Sommaire du BIPP n°63 - Décembre 2012

Éditorial Michel Marchand

Le mot du rédacteur en chef Thierry Delcourt

Charte de la psychiatrie AFPEP-SNPP

Manifeste de la psychiatrie libérale AFPEP-SNPP

Les incompatibles Patrice Charbit

Être psychiatre aujourd'hui : des fondamentaux aux propositions concrètes Jacqueline Légaut, Michel Marchand, Patrice Charbit, Thierry Delcourt, Élie Winter, Olivier Schmitt

Les négociations du SNPP Élie Winter

Aïe ! proposition de loi Patrice Charbit

DPC, éthique de l'AFPEP et recommandations HAS Françoise Labes

Séminaire d'Été Anne Rosenberg

Journées Nationales de Bordeaux Michel Jurus

Les rencontres Francopsies : nous y étions ! Thierry Delcourt, Michel Marchand

Les projets de formation de l'AFPEP - SNPP Thierry Delcourt

DOSSIER SPÉCIAL ANTOINE BESSE

Hommage lors des obsèques d'Antoine Besse Jean-Jacques Laboutière

Antoine Besse Jacques Barbier

Arrêtez-moi ! Antoine, encore 5 mn Yves Froger

La passion de la rencontre Anne Desvignes

Mon cher Antoine Sofiane Zribi

Antoine Besse Hervé Bokobza

À Antoine Paul Lacaze

Le dernier texte d'Antoine Besse

L'enfant extradé Liliane Irzenski

Histoire des classifications : origines, utilités et destinées Jérémie Sinzelle

Réponses au questionnaire urgence et permanence des soins Thierry Delcourt

Libres propos

Sur tous les fronts

Michel Marchand

Depuis notre Bulletin d'Information du mois de mai, adressé à nos seuls adhérents, notre Newsletter vous a tenus informés de nos actions syndicales et de nos rendez-vous scientifiques qui se sont succédés à un bon rythme : ils sont repris tout au long de ce numéro.

Mais le 8 octobre est intervenu un coup d'arrêt brutal pour nous tous : Antoine BESSE, président d'honneur de l'AFPEP – SNPP nous a quittés, foudroyé au sortir d'une réunion de la Fédération Française de Psychiatrie dans laquelle il s'était tant investi comme président du collège des thérapeutiques.

Militant dans nos rangs depuis 32 années, Antoine y défendait la conception d'une psychiatrie humaniste. Avec sa bienveillance coutumière, il se faisait notre porte-parole dans les instances internationales et notamment à la WPA où il devait intervenir encore tout récemment à Prague.

Devenu également président d'ALFAPSY en juillet dernier, il y préparait de nouveaux projets avec ardeur. Nous retenons d'Antoine l'exemplarité d'un engagement total, une passion de l'humanité comme il le disait lui-même, une attention exigeante, dans son exercice libéral de psychiatre et psychanalyste comme au sein des institutions qu'il a marquées de sa présence active : il était sur tous les fronts.

Au-delà des témoignages que vous pourrez lire plus loin, nous dédions à Antoine la prochaine édition de notre revue Psychiatries.

Il nous revient maintenant de poursuivre notre tâche, dans la fidélité des valeurs que nous partagions.

****

Sur le versant de la réflexion et de la formation propres à l'AFPEP, nous avons poursuivi notre interrogation sur l'évolution de nos pratiques au regard de la commande sociale, les conditions et les nécessités du soin, son inventivité et sa singularité. Ceci dans un continuum allant du Séminaire d'Été, inséré dans les remarquables Francopsies de Montpellier, jusqu'aux Journées Nationales de Bordeaux aussi toniques que conviviales.

Du côté syndical, nous sommes tout d'abord intervenus fortement à la CNAM pour traiter des sujets qui empoisonnent notre vie quotidienne et entravent notre pratique, la dégradation des relations entre l'Assurance Maladie et les praticiens ne faisant que croître. Il s'agissait une nouvelle fois de faire comprendre que la psychiatrie n'est pas une discipline comme les autres.

Le refus du paiement à la performance, le libre choix du mode d'établissement des feuilles de soin et la nécessité d'une revalorisation substantielle de notre acte de consultation en ont été les points marquants.

Si les positions restent inchangées sur le fond, le climat a évolué depuis : les caisses locales ont été invitées à tempérer leur zèle à l'encontre des psychiatres, et nos interlocuteurs se sont montrés davantage enclins à entendre nos arguments.

Ainsi, concernant la télétransmission, il suffira de quelques FSE pour ne pas encourir un processus de « sanction », ce processus ne pouvant s'enclencher sans une saisine préalable de la commission paritaire locale, et le syndicat sera là pour vous défendre. Les collègues qui sont à quelques années de la retraite ne seront pas quant à eux inquiétés.

La performance ? Ce terme, maintenant évité pour être remplacé par la notion d'objectifs de santé, n'est pas prêt de s'appliquer à notre spécialité à travers des indicateurs de santé : il faut pour cela un accord des représentants des psychiatres ; et si cette hypothèse se confirme chacun disposera d'un mois pour manifester son refus.

La mise à niveau du CNPsy relève d'un travail préparatoire de la révision de la nomenclature des actes cliniques, sans cesse différée, pour que soient pris en compte la durée de notre acte de soin, sa complexité et son caractère unique et indivisible.

Au même moment se sont tenus entre l'Assurance Maladie et les centrales syndicales les négociations sur le contrôle des dépassements, évacuant bien entendu la cause première de ceux-ci : le refus de revaloriser l'acte opposable.

Nous avons également sollicité un rendez-vous au ministère de la santé, pour faire entendre les fondements et la spécificité de notre métier et engager les pouvoirs publics à prendre le chemin inverse des décisions prises pendant ces dernières années, considérant la convergence inquiétante de la loi HPST, de la loi du 5 juillet 2011, des recommandations de la HAS, des orientations fixées par le plan psychiatrie santé mentale et des dispositifs conventionnels.

Dans cette attente, nous avons rencontré le conseiller pour la santé auprès du Président de la République. Nous lui avons expliqué les exigences de notre pratique, ses empêchements, énoncé nos propositions en termes de formation, de conditions du soin et de solidarité pour l'accès aux soins.

Enfin nous avons participé à la phase qui devrait être conclusive (?) de l'élaboration des statuts du Conseil National Professionnel pour la Psychiatrie (CNPP), passage obligé pour mettre en oeuvre le développement professionnel continu et garantir une formation pluridisciplinaire dans toutes ses dimensions.

Ainsi engagés sur tous les fronts, nous avons besoin, pour vous défendre et assurer l'avenir de notre métier, que vous participiez, chacun et chacune d'entre-vous, là où vous êtes, à ce même mouvement.

Le mot du rédacteur en chef

Thierry Delcourt

C'est dans une volonté de rendre notre lutte plus étayée, et donc plus efficace que nous avons mené ces dernières années plusieurs actions afin de rester au plus près des préoccupations de tous les psychiatres privés sans exception ni ostracisme.

Deux enquêtes approfondies s'ajoutent désormais à celle réalisée il y a quelques années « Persiste et signe », enquêtes auprès des praticiens, membres ou non de l'AFPEP – SNPP. L'ensemble constitué par ces trois enquêtes nous apporte un matériel riche d'enseignement pour comprendre le souci actuel des psychiatres et

les fondamentaux sur lesquels il semble qu'ils ne lâcheront jamais. Des échanges avec les jeunes psychiatres privés et les psychiatres en formation nous ont également permis de prendre la mesure d'une évolution des pratiques et des techniques de soin qui nous interrogent par le clivage qu'elles opèrent et les perspectives d'évolution qu'elles ouvrent, risquant potentiellement de remettre en cause les fondamentaux de la profession. Mais, qui dit échange dit transmission, enseignement mutuel et partage sur des champs communs : ce qui se confirme heureusement à chacune de nos rencontres… et confirme la nécessité de les entretenir de façon régulière tant au plan national que régional, une des missions essentielles des conseillers régionaux de l'AFPEP – SNPP.

Enfin, un dialogue et une réflexion autour du référentiel métier de psychiatre privé avec la FFP grâce à son acteur principal, Jean-Jacques Laboutière, nous permet de cerner et d'affiner les préalables à tout questionnement et à toute évaluation de nos pratiques.

Le Séminaire d'Été de l'AFPEP, tenu cet été 2012 à Montpellier, a été l'occasion de confronter tous les éléments recueillis avec les propos des intervenants sur leurs pratiques singulières, et surtout d'engager un débat avec les nombreux psychiatres présents, dont les psychiatres francophones du pourtour méditerranéen et les praticiens européens réunis dans le cadre des Rencontres Francopsies 2012 organisées par l'infatigable et créatif Paul Lacaze.

