de figurer le registre de référence de ce qui régit les rapports sociaux dans leurs principes, pour constituer celui des réponses immédiates aux questions d'actualité propulsées dans et par les media.

La responsabilité des élus nationaux nous semble à ce titre très engagée, et nous souhaitons par la présente rappeler la valeur symbolique de la loi et son importance pour les sujets qui composent cette société, à condition qu'on lui permette de tenir sa place et la dignité de sa fonction.

Il nous semblerait opportun de rappeler aux éminents membres de cette assemblée l'impact psychologique de leurs propositions, et le risque de déstructuration du lien social que certaines peuvent contenir.

Nous vous prions, Monsieur le Président, de croire en l'expression de nos salutations respectueuses et de nos convictions républicaines et démocratiques.

Dr Michel Marchand - Président de l'AFPEP - SNPP

Dr Élie Winter - Secrétaire Général de l'AFPEP - SNPP

Penser serait-il devenu un luxe ???

Jacqueline Légaut

Pour ou contre, avec ou sans, noir ou blanc, bon ou mauvais, gauche ou droite, etc. Pour ou contre la psychanalyse, les neurosciences, la nanotechnologie, les médicaments, les électrochocs, la télétransmission, etc. Cette maladie fort contagieuse sévit de plus en plus, et même s'il en existe beaucoup, celle ci, la maladie

du "pour ou contre", présente l'inconvénient majeur d'annuler toute forme de pensée, et cela immédiatement, sans effort...

Posons que la pensée est forcément un processus discursif, qui implique une dialectique, un échange avec un interlocuteur réel ou imaginaire qu'il s'agit de convaincre, de contrer, de solliciter, mais qui est reconnu comme digne d'être cet interlocuteur, d'où le soin que l'on va prendre de la façon de s'adresser à lui, le choix des arguments, le style, le ton, avec tout ce que cela implique de mise en oeuvre d'énergie, d'intelligence, de tentative de se mettre à sa place, de reconnaissance de l'importance de son avis, de construction du sien propre.

Donner à entendre notre point de vue sous forme d'un lapidaire "pour ou contre", suppose de court-circuiter toute la démarche qui consiste à se donner les moyens d'étudier un processus, un point de vue, avec tout ce qu'il comporte de complexe, voire de radicalement étranger à notre mode habituel, revendiquer le droit de prendre ce temps, sans compter que le temps de comprendre, les cliniciens le savent bien, est fort variable d'une personne à une autre, afin de parvenir à une conclusion, un parti pris exprimé, digne d'être assumé, c'est-à-dire qui engage.

A l'évidence, tout est fait pour nous entraîner dans une course éperdue, où la moindre provocation appelle de toute urgence une réaction indignée, où les faits divers déclenchent la rédaction en urgence de lois de préférence sécuritaires, et où le silence et l'absence de réaction sont immédiatement jugés comme inadmissibles et coupables, sans compter que cette absence de réaction peut même être utilisée pour faire passer à notre insu des modalités parfaitement inacceptables, on l'a vu avec cette fameuse histoire de la rémunération à la performance. A quoi, à qui attribuer cette pression de l'urgence, cette accélération permanente, tant il semble que nul n'y échappe ? Il n'est pas plus envisageable de s'y soustraire, que d'y répondre une bonne fois pour toutes. Peut on y lire un effet collectif quasiment mécanique et donc inévitable des nouveaux médias ?

Comment résister à une telle pression, va-t-il falloir faire retraite au fond d'une caverne pour pouvoir garder un peu de temps pour se calmer, réfléchir, sommes-nous voués à nous laisser embarquer dans ce tourbillon en y perdant l'essentiel de ce qui leste nos existences, cette faculté de réfléchir, de penser, de partager, et donc de s'engager ?