Faisant suite à ce Séminaire passionnant et pour rendre compte précisément des enquêtes réalisées, nous avons publié un Numéro Spécial de Psychiatries. Il y figure la synthèse de ces travaux, et donc, des fondamentaux réactualisés de notre profession. Et force est de constater qu'ils ne diffèrent pas de ceux figurant dans la Charte de la psychiatrie établie en 1980 et le Manifeste de la psychiatrie libérale établi en 1995. Nous avons également confronté ces fondamentaux à leurs empêchements actuels dans le contexte d'une normalisation et d'une contrainte toujours plus forte de la profession, pour ensuite étayer les propositions concrètes et actuelles de l'AFPEP – SNPP. Celles-ci sont désormais présentées officiellement comme incontournables lors de chacune de nos discussions avec les instances administratives et politiques, car nous les avons légitimées grâce au débat public au sein de l'ensemble de la profession de psychiatre privé.

Charte de la psychiatrie

AFPEP-SNPP

Charte élaborée le 26 octobre 1980 lors des Xèmes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée

Branche antique et particulière de la médecine, la psychiatrie, discipline des professionnels qui opèrent dans le champ spécifique qui est le sien, se fonde tant sur la science médicale que sur l'art qui lui est propre.

Engagée dans la réalité sociale, la psychiatrie se doit éthiquement de préserver à tout prix l'individualité et l'originalité des personnes qui se confient ou lui sont confiées.

Indépendants des idéologies, l'art et les techniques psychiatriques prennent en compte la personne dans sa totalité, avec ses aspects biologiques, psychologiques, relationnels et institutionnels.

La psychiatrie vise ainsi à rétablir le malade dans son être et dans la vie. A cet effet, un contrat se noue, tacite ou explicite, dont l'objet ne peut et ne doit être que l'intérêt du malade, en dehors de toute contrainte étrangère, publique ou privée.

Dans le respect de la règle hippocratique, l'éthique de chaque praticien assure à chaque malade : secret, information, assistance, et, si nécessaire, conseil. Ce principe n'admet aucune exception. C'est dire que la

psychiatrie refuse solennellement de cautionner toute pression extérieure menaçant l'intégrité physique ou mentale du malade, que celui-ci en ait ou non clairement conscience. Elle oeuvre à instaurer ou restaurer pour le malade un présent vivable et un devenir possible.

Elle doit permettre au malade de trouver ou retrouver liberté, autonomie et responsabilité. Les professionnels de la psychiatrie s'engagent solidairement à respecter et à faire respecter ces règles éthiques en tout temps et en tout lieu.

Manifeste de la psychiatrie libérale

AFPEP-SNPP

Texte établi le 10 avril 1995

La psychiatrie est la discipline médicale qui recouvre l'espace clinique de la souffrance psychique dans ses diverses expressions. Elle prend en compte l'homme dans sa globalité, corps et esprit, et sa subjectivité, son vécu et son histoire, au coeur de son réseau affectif et social.

Dans l'interaction du biologique et du relationnel, la psychiatrie considère un ensemble de causalités complexes et irréductible aux seuls paramètres objectifs, quantifiables. De par son objet même, la pratique du psychiatre ne peut se satisfaire du modèle médical habituel, s'enfermer dans des normes supposées établies, encore moins se perdre dans certaines dérives scientistes actuelles. Elle s'attache en priorité à restituer au sujet souffrant sa liberté de vivre, d'aimer et d'établir un rapport au monde ouvert et créatif, inscrit dans le lien social.

L'histoire de la psychiatrie française depuis un demi-siècle s'est caractérisée par une lutte incessante contre l'enfermement et l'exclusion, une volonté obstinée de désaliénation.

L'essor de la psychiatrie libérale témoigne au premier chef de cette dynamique dont elle constitue l'un des instruments majeurs.

Le psychiatre, dans son exercice libéral, intervient précisément avec ses caractéristiques d'indépendance, d'autonomie, de responsabilité personnelle dans la décision et la mise en oeuvre thérapeutiques, de confidentialité rigoureuse de la relation. Son intervention répond exclusivement à la demande du sujet qui garde à chaque étape la liberté de son choix et de sa démarche, dont le paiement à l'acte constitue l'une des garanties.

La disponibilité, l'implantation du psychiatre dans la cité et son accessibilité – y compris économique – facilitent l'élargissement et la précocité de la demande de soins, ce qui accroît d'autant l'efficacité de ceux-ci au regard des risques de décompensation, de perte d'autonomie et de désadaptation sociale.

Le psychiatre soigne avec ce qu'il est comme avec ce qu'il sait ; il s'est formé et continue à se former dans une inter-évaluation et une remise en question permanentes, librement consenties et organisées.

Confronté à l'originalité de chaque situation de souffrance dans la surprise répétée de la rencontre avec le patient, admettant l'existence d'un insu toujours à déchiffrer, le psychiatre doit préserver à chaque instant sa capacité d'innovation pour se maintenir au plus près de la réalité de chacun.

Prétendre l'enfermer dans des procédures standardisées et des modèles intangibles ne saurait que compromettre gravement les ressorts mêmes de son efficience.

Nous, psychiatres libéraux, ne pouvons transiger sur ce qui fonde la qualité même de nos soins.

Les incompatibles

Patrice Charbit

En dépit d'un affichage trompeur de bonnes intentions, la réforme issue de l'articulation de la loi HPST, de la loi du 5 juillet 2011 et du plan « santé mentale », sous la houlette de la HAS, se résume à une volonté de gouvernance tyrannique des soins.

L'objectif est de soumettre au niveau régional tant la psychiatrie publique que privée aux objectifs décidés et validés par la HAS. Une telle réforme est incompatible avec l'exercice de la psychiatrie à différents niveaux.

Tout d'abord, la HAS s'est décrédibilisée aux yeux des psychiatres et ses directives, en l'état actuel des choses, ne peuvent qu'engendrer une opposition massive :

Sa récente prise de position concernant l'autisme est inacceptable. En effet, la HAS s'est posée en arbitre entre différentes institutions voire lobbies et non dans une recherche d'un soin juste tant au niveau scientifique que d'expérience praticienne.

Par ailleurs, la HAS s'est également décrédibilisée en imposant dans les cliniques psychiatriques des normes justifiées dans les cliniques de « médecine-chirurgie-obstétrique », en imposant un degré d'informatisation inutile au sein du colloque singulier psychiatrique, en utilisant une « novlangue » issue au mieux du marketing, en ne reconnaissant pas une pourtant évidente spécificité de la psychiatrie, en visant le contrôle plutôt que le soin, en annonçant vouloir éloigner les psychiatres de leurs pratiques professionnelles.

La HAS se fait ainsi complice d'un politique qui cherche à construire à marche forcée une « bulle psychiatrique » (centres experts, industrie du médicament, lobbies divers et variés, études tronquées, publicité partiale, psychothérapies douteuses, génétique mal orientée, prévention fictive à défaut du soin, prédictivité scandaleuse), en choisissant de soigner des symptômes plutôt que des malades, ce qui est particulièrement un non sens dans cette spécialité. La non reconnaissance de la spécificité de la psychiatrie ne peut donner lieu qu'à des incohérences.

Une réforme de la psychiatrie ne peut s'engager qu'avec la collaboration des différents acteurs du soin tout en tenant compte des nécessités émanant des patients ou de leurs proches et non par un envahissement réglementaire. Le climat de confiance, pourtant essentiel, fait cruellement défaut, ce qui voue cette réforme à un échec coûteux, cuisant et destructeur.

Une tutelle « éclairée » se doit de prendre en compte les éléments suivants :

§ Les fondamentaux du soin (indépendance professionnelle, confidentialité et strict respect du secret professionnel, libre choix du psychiatre et du patient, accès pour tous, solidarité nationale), sont bafoués par la tutelle de l'ARS qui orienterait non vers le soin mais vers des « missions » imaginées par des administratifs et non des praticiens.

§ Les fondamentaux du soin sont bafoués par la loi du 5 juillet 2011 qui nie l'indépendance professionnelle et le libre choix du médecin, désorganise le service public, dénature la place des juges, stigmatise les patients, légitime des pratiques inavouables, oblige à des modes de soins non prévus par notre constitution, oriente le psychiatre vers l'expertise et l'éloigne de sa mission.

§ Les fondamentaux du soin sont bafoués par la prise en otage des concepts guidant la psychiatrie par une partie d'un monde universitaire orienté par l'industrie, par la mise à l'écart de la psychopathologie, par un statut d'handicapé dangereusement affublé à nos patients, par une

gestion des risques inadaptée et stérilisante, par le déclassement du soin aux malades au profit d'investissements dans un « capital santé » étranger à une philosophie thérapeutique.

Le soin psychiatrique reste singulier et ne peut répondre à des catégorisations rigides, protocolisées. Il s'invente au cas par cas. C'est là un fait d'expérience.

Une psychiatrie lucide se doit d'inventer des conditions « instituantes », un cadre de pratiques adaptables, et non de se soumettre à des conduites instituées, uniformes, et, de facto, déresponsabilisantes.

Etre psychiatre aujourd'hui : des fondamentaux aux propositions concrètes

J. Légaut – M. Marchand – P. Charbit – T. Delcourt – É. Winter – O. Schmitt

Les fondamentaux de l'AFPEP – SNPP

– Une politique de santé en permanence centrée sur le soin et sur la solidarité (l'assurance maladie doit garantir la protection sociale et permettre l'exercice des psychiatres privés en respectant les règles déontologiques inhérentes à notre pratique du soin).

– Les conditions intangibles d'un soin conforme à notre éthique et notre déontologie sont et resteront : l'indépendance professionnelle consubstantielle à une réelle responsabilité, la confidentialité et le strict respect du secret professionnel, le respect du libre choix du psychiatre par le patient.

– La formation du psychiatre est permanente ; elle repose sur : la formation initiale qui fait toute sa place à la psychopathologie, avec une ouverture sur les sciences humaines autant que les neurosciences, la relation soignante, les différents modes d'exercice et en particulier l'exercice privé. La formation continue qui se doit de rester strictement à l'initiative et sous la responsabilité des praticiens au fait de leur exercice spécifique.

– Les modes d'exercice des psychiatres privés constituent une richesse clinique et thérapeutique à condition de préserver leur diversité et leur adaptabilité aux situations et aux patients. L'AFPEP – SNPP affirme plus que jamais la nécessité de cette diversité et de la complémentarité des modes d'exercice dans l'organisation des soins en psychiatrie, sans avoir à jouer sous quelque forme que ce soit les supplétifs du service public.

– Le cadre du soin doit prendre en compte et respecter le temps nécessaire à la consultation, l'indispensable relation de confiance avec le patient, la disponibilité pour assurer la continuité de la prise en charge dans sa complexité ; ce qui nécessite un acte unique incompressible, indivisible et donc, substantiellement revalorisé pour ne pas altérer sa qualité, garante d'un soin efficace. Cette qualité garantit une réelle économie du coût de la santé.

– La fonction soignante constitue le coeur de notre exercice, et donc, il nous faut réaffirmer notre fonction première : le traitement de la souffrance psychique et des patients atteints de troubles psychiatriques, sans restriction du champ d'exercice. Nous affirmons notre refus de la réduction à une fonction expertale. Nous soulignons la prise en charge de files actives équivalentes de patients et de pathologies graves dans la pratique privée et dans le service public.

– La spécificité de notre pratique centrée sur la personne et sa souffrance psychique induit un acte où le diagnostic et le pronostic ne sont pas figés ni définitifs. Notre souci reste avant tout la prise en compte de la dimension évolutive du patient, de la complexité de sa problématique.

– Le libre choix des techniques, tant psychothérapiques que biologiques ou sociales. Le psychiatre ne peut se contenter des seules « données acquises de la science » ou de l'Evidence Based Medicine, qui représentent des données beaucoup trop partielles dans son champ d'intervention. Il prend en charge l'intégrité de la personne souffrante, alors que les neurosciences actuelles et les études sur les médicaments et les comportements ne peuvent qu'apporter une vision partielle et réductrice. Les recommandations de la HAS, comme les travaux à vocation de publication dans les revues internationales à impact factor, ne sont qu'un outil et le praticien doit impérativement garder une totale indépendance dans sa pratique et décider en conscience des modalités de son intervention thérapeutique. Nous défendons une polyvalence des pratiques face à une demande de soins hétérogène.

Les empêchements

- La prévalence des normes et des objectifs fondés sur des critères comptables, prétendument scientifiques ou sécuritaires, tels qu'ils figurent dans les textes législatifs ou/et administratifs sur la santé et plus particulièrement sur la psychiatrie (loi HPST, loi du 05/07/11, Plan psychiatrie santé mentale, dispositions conventionnelles avec l'Assurance Maladie).

- Le démantèlement progressif de la protection sociale des patients qui freine ou entrave l'accès aux soins. – L'insuffisance des moyens dévolus à la psychiatrie.

– Les modalités du parcours de soins qui pénalisent arbitrairement l'accès direct au-delà de l'âge de 26 ans. – L'insuffisance démographique et sa mauvaise répartition sur le territoire limitant la disponibilité des psychiatres et faisant obstacle à l'accès aux soins.

– La formation initiale qui tend à réduire la part des sciences humaines et la dimension de la relation intersubjective, ajoutée à la méconnaissance du mode d'exercice privé chez les psychiatres au décours des études ou lors de stages d'internat.

– Le découragement à exercer en libéral du fait des contraintes et tracasseries administratives et réglementaires portant atteinte au cadre du soin (cf. la télétransmission et les sanctions, les normes imposées pour les cabinets de consultation…

– La non-reconnaissance financière de l'acte de consultation (la valeur du CNPsy a été considérablement dépréciée au fil des années).

– L'orientation du Plan psychiatrie santé mentale visant à restreindre le champ d'action des psychiatres en fonction des pathologies à traiter.

– L'aberration de la mise en place des soins ambulatoires sans consentement par la loi du 05/07/11 et l'atteinte au secret professionnel et à la relation de confiance avec le patient, sa dérive sécuritaire incompatible avec toute déontologie médicale et psychiatrique.

– L'exigence d'une illusoire prédictivité et ses redoutables effets.

– Les recommandations partiales et inconséquentes de la HAS.

– La dégradation des relations entre l'assurance maladie et les praticiens : menaces de sanctions, aveuglement par rapport aux nécessités du soin, incitation aux conflits d'intérêt, non respect de l'indépendance professionnelle…

Les propositions de l'AFPEP – SNPP

– Le retour à une démographie suffisante et un aménagement du territoire favorisant une meilleure répartition des praticiens.

– Un accès direct aux soins pour tous les patients, sans pénalisation.

– Une formation complète des internes et psychiatres en formation comprenant une approche de l'exercice privé par les praticiens concernés (cours et stages chez le praticien).

– Une revalorisation substantielle de l'acte de consultation.

– Un réel partenariat avec l'assurance maladie qui soit respectueux des praticiens: refus de principe des sanctions et des conflits d'intérêt, refus des protocoles figés et de l'homogénéisation des pratiques, refus du paiement à la performance.

– Une récusation des soins ambulatoires sans consentement et du glissement vers une fonction sécuritaire.

– Un assouplissement des normes « handicapés » qui ne doivent pas être utilisées pour fermer les cabinets de consultation déjà existants.

– La garantie d'un cadre de soin qui préserve de façon absolue l'indépendance professionnelle ainsi que la stricte confidentialité.

Pour conclure

Si nous réaffirmons encore et toujours ces fondamentaux dans les conditions de notre exercice de psychiatre privé, c'est autant pour préserver un soin de qualité à nos patients que pour aider nos tutelles à penser et à réfléchir avec nous plutôt que contre, dans un retour vers un respect mutuel plutôt que dans l'accentuation d'une défiance. Nous sommes à même d'assurer un soin de qualité dans une économie de moyens à condition que cet exercice ne soit pas entravé. L'AFPEP – SNPP poursuit indéfectiblement ce but d'une qualité de soin dans le respect de la personne, en n'omettant aucun des points édictés dans la charte de la psychiatrie et dans le manifeste de la psychiatrie libérale. Cela doit nous permettre de continuer à être psychiatres, aujourd'hui comme hier et demain.

Les négociations du SNPP

Elie Winter

Communiqué de presse du 9/09/12

Le Syndicat National des Psychiatres d'exercice Privé (SNPP) a enfin obtenu un rendez-vous auprès de responsables de la Sécurité sociale. Cette entrevue pourrait initier une large négociation concernant la spécificité de la psychiatrie, la revalorisation du tarif de consultation, les conséquences de l'impératif à télé transmettre, le questionnement légitime concernant le paiement à la performance alors que son échec est patent partout où il a été essayé, la dégradation constante des relations entre les Caisses d'Assurance Maladie et les psychiatres.

De nombreux psychiatres évoquent un déconventionnement face aux nouvelles obligations imposées, d'autres ne répondent plus aux questions incessantes de certaines Caisses, d'autres encore sont ulcérés d'être engagés sans leur consentement dans un processus à la performance.