Gageons que seul le lieu d'un collectif animé par une véritable éthique professionnelle nourrie sans relâche de tous ces débats qui viennent la questionner et nous obligent à prendre position, seul ce lieu peut nous éviter la disparition qu'implique l'absence de pensée : que devient notre pratique sans cela, comment et d'où écouter nos patients pas moins pris que nous dans ce maelström ???

Pour la Raison

Dominique Morel

A l'échelle de ma localité, je croyais être le seul à avoir signé le refus de la rémunération à la performance, parmi les psychiatres.

Or, dans les jours qui ont suivi ma difficile décision, un patient qui avait peut être saisi mes approximations de raisonnement⁽¹⁾, m'a fourni le bon mot de « sujet raisonné ». Il s'agit sans doute du déclic politique, qui je pense, m'a aidé à me constituer comme tel en face des mesures normatives, afin que pour le moins, les patients restent des personnes raisonnables.

La seule raison qui comptait bien sûr, c'est la raison prise comme fiction et non pas la raison liée à une norme. Depuis, j'ai appris avec une certaine satisfaction qu'un de mes confrères avait aussi signé. De l'un à

l'autre, probablement nous nous sommes laissés convaincre que, contrairement aux annonces des organismes gouvernementaux, sortir du panier (de soins) en étant hors parcours conventionnel ne comportait pas de risque majeur.

Un argument supplémentaire est venu dans ce sens ! Une patiente me souligne « où en est-on avec un État qui achète les médecins pour que nous soyons soignés ? ».

En conclusion, le pas de pas vaut mieux que la résignation avec en prime le plaisir de la résonance⁽²⁾; et - rien de sert de rentrer dans une « file active » pour se rai-sonner juste. TRISTAN TSARA « L'Homme approximatif »

(1) Les cloches sonnent sans raison, et nous aussi...

(2) Sonnez les cloches sans raison, et nous aussi...

Tee-shirt intelligent pour troubles bipolaires

Armelle, radiocitron.com

Voici un article publié récemment dans le journal l'Hebdo, de Lausanne, relayé dans la rubrique "Insolite" (!) de Courrier International du 19 décembre 2011. Je suis très en colère à plus d'un titre à la lecture de cet article, chaque phrase me fait hurler, aussi je le partage généreusement avec vous !

Tee-shirt intelligent pour troubles bipolaires (extraits)

« Un tee-shirt et un smart phone : rien de plus commun en apparence que ces objets. Ils pourraient pourtant permettre bientôt de détecter les changements d'humeur de patients affectés de troubles bipolaires. Vêtement et téléphone mobile constituent en effet les deux éléments clés d'un dispositif innovant élaboré dans le cadre du programme européen Psyché. Les troubles bipolaires, qui se caractérisent par une alternance de phases de dépression et de grande excitation, sont "difficiles à traiter et s'accompagnent de nombreuses rechutes", souligne Markus Kosel, psychiatre et psychothérapeute des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

En phase dépressive, les personnes concernées n'ont aucune envie de se soigner. En phase maniaque, elles ressentent une grande exaltation dont elles n'ont pas envie de sortir. Pour améliorer leur suivi psychiatrique, il est donc important de pouvoir anticiper ces changements d'humeur.

Actuellement, les patients sont invités à remplir un "agenda de l'humeur" mais ils oublient souvent de le faire. D'où l'idée de concevoir un dispositif qui enregistre automatiquement, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, un certain nombre de paramètres psychologiques et comportementaux et les transforme en informations directement exploitables par les médecins. Pour ne pas gêner les personnes dans leur vie quotidienne, "il fallait concevoir un système simple et pratique", explique Mattia Bertschi, chef du projet Psyché au Centre suisse d'électronique et de microtechnique (SEM). Discrètement intégrés dans des bandes du tissu, des capteurs enregistrent le rythme cardiaque et respiratoire de l'individu, ainsi que ses mouvements. Cela permet de savoir si la personne est active ou non et d'évaluer la qualité de son sommeil, un élément "primordial dans le suivi des troubles bipolaires", d'après Markus Kosel. Il suffit d'y connecter une petite boîte blanche qui ressemble à un baladeur MP3 pour que ces informations soient enregistrées, traitées et transmises au smart phone du patient. Doté d'une application spéciale, ce mobile permet aussi - et c'est là l'une des principales innovations du système - d'analyser la tonalité de la voix de son propriétaire.