Il était urgent d'engager un dialogue et le SNPP s'en félicite. Des réponses doivent désormais être obtenues promptement non seulement parce que l'accès aux soins est de plus en plus difficile pour les patients, mais aussi parce que les jeunes confrères sont découragés à s'installer, que l'hôpital démissionne de certaines de ses missions, que la bureaucratie est envahissante et chronophage, que l'informatique est imposée dans les

cabinets et nuit à la qualité des soins, que des normes de chirurgie sont appliquées dans les cliniques psychiatriques.

Les sujets à examiner sont nombreux, certains d'entre eux sont brûlants.

Le Bureau du SNPP

Communiqué de presse du 11/09/12

Vers un apaisement ?

Après de nombreux mois de relations conflictuelles avec les caisses auxquelles les psychiatres d'exercice privé ont été confrontés, le SNPP a longuement rencontré la CNAMTS autour de sujets qui fâchent : le paiement à la « performance », la télétransmission et les menaces de sanction, la valeur de l'acte de consultation.

Il en résulte que l'engagement des psychiatres, piégés pour un grand nombre par la date butoir du 26 décembre 2011 dans le dispositif conventionnel de rémunération en fonction des objectifs de santé publique – on ne dit plus « performance » –, ne les concerne dans un premier temps que pour l'organisation du cabinet. Libre à eux de s'y conformer ou non. Les indicateurs liés aux soins feront ultérieurement l'objet d'une élaboration et d'une négociation avec la profession pour aboutir, le cas échéant, à un avenant : les psychiatres auront alors un délai d'un mois pour adhérer ou non à ce dispositif dont nous avons souligné les dangers de conflit d'intérêt et d'atteinte à l'indépendance professionnelle.

Nous avons par ailleurs revendiqué le libre choix du mode d'établissement des feuilles de soin, au regard de la spécificité de la relation psychothérapique, consubstantielle du soin en psychiatrie, et réfuté toute perspective de sanction. Il a été convenu qu'il suffira d'une pratique minimaliste de la transmission pour éviter toute sanction, et nous avons eu l'assurance qu'aucune action ne pourrait être entreprise à l'encontre d'un praticien qui aurait reçu un courrier d'injonction, sans qu'auparavant ait été examinée la situation au cas par cas par la commission paritaire locale (médecins-assurance maladie). Et le SNPP sera là pour défendre les psychiatres si nécessaire. De toute évidence les CPAM seront amenées à calmer leur zèle et seront invitées à se tenir aux critères qui restent à définir au plan national.

Concernant la revalorisation de l'acte et sa prise en charge par l'assurance maladie, un groupe de travail aura pour tâche de s'y atteler dans le cadre de la révision de la nomenclature des actes cliniques. Ceci après les négociations sur les dépassements, dont quelques abus totalement inacceptables ne sauraient masquer la responsabilité des gouvernants d'avoir instauré le secteur 2 pour ne pas augmenter les revenus médicaux pris en charge par l'assurance maladie. C'est en revalorisant le secteur 1 à sa juste valeur (le CNPsy est passé de 3 c à 1,6 C) que les dépassements n'auront plus lieu d'être : nous avons continué de défendre pour cela le principe d'un acte unique, indivisible, en accès direct sans pénalisation pour les patients. C'est en se donnant les véritables moyens d'une politique de santé, davantage encore dans un contexte économique défavorable, que l'accès aux soins pour tous et la solidarité dont l'assurance maladie doit être le garant seront une réalité. Puisse cette volonté d'apaisement de la part de la CNAM augurer d'un partenariat respectueux des praticiens et faire toute sa place à la psychiatrie dans sa spécificité.

Complément à l'attention des lecteurs du BIPP

Pour celles et ceux qui s'engageraient dans le paiement à la performance, aujourd'hui limité pour les psychiatres à l'organisation des soins (acquisition d'un logiciel de métier et d'un logiciel d'aide à la prescription, affichage des horaires de consultation, capacité d'utilisation des télé services, télétransmission, chaque item pouvant donner accès à des points valant rémunération), il n'y aura d'aide financière à la télétransmission que si vous vous êtes connecté au moins une fois aux «télé services» !

Actualisation des chiffres concernant le mode d'établissement des feuilles de soin : sur 6 200 psychiatres établissant des feuilles de soin, 2 200 d'entre eux, soit 35 %, ne télé transmettent pas du tout, malgré les assauts répétés des caisses. A noter : pour ne risquer aucune sanction – qui pourrait être coûteuse – il suffit de s'équiper d'un lecteur de carte vitale et d'envoyer quelques feuilles de soin électroniques. Si vous êtes informatisé, des logiciels gratuits de télétransmission existent, il suffit donc d'acheter le boîtier lecteur de carte vitale.

Aïe ! Proposition de loi

Patrice Charbit

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 16 octobre 2012

PROPOSITION DE LOI

visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins, (Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.) présentée par Mesdames et Messieurs Bruno LE ROUX, Fanélie CARREY-CONTE, Laurence DUMONT, Hervé FÉRON, Richard FERRAND, Chantal GUITTET, Denys ROBILIARD, Christian PAUL et les membres du groupe socialiste, républicain et citoyen (1) et apparentés (2), députés.

PROPOSITION DE LOI

Article unique

L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins ».

AÏE !

Je vous ferai grâce du déluge de bonnes intentions qui motivent ce projet de loi. Il traite comme à l'accoutumée de régulation des coûts, de maîtrise des restes à charge pour les familles, d'amélioration de la qualité de l'offre, de la panacée que constitueraient les réseaux de professionnels, et bien entendu de faciliter l'accès aux soins. BLABLA- BLA.

Il s'agit cependant ni plus ni moins de la survenue de ce que nous craignons depuis des années, à savoir le plagiat point par point des systèmes de santé américain et suisse, qui comptent pour être les plus chers et les plus inégalitaires du monde, qui bafouent certaines des règles les plus élémentaires de la Médecine : choix du praticien, indépendance professionnelle, accès pour tous, solidarité nationale.

Imaginez le scénario à terme : selon le parcours de soin, les correspondants médicaux négociés, le niveau de cotisation, les pathologies en cause, les entreprises partenaires, les mutuelles proposeraient un certain niveau de remboursement. Le marché étant ce qu'il est, les mutuelles et assurances, au fur et à mesure, se rachèteraient les unes les autres, deviendraient des mastodontes financiers incontournables, et négocieraient

en position de force des panels de soins avec les hôpitaux, l'hospitalisation privée, des réseaux de professionnels regroupés en « maisons médicales » accréditées. Elles imposeraient ainsi les prix.

Pour parvenir à la « bonne coopération » des médecins, toutes sortes de normes seraient établies et accoutumeraient les professionnels du soin à se soumettre « volontairement » sous peine de dé-conventionnement. Par ailleurs, les mutuelles, tout comme les assurances, développeraient leurs « coeurs de métier », gèreraient des portefeuilles (publicité en page 5 du journal « Le Monde » daté du 11 et 12 novembre 2012), de l'épargne, pourquoi pas des retraites, etc. et négocieraient la gestion de la médecine avec le gouvernement au milieu d'autres dossiers sensibles dont elles auraient la charge : « je te prête tant si tu m'accordes tant sur tel dossier », ce qui ne serait en rien favorable au système de soins.

L'AFPEP – SNPP a très tôt alerté des dangers des conventionnements individuels, de la mise en place du CAPI, du glissement de la prise en charge des soins de l'assurance maladie vers les contrats d'assurance privés : notre analyse de la politique menée depuis des années se trouve confirmée.

Le modèle américain et suisse montre ses béances. Sommes-nous obligés de le suivre ? Est-ce la marche de la modernité ou un choix politique ? Est-ce une voie démocratique que de créer des lobbies aussi puissants ? Le choix de l'assurance maladie pour tous tel que nous la connaissons jusque-là n'est-il pas à maintenir et à privilégier ? Les médecins doivent-ils devenir des salariés des mutuelles ? Est-ce la fin de la médecine libérale telle que nous la connaissons qui se programme ?

Ces questions sont au centre d'un débat stratégique.

DPC, éthique de l'AFPEP et recommandations HAS

Françoise Labes

Le DPC (Développement Professionnel Continu) devrait voir le jour en 2013 ; se substituant à l'ancienne formule de formation continue, il regroupe les volets évaluation et formation dite cognitive. Il nous est annoncé dans un de ces discours jargonnant propre à nos instances tutélaires : il s'agit pour chaque praticien de « construire sa maison qualité (sic) à l'aide de briques (resic) » chacun disposant pour cela d'un « portefeuille d'actions ». « Le praticien choisit son programme de DPC en fonction de ses besoins et en conformité avec les orientations régionales (lire dictées par les ARS) et nationales (lire dictées par la HAS) ».

Pour les libéraux, l'EPP peut se faire dans le cadre des groupes de pairs et doit déboucher sur une action de formation qui peut être présentielle (congrès, séminaires, ateliers) ou individuelle (revues, formation en ligne), suivie d'un retour à l'évaluation vérifiant l'intégration des nouvelles acquisitions.

L'AFPEP peut donc légitimement se porter candidate à être ODPC (organisme de DPC). Forts de nos expériences de groupes de pairs, de nos journées scientifiques incluant des ateliers, pouvant arguer de nos publications dont la revue Psychiatries, nous continuerions ainsi à affirmer notre choix d'inter formation, partie intégrante de notre éthique professionnelle. Il semblerait donc aller de soi que nous mettions en oeuvre la construction de programmes DPC. Mais la chose n'est pas si évidente. En effet le référent et le garant méthodologique, définissant un catalogue de méthodes, n'est autre que la HAS dont nous avons pu ces derniers mois apprécier l'incongruité des recommandations en psychiatrie, les groupes de pression disposant d'une oreille dont n'ont pas bénéficié les professionnels.

Cette question de l'inadéquation des préconisations HAS à notre discipline n'est pas nouvelle, il suffit pour s'en convaincre de se reporter à l'article de Jean-Jacques Laboutière : « Évaluation des pratiques professionnelles et psychiatrie privée » paru en 2006 dans l'Information Psychiatrique. Mais pour n'être pas récente la question reste d'actualité.

En septembre 2012, notre confrère Alain Gillis devait, lors d'une intervention auprès de philosophes, de psychanalystes et de psychiatres, parler de son expérience du packing et de l'évolution de la théorie, interrogeant le rapport avec le Holding winnicottien ; il s'agissait de réfléchir au développement du Moi et au rapport entre le Corps et la conscience de Soi, sans l'ombre d'une position prosélyte, dans un cadre universitaire ordinaire. L'Université en question, suite à l'intervention d'une association de parents d'enfants autistes confondant loi et recommandation (les recommandations HAS ne font pas loi), a annulé cette conférence. L'affaire, qui mérite toute notre attention, a été développée par Alain Gillis lui-même dans un article publié par Médiapart et dans les colonnes de notre Newsletter Caractères.

La prudence nous obligerait-elle donc à nous censurer dans nos propositions de programmes DPC en fonction des productions de la HAS dont l'indépendance reste à prouver ? Notre éthique sera-t-elle HAS compatible ou soluble dans les recommandations ? Comment la concilierons-nous avec l'intérêt de se porter Organisme de DPC en espérant ainsi transmettre cette éthique sans nous laisser stériliser ?

Ce sont des questions que nous devons considérer attentivement et qui font d'ores et déjà l'objet d'un débat entre nous. Devons-nous nous inspirer de la résistance de l'Association des Psychiatres de Secteur Infanto-Juvénile qui a décidé, par vote de son Conseil d'Administration du 19 octobre 2012, de refuser de participer au travail d'élaboration de la recommandation de bonnes pratiques « Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent présentant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation » que coordonne la Haute Autorité de Santé et dont les groupes de travail et de lecture sont en cours de constitution ?

Comme l'indiquait Jean-Jacques Laboutière en 2006 : *« L'EPP repose donc sur ce postulat – sans doute valide en médecine somatique – que la qualité des soins est maximum quand la pratique se confond avec la norme. Or les choses sont un peu moins simplistes en psychiatrie, discipline dans laquelle les indicateurs de qualité tiennent avant tout aux moyens mis en oeuvre pour ajuster la stratégie thérapeutique au plus près des particularités de chaque patient. Si la norme est l'horizon indépassable – et peut-être inaccessible – de la qualité des soins en médecine somatique, elle n'en est que le point de départ en psychiatrie. Pour le dire net, une psychiatrie qui se donnerait comme principale ambition de réduire ses pratiques à une norme, cette dernière fût-elle incontestablement valide, serait évidemment une psychiatrie en régression. La qualité des soins en psychiatrie se mesure au contraire par un indispensable écart à la norme qui témoigne du travail clinique dès lors que le praticien est en mesure d'en rendre compte par une argumentation à la fois clinique et théorique. Le référentiel a donc une fonction radicalement différente en médecine somatique et en psychiatrie. Visée idéalisante en médecine somatique, il ne sert en psychiatrie que de point d'origine pour mesurer cet écart entre le référentiel et la pratique dont l'existence et la justification sont précisément les meilleurs indicateurs qui soient de la qualité des soins. Nos tutelles serontelles capables de le comprendre et d'en tirer les conséquences dans une méthodologie propre à la psychiatrie ? Tous les enjeux de l'EPP (et donc du DPC*) en psychiatrie, et donc en psychiatrie privée, se résument à cette question »**.*

*NDLR
**Laboutière J-J. Évaluation des pratiques professionnelles et psychiatrie privée. L'information psychiatrique 2006 ; 82 : 23-4.

Note du Bureau de l'AFPEP – SNPP

À l'heure où nous mettons sous presse nous apprenons que notre confrère Alain Gillis fait l'objet de pressions pour avoir relaté dans la presse les causes de l'annulation de son séminaire. Nous ne pouvons qu'être inquiets face au climat actuel qui pèse sur notre pratique. Les fondamentaux de l'AFPEP – SNPP sont aussi valables dans un cadre de résistance à toute forme d'intimidation et d'incitation à l'autocensure.

Témoignage du séminaire d'été

Anne Rosenberg

Le Séminaire d'Été intitulé « Commande sociale et nécessités du soin – entre adéquation, clivage et dialectique » a parfaitement trouvé sa place au sein des Francopsies organisées à Montpellier par Alfapsy et son président Paul Lacaze. Lors de cette journée se sont succédé les interventions de psychiatres de l'AFPEP et des conférences Francopsies.

Pour commencer, Patrice Charbit a repris les conclusions de « l'Étude clinique » : « Persiste et signe» et ses concepts paradigmatiques de signature, de crise et d'analyse critique qui se heurtent actuellement aux normes et à la « logique du marché ». L'enjeu dès lors sera de préserver nos « fondamentaux de la psychiatrie ».

Samuel Lézé et Victor Royer sont anthropologues et ont mené à la demande de l'AFPEP une enquête sur la spécificité de notre pratique de psychiatre libéral à partir d'un échantillonnage d'entretiens avec des psychiatres privés. Victor Royer nous a présenté ses conclusions. Il nomme clinique de la singularité le point commun de tous ces témoignages et note la crainte des psychiatres de voir décliner et même disparaître aujourd'hui cette forme de pratique.

Thierry Delcourt nous a rapporté les analyses de l'enquête « Urgence et Permanence de Soins » et la position éthique et pragmatique des confrères sur laquelle ils ne sont pas prêts de céder. Nous avons entendu ensuite différents témoignages de parcours, formation et pratiques.

Olivier Andlauer, jeune psychiatre et praticien hospitalier au parcours très éclectique a réussi, à l'instar d'autres jeunes collègues, à se déprendre des querelles des écoles de pensée et à articuler différentes approches entre elles afin d'avoir une vision plus ouverte de la psychiatrie.

Michel Jurus a survolé de manière très vivante ses « souvenirs d'enfance et d'adolescence de psychiatre » pour arriver à sa pratique actuelle. Il a appelé son exposé : « pour une psychiatrie de l'interrogation », prônant la nécessité de l'ignorance dans la rencontre avec le patient.

Élie Winter nous a parlé de son expérience d'interne, longue période de doutes et de sa confrontation avec « la double contrainte » du métier entre un cadre prétendument idéal et la réalité de la pratique. De sa formation jusqu'à sa pratique actuelle, il retient l'effort constant pour ne pas céder à la facilité d'une réponse univoque et surtout une grande leçon d'humilité.

La dernière intervention a été celle de Jean-Jacques Laboutière sur le « référentiel métier » – actuellement en chantier à la FFP –, à savoir la description de l'ensemble des compétences du psychiatre. Cette élaboration s'inscrit dans une perspective de promotion de la qualité des soins au plus près des besoins de chaque patient. Elle se situe à l'intersection de la commande sociale et des théories du soin en psychiatrie. Ce Séminaire d'Été témoigne de la richesse de l'élaboration sur le métier de psychiatre. Toutes ces interventions se rejoignent autour de réflexions sur une clinique de la singularité et nous indiquent les combats à mener afin de maintenir la psychiatrie sur ce chemin-là.

Après les Journées Nationales de Bordeaux

Michel Jurus

Après nos Journées Nationales Picardes sous le signe de «Violence(s)», nous nous sommes retrouvés pour des Journées Bordelaises au coeur d'une dynamique dans l'Invention et la réinvention du soin.

Béatrice Guinaudeau nous proposait de nous questionner sur nos pratiques confrontées à des techniques teintées de science mais dominées par l'économie, le profit et l'efficience.