Un paramètre particulièrement précieux dans le cas des troubles bipolaires, puisque les fluctuations d'humeur se répercutent sur le timbre de la voix et le rythme de la parole, les épisodes dépressifs se caractérisent notamment par des phrases monotones et plus courtes et par des silences prolongés. Le médecin pourra aussi "demander au dispositif d'enregistrer certains paramètres particuliers", indique Mattia Bertschi, et "rappeler

au patient de prendre ses médicaments ou l'aider à mieux gérer ses activités", ajoute Markus Kosel. Encore à l'état de prototype, le dispositif a déjà fait l'objet de tests préliminaires sur des volontaires sains, qui se poursuivent actuellement avec de vrais patients.

Si les résultats se révèlent satisfaisants, il pourra être mis à la disposition de personnes souffrant de troubles bipolaires et de leurs psychiatres. Rien n'exclut que ces technologies soient ensuite adaptées à des personnes souffrant d'anxiété ou d'autres "maladies de l'âme" ». Élisabeth Gordon

Ainsi donc, grâce à ce tee-shirt, le corps dialogue directement avec le praticien (ce n'est même plus un psychiatre) ou devrais-je dire le pharmacien ? Il n'y a plus de personne. Le tee shirt est une nouvelle peau qui aurait l'intelligence que l'on ne reconnaît plus au patient. Ni au psychiatre, du reste.

Le spécialiste dit que, quelle que soit la phase de la maladie, le patient n'est pas apte à réagir correctement (ah bon ?), on ne peut donc jamais lui faire confiance. La confiance ne va qu'au tee-shirt. On arrive au stade où le malade n'est plus qu'un contenant, une outre à symptômes et à médicaments. Son emballage artificiel parle pour lui. Et les symptômes n'ont plus aucun sens.

La maniaque-dépression est décrite comme quasi incurable et présentant systématiquement des rechutes : c'est faux. Mais avec cette "vision", "anticiper les changements d'humeur", comme ils disent, signifie être sous cachets même quand on n'est pas malade.

Et la surveillance par la peau 24 h sur 24 ? Difficile de faire plus intime. Associée à nos soins sous contrainte sous menace d'enfermement nationaux, c'est encore plus de viol. Comment se différencier de cette figure d'autorité qui nous nie, quand elle nous colle à la peau, quand elle devient notre peau qui parle pour nous, malgré nous ? Comment ne pas devenir fou ?

Le tee-shirt, par sa voix "smart" (trad. malin, intelligent, élégant), dit même comment gérer ses activités et prendre des médicaments. C'est donc, sans contact humain pour le patient, recevoir des ordres d'un objet qui le surveille. Qui le touche, l'enserme, tout le temps. Le tee-shirt interprète les silences, les rythmes de voix... C'est sa manière d' "écouter" le patient !

Et en plus il habille les patients, est dans leur identité visible. Et à aucun moment du jour ou de la nuit, on ne peut oublier cette identité réduite à la maladie, et l'intimité harcelante du toucher de cet objet porteur d'une idéologie écrasante. La personne ne peut plus en sortir et bien sûr, elle ne peut plus se soigner.

J'arrête là, c'est écoeurant, chaque ligne est immonde "système simple et pratique", "pour ne pas gêner les personnes dans leur vie quotidienne", il y a des camisoles qui se perdent...

Chaque aspect de ce projet me fait hurler, et pourtant, si j'avais ce tee-shirt, tissé de leurs soi-disant bonnes intentions, je crois bien que personne, plus jamais, ne m'entendrait...

En attendant, il faut survivre : remontons-nous un peu le moral sans nous faire distraire.