Jacques Ellul disait que la technique conduit à la suppression du sujet et à la suppression du sens. Comment faire pour rester des cliniciens qui réinventent sans cesse notre exercice quotidien avec le malade qui vient à nous ? Nous devons sans doute réaffirmer ce qui est la base de notre pratique en restant fidèles à des valeurs fondamentales comme le respect du sujet, la confidentialité, l'éthique et l'indépendance professionnelle protégée des conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique, les éditeurs de logiciels et les assureurs privés et publics.

La richesse des propos de nos intervenants nous a permis de nous éclairer sur les moyens de rester des praticiens motivés par le caractère personnel et unique de chaque rencontre. Aucune pratique psychiatrique ne doit être figée dans des stéréotypes normés. L'humanité évolue sans cesse et il est illusoire de vouloir la standardiser dans « le meilleur des mondes ». Cette volonté inventive s'est confirmée au cours de la table ronde où différents acteurs du champ psychiatrique sont venus enrichir notre propos.

Les patients et leurs familles nous ont montrés qu'ils ne voulaient pas être instrumentalisés pour servir une politique du soin démagogique. Le balancier de l'histoire va aujourd'hui dans le sens d'une pratique restrictive, destructrice des valeurs et du sens et nous devons plus que jamais réaffirmer ce qui est fondamental dans un soin à dimension humaine.

Les rencontres Francopsies : nous y étions !

Thierry Delcourt, Michel Marchand

Après les Rencontres Francopsies de Dakar qui furent l'occasion de témoignages et d'échanges passionnants, j'en atteste pour y avoir participé activement, la 7ème édition, menée de main de maître par Paul Lacaze et son équipe organisatrice, a déroulé un vaste sujet : Histoire et Culture en Méditerranée, Avenir de la Psychiatrie.

Ces 7 èmes Rencontres Francopsies se tenaient à Montpellier du 27 juin au 4 juillet 2012, une semaine entière chargée de nombreuses communications par des intervenants de qualité venant du monde entier. Impossible de tout suivre, d'autant que j'étais très occupé par l'organisation des espaces littéraires qui ont accueilli plus d'une vingtaine d'auteurs. Mais, les symposiums et tables rondes auxquelles j'ai assisté restent des moments forts de pensée partagée autour d'une psychiatrie respectueuse de l'humain et loin des diktats de protocoles aliénants.

Longue vie aux Rencontres Francopsies, qui sont, à mon avis, les seuls échanges mondiaux entre praticiens psychiatres à préserver une teneur humaniste et éthique à ce niveau de qualité, de convivialité et de partage. On ne peut que regretter une certaine désaffection de la part des psychiatres de l'AFPEP – SNPP. Probablement, les dates choisies et la durée des rencontres en ont démobilisé certains ; dommage pour eux car le niveau de qualité des échanges fut tout aussi remarquable que celui que nous avions connu à Dakar, Neufchâtel et lors des précédentes éditions.

Nous attendons avec hâte les prochaines, mais aussi avec tristesse car le nouveau président élu lors de ces dernières Rencontres Francopsies, Antoine Besse, est décédé brutalement à l'aube de son mandat. Je souhaite bon courage à Sofiane Zribi, chargé de prendre la suite des opérations.

Thierry Delcourt

Cette dernière édition des Francopsies (27 juin – 4 juillet 2012) marquera l'histoire d'ALFAPSY par le foisonnement d'interventions et de regards croisés venant de tous les horizons, centrés sur la clinique du sujet au fil de l'histoire de la psychiatrie. Les échanges informels, notamment avec nos amis du pourtour méditerranéen, les rencontres de terrain sources d'inspiration, le Séminaire de l'AFPEP inséré au beau milieu de ces journées, sont venus enrichir plus encore ces rencontres multiples et fécondes.

Un grand coup de chapeau à Paul Lacaze qui a mis toute son énergie et la chaleur qu'on lui connaît pour rassembler tant de talents sous le soleil montpelliérain, sous le signe de Caravage exposé à quelques pas de là, mettant ainsi un point d'orgue magistral à son action fondatrice d'ALFAPSY.

Michel Marchand

Les projets de formation de l'AFPEP – SNPP

Thierry Delcourt

À peine clos le Séminaire d'Été de Montpellier et les Journées Nationales de la Psychiatrie Privée à Bordeaux, le Bureau du Conseil d'Administration et le Conseil Scientifique travaillent à la réalisation des prochains événements de notre action de formation, maillon essentiel d'échange et de transmission au sein de la profession de psychiatre, particulièrement attaché à l'enseignement réciproque avec les jeunes psychiatres et les internes psychiatres en formation.

Réservez dès à présent vos dates : Le Séminaire de Printemps sur « Diagnostic en psychiatrie » se tiendra à Reims le samedi 6 avril 2013. La question est d'actualité, notamment autour des centres experts, des conflits d'intérêts, des protocoles et autres évaluations réformant la notion de diagnostic et par là même de traitement dans le champ psychiatrique.

Les Journées Nationales de la Psychiatrie Privée sur « Résistance » se tiendront à Lyon du 3 au 6 octobre 2013. Le Conseil Scientifique vient de se réunir et les pistes sont nombreuses à explorer : politique, clinique, existentielle, sociale…

Des formations in situ auront lieu au sein du siège de l'AFPEP – SNPP, 141 rue de Charenton à Paris, regroupant 25 participants autour d'un thème. L'intérêt de ces journées, dont nous avons l'expérience, est de permettre, à l'instar des ateliers lors des Journées Nationales, une qualité d'échange autour des pratiques.

In situ « Transcription », le samedi 8 juin 2013, qui permettra une réflexion sur : comment rendre compte de sa clinique, comment en dégager les éléments forts et partageables, comment en parler et comment l'écrire, comment se situer entre fiction et réalité, entre hypothèse et vérité ?

In situ « Prescription, proscription », le samedi 19 octobre 2013, poursuivra les échanges entrepris avec la revue Prescrire, Gilles Mignot et François Gonon car de nombreuses questions sont restées en suspens : questions éthiques autant que pratiques.

In situ « Psychogériatrie ou gérontopsychiatrie ? », date non encore fixée, sera animé par Frédéric Aumjaud, dont nous avons pu apprécier la qualité de pensée et de pratique lors de son intervention aux Journées Nationales de Bordeaux.

Toutes ces formations sont exemptes de conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique. Même si nous prescrivons, nous ne recevons aucun subside et nous n'accueillons aucun stand dans nos événements de formation. Par la même, nous sommes conformes aux recommandations du DPC, développement professionnel continu, tout en préservant strictement notre indépendance dans le choix de nos thèmes, de nos

intervenants et des modalités de déroulement de nos formations. Toutes nos actions de formation sont donc valides dans le cadre du DPC, et vous permettent de valider vos activités de formation ainsi que de bénéficier, quand cela sera réalisable, des indemnités liées aux dépenses de formation.

Hommage lors des obsèques d'Antoine Besse

Jean-Jacques Laboutière

Dans le monde de la psychiatrie française, Antoine Besse était connu de tous. Sa haute silhouette élégante et distinguée, son sourire chaleureux, son enthousiasme et ses prises de paroles toujours passionnées se repéraient d'emblée dans toutes les assemblées auxquelles il participait. Ils resteront à jamais attachés à son souvenir.

Toutefois, si connu que fût Antoine parmi ses pairs, peu sans doute mesurent pleinement l'étendue de son travail. Psychiatre libéral, il se consacrait plus particulièrement à l'exercice de la pédopsychiatrie. Dans ce cadre, il défendait une conception à la fois sociale et ouverte de son exercice. Ainsi s'était-il installé au début de sa carrière dans un quartier défavorisé de Mantes-la-Jolie. Antoine a ensuite déplacé son cabinet en centre-ville, et très récemment à Saint- Germain en Laye.

Le travail de réseau avec les médecins généralistes et les autres professionnels était l'une des principales caractéristiques de sa pratique. Il l'avait développé dès ses premières années d'exercice et il le défendait inlassablement auprès de ses collègues libéraux, dont la majorité privilégie plutôt un exercice solitaire. Dans le droit fil de son intérêt pour la pédopsychiatrie, Antoine travaillait également dans le secteur médico-social. Il était depuis plusieurs années médecin directeur du CMPP de Marly-le-Roi.

Enfin, Antoine était psychanalyste. Son intérêt pour la psychanalyse n'était cependant pas exclusif d'une ouverture à d'autres modèles théoriques ou d'autres techniques psychothérapiques. Antoine détestait d'ailleurs le sectarisme en matière de théories. Il tenait à diversifier sa pratique et, curieux d'autres thérapeutiques que celles qu'il maitrisait déjà, il n'avait pas reculé devant une formation de plusieurs années pour y parvenir en se formant à l'hypnose ericksonnienne. Cette démarche traduit l'un de ses traits de caractères les plus marquants : Antoine était de ceux qui pensent que l'on peut toujours s'améliorer.

Parallèlement à sa pratique de psychiatre privé, Antoine était un militant d'une détermination sans faille. Membre du Bureau de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé et du Syndicat National des Psychiatres Privés depuis 1980, il a participé sans aucune interruption depuis cette date à tous les travaux de l'association et du syndicat. Dans ce cadre, il fut responsable des questions touchant à la pédopsychiatrie et à l'exercice médico-social, jusqu'à ce qu'il devienne président en 2000. Il succédait dans cette place à Gérard Bles, fondateur de l'AFPEP – SNPP. Antoine fut un président exceptionnel. Durant les quatre années de sa présidence, non seulement l'AFPEP – SNPP s'est maintenue au niveau où l'avait hissé son prédécesseur mais elle s'est encore renforcée.

Antoine a profondément modifié le fonctionnement de cette institution en développant le travail d'équipe et l'ouverture aux autres organisations scientifiques et syndicales de psychiatres. Il a suscité de nouveaux enthousiasmes qui ont significativement élargi le nombre des collègues déterminés à travailler au sein de l'association et du syndicat. Il a impulsé une nouvelle énergie à cette organisation qui l'a durablement relancée et lui a permis de surmonter la disparition de son fondateur. Nommé Président d'Honneur au terme de sa présidence, Antoine aurait pu se retirer avec le sentiment d'avoir exemplairement mené sa mission à bien. Il est au contraire resté très actif, se consacrant essentiellement à faire le lien avec la Fédération Française de Psychiatrie ainsi qu'avec les principales instances psychiatriques internationales.

Par ailleurs, artisan de la création de la Fédération Française de Psychiatrie il y a 20 ans, il a pratiquement toujours été membre du Bureau de cette dernière. Depuis quelques années, il y exerçait en outre la responsabilité de président du collège des thérapeutiques. À ce titre il se consacrait avec d'autres collègues à un projet de formation à la psychothérapie des internes en psychiatrie. Au sein de la Fédération, Antoine était également l'un des responsables des affaires internationales. Il a en effet toujours manifesté un vif intérêt pour les aspects internationaux de la psychiatrie. Ainsi, dès la fin de son internat, il avait complété sa formation en Suisse, à la polyclinique de Lausanne, avant de revenir s'installer en France. Plus tard, il a représenté la France durant plusieurs années au sein de la section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes. Antoine s'est également beaucoup engagé au niveau international au titre de la Fédération Française de Psychiatrie, notamment dans les démarches qui se sont développées pour élaborer une classification psychiatrique plus adaptée à la clinique du sujet que les classifications actuelles. Il a représenté la Fédération lors des conférences qui se sont tenues sur ce thème à Genève sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Collège International pour la Médecine de la Personne, où il a contribué de façon décisive au diagnostic intégré centré sur la personne. Il s'était dévoué pour soutenir ce diagnostic intégré auprès du Centre Collaborateur de l'OMS qui travaille actuellement sur la révision de la Classification Internationale des Maladies. Cette partie de ses travaux comportait des enjeux considérables quant à l'évolution de la psychiatrie sur la scène mondiale. Toutefois, comportant des aspects très techniques, elle n'était pas nécessairement la plus visible pour ses collègues.

Enfin, Antoine nous a quittés alors qu'il venait d'être élu président de l'Alternative Fédérative des Associations de Psychiatrie, ALFAPSY, une fédération internationale d'associations de psychiatres privés francophones dans laquelle il était très actif depuis sa création au début des années 2000. Il débordait de projets pour ALFAPSY et il s'était rendu il y a une dizaine de jours au Congrès de la Société de l'Information Psychiatrique pour en parler avec le futur président de l'Association Mondiale de Psychiatrie qui se trouvait là. Si considérable qu'il soit, ce rapide tour d'horizon de ses activités de praticien, de militant et de théoricien de la psychiatrie ne suffit pourtant pas à rendre compte de tout ce qu'a fait Antoine pour notre discipline. On peut dire sans exagérer que rien d'important ne s'est fait en psychiatrie depuis 20 ans sans qu'il en fût partie prenante. Outre tout ce qui vient d'être rappelé, il a été l'une des chevilles ouvrières de la création du Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie en 1999, du Nouveau Livre Blanc de la Psychiatrie en 2001, des États Généraux de la Psychiatrie en 2003. Il était présent lors du lancement de l'Appel des 39 fin 2008. L'an passé il était l'un des organisateurs du colloque de Cerisy la Salle sur l'Empathie. Il y a moins d'un mois, il participait encore à la création d'une nouvelle association scientifique, dont il a lui-même choisi le nom, le Cercle d'Epistémologie des Pratiques Psychiatriques, et dans laquelle il envisageait bien sûr de s'investir.

Mais, quand on repense à l'homme qu'il était, le plus frappant est sans doute que rien ne laissait penser qu'il travaillait autant quand on le rencontrait. Antoine était toujours disponible, attentif, voire attentionné, totalement présent à son interlocuteur. Il possédait au plus haut point l'art de donner l'impression qu'il avait tout son temps et que rien ne pouvait l'intéresser davantage que ce qu'on avait à lui dire. Toujours courtois, chaleureux et souriant, Antoine avait en outre les qualités d'un grand diplomate. D'une part un esprit vif et ouvert, appuyé sur de vastes connaissances qui lui permettaient de soutenir une discussion sur de nombreux sujets. Mais, d'autre part, il ne cédait jamais ni sur ses principes, ni sur les missions qu'on lui confiait. Antoine était en effet un homme fidèle. Fidèle à ses convictions, fidèle à ses engagements, fidèle à ceux avec lesquels il travaillait ou au nom desquels il parlait. De surcroît, il possédait cette qualité rare, qui fait les grands ambassadeurs, de pouvoir soutenir fermement une position minoritaire, même au milieu d'une assemblée totalement hostile, tout en demeurant capable de rester présent aux autres. Si nombreuses que fussent les activités d'Antoine, elles demeuraient cependant toutes ordonnées à un dénominateur commun : celui d'une psychiatrie humaniste, fondée avant tout sur la relation avec le patient, éclairée par la clinique du sujet et réglée par des principes éthiques inlassablement rappelés. Durant plus de trente ans, Antoine fut l'un des principaux promoteurs, voire défenseurs quand elle s'est trouvée menacée, de cette conception humaniste de la psychiatrie.

Antoine avait de nombreux amis parmi ses collègues. Avec ces derniers, il discutait finalement assez peu de ses innombrables travaux. Sa conversation roulait de préférence sur ce qui lui était le plus précieux dans la vie : sa famille, son épouse Laurence et ses trois filles dont il était extrêmement fier. Il évoquait devant nous les projets qu'il faisait avec son épouse pour leur maison de Normandie, le plaisir qu'il avait de mettre son bateau à l'eau. Il vivait intensément toutes les dimensions de son existence. Antoine était donc avant tout profondément humain. En privé, il savait faire partager son humanité. Dans sa vie professionnelle et sur la scène publique, il a inlassablement travaillé pour promouvoir une psychiatrie à visage humain. Dans notre époque troublée, peu nombreux sont ceux qui se battent pour leurs valeurs. Plus rares encore sont ceux qui les incarnent. Antoine était l'un d'eux.

Antoine Besse

Jacques Barbier

C'est au Cheminaire de Lucien Kokh que j'ai rencontré Antoine Besse. Nous étions tous les deux jeunes, débutants en psychiatrie et passionnés des débats théoriques foisonnants à l'époque. Chacun s'était déjà engagé dans des pratiques institutionnelles et en privé.

Je lui sais gré d'avoir sensiblement dérangé ce qu'étaient mes convictions franco-centristes de la psychiatrie en me faisant comparer ce qu'il avait appris en Suisse où il avait étudié la psychiatrie avec les façons de penser et de pratiquer «à Paris». À la camaraderie de travail a succédé une franche et durable amitié. Cette qualité de pratiquer le comparatisme en psychiatrie ne s'est pas démentie, en particulier dans son travail à l'International. Il ne manquait pas de nous dire que nous n'étions pas le centre du Monde et qu'en d'autres lieux, nos principes d'universalité n'étaient pas également partagés, et lorsque ces principes l'étaient, les formes pratiquées pouvaient nous surprendre. Nous avons pu lui reprocher que cette idée de médecine centrée sur la personne – avant de l'être sur la science – était un objectif dépassé.

Il nous a utilement contredit et ouvert les yeux sur la nécessité d'un travail besogneux, ambitieux et sur le long terme pour contribuer à faire progresser l'esprit des Lumières, enrichies de ce qu'il est convenu d'appeler l'approche psychodynamique des pathologies mentales. C'est une conception anthropologique de l'humanité que nous partageons avec lui et qui continuera d'être soutenue. Il devient – par sa disparition prématurée, traumatisante pour tous, accidentelle – un personnage rangé dans la catégorie des ancêtres, ceux qui veillent sur les générations et auxquels les successeurs peuvent de référer, dont le nom est cité et la personne invoquée comme modèle de courage et d'engagement.

Merci Antoine.

Arrêtez-moi ! Antoine, encore 5 minutes

Yves Froger

Combien de fois nombre d'entre-nous ont été amenés à interrompre Antoine ? C'était mon rôle, lui président, moi secrétaire général à ses côtés, canalisant son temps de parole dans nos réunions communes. C'était surtout devenu une plaisanterie incontournable entre nous : de combien j'ai dépassé aujourd'hui ?

Et en effet Antoine dépassait, il débordait même. Jean-Jacques Laboutière, dans l'hommage qu'il lui a rendu, nous a rappelé tout ce qu'Antoine faisait. Alors en effet, comment aurait-il pu ne pas déborder ? Il avait tant à

dire et tant à faire, toujours soucieux de nous faire partager ses avancées, de nous associer à ses succès, de nous délivrer toutes les informations qu'il détenait, mais aussi de nous interroger avant de prendre une décision importante, de s'assurer de la pertinence de ses positions, n'hésitant pas à remettre en question son argumentation au fil de nos échanges, enrichissant son propos de nos remarques. Le réductionnisme était son ennemi, il s'efforçait d'élargir au maximum sa réflexion. Antoine nous rendait intelligents et ne ménageait ni son énergie ni son temps pour peaufiner ses idées.

Dans de telles conditions, travailler auprès de cet homme a été un très grand honneur, un très grand plaisir et un immense privilège. Le privilège de discussions téléphoniques interminables où Antoine s'efforçait de me décrire dans les moindres détails les travaux complexes auxquels il participait, notamment dans tout ce qui concernait les enjeux internationaux de la psychiatrie. Il n'en oubliait pas moins les dossiers nationaux et préparait avec le même soin les réunions au ministère ou avec les tutelles. Antoine sollicitait énormément de rendez-vous, convaincu qu'il était de ne jamais devoir laisser passer l'opportunité de rencontrer nos interlocuteurs dans l'espoir de délivrer inlassablement nos messages et nos revendications avec toute l'énergie et l'enthousiasme qui le caractérisaient et le mobilisaient, à tel point qu'il convenait là aussi de le freiner, chose difficile tant son engouement était communicatif et forçait le respect. Antoine était un travailleur inlassable habité par l'impératif d'être toujours au plus près du mandat que lui confiaient les adhérents, ne rien laisser de côté et retranscrire au plus juste les orientations prises en Assemblée Générale tout en les réactualisant au gré des évènements nouveaux. Cette exigence chez les responsables de son envergure, et ils sont rares, repose sur un engagement sans faille, une détermination à toute épreuve et une mobilité psychique sans cesse en éveil. Cela faisait d'Antoine un président exemplaire et un camarade de travail toujours stimulant et totalement rassurant. Mais aussi longtemps que duraient les échanges et le travail, Antoine gardait toujours du temps pour la convivialité, quelques mots au téléphone sur nos activités familiales, la dernière pièce de théâtre qu'il avait vue, le concert auquel il avait assisté ou les résultats de foot de nos villes respectives, ou bien plus longuement autour d'un verre ou d'un repas à la fin de nos réunions pour évoquer sa passion pour son bateau.

Nous nous sommes toujours quittés complices rieurs, déterminés, fatigués. Antoine conservait ce sourire irrésistible et le regard lumineux. C'était encore le cas lors de notre dernière rencontre en septembre, une foule de choses à faire, des projets pleins la tête, des rendez-vous à venir. Une nouvelle fois, Antoine m'a rappelé quelques jours après pour préciser encore plus les choses. Comme toujours il débordait. Mais cette fois il s'est arrêté au moment où personne ne le lui demandait ; bien au contraire, il était sollicité de toute part.

Antoine tu nous manques déjà.

La passion de la rencontre

Anne Desvignes

Curieux des différentes façons de penser, ouvert aux idées des autres, réfléchissant sur sa pratique, s'il avait une grande faculté à associer tout cela pour en tirer une synthèse personnelle, Antoine avait parfois des difficultés à l'exposer verbalement. « Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement » disait Boileau, Antoine le démentait totalement. Était-ce parce que son cheminement intellectuel était toujours en mouvement ?

Homme de convictions mais aussi de tolérance, il aimait bavarder, discuter. Il agaçait parfois par son discours aux chemins détournés par des digressions qui suivaient ses associations d'idées au fil de sa réflexion. Il n'en voulait à personne si on l'arrêtait, il connaissait ses travers. N'est-ce pas cette grande qualité qui lui conférait sa liberté et son honnêteté ?

Il en était de même pour ses écrits ou la retranscription de ses interventions orales en vue d'une publication. Nous avons beaucoup échangé à ce sujet car je partageais avec lui ces difficultés d'expression. Je garde le souvenir, lors des corrections, d'un travail parfois difficile mais passionnant. Me positionnant en lectrice candide, je lui demandais de préciser tel ou tel point, de m'expliquer en d'autres termes ce qu'il voulait dire. Il semblait toujours disponible et ses réponses étaient accompagnées de patience et de gentillesse. Lorsque nous parvenions au terme de la correction d'un texte, il m'exprimait avec simplicité sa reconnaissance de l'avoir aidé.

Antoine aimait parler, de tout ; de sa famille, l'admiration qu'il avait pour Laurence son épouse artiste et l'attention de père qu'il avait pour ses filles ; de ses rencontres professionnelles et culturelles, cultivant ces relations auxquelles il donnait tant d'importance ; de son activité de psychiatre et de psychanalyste où il faisait preuve d'une grande originalité ; de ses engagements qui le faisaient parcourir le monde ; et... le sport, les travaux dans son cabinet, toutes ces choses qu'il vivait avec une égale passion. Il n'hésitait pas non plus à exposer les obstacles et difficultés auxquels il était confronté ; il avait une grande capacité à rebondir en dépit des épreuves.

Comment parvenait-il à concilier tout cela ? Quelle était sa perception du temps ?

Lorsqu'il dansait au cours des soirées festives des congrès, apparaissait concrètement qu'il pouvait puiser au fond de lui une énergie et une endurance qui se manifestaient dans une sorte de déchaînement accompagné de jouissance joyeuse. Dans cette danse extravagante, n'exprimait-il pas son bouillonnement intérieur ? Antoine parlait aussi avec son corps.

Arrivé à l'âge où l'on prend sa retraite, Antoine s'est retiré, totalement, comme il vivait, totalement.

Mon cher Antoine,

Sofiane Zribi

Je ne sais si quelque part tu pourras lire ces lignes que j'écris pour toi, mais comme je sais que tu crois comme François Mitterrand à la force de l'esprit, je pense que cela est possible.

C'est possible, car tu as de tout temps été l'homme des oeuvres qui paraissaient impossibles. Réunir les psychiatres de différentes églises autour de ton projet de psychiatrie humaniste, réunir au-delà de la France et jusqu'en Australie ou en Argentine différents acteurs de la discipline et les convertir à ta cause.

Quand naturellement tu as pris en juin dernier les rênes d'Alfapsy , nous tous derrière toi savions qu'à l'image de Paul Lacaze tu serais un grand président conciliateur, rassembleur et diplomate. Jusqu'à tout récemment à Bordeaux, tu étais là pour empêcher le schisme dans cette autre association qui t'est chère, l'AFPEP. Tu nous déclarais dans la foulée que les psychiatres Algériens pourraient bientôt revenir militer avec nous. Tout cela, c'est ton oeuvre.

Je t'ai connu Antoine à la Guadeloupe, il y a de cela bientôt dix ans. Ton accueil fut d'emblée chaleureux et spontané. Par la suite, bien des rencontres nous ont réunis, en France, en Tunisie et dans bien d'autres pays, comme le Maroc, l'Algérie, la Suisse, le Sénégal, la république Tchèque, l'Argentine… Tu as toujours été cet homme mû par une extraordinaire énergie. Combattant engagé. Sûr de ta cause. Tu t'es lancé à l'assaut de cette citadelle de l'organicité, de la pharmaco-obédience et de l'evidence-based medecine qu'est la WPA. Et tu as, là encore, su convaincre, sensibiliser ; et partout où tu passais tu ne pouvais t'empêcher de semer les graines de cette psychiatrie centrée sur la relation et la clinique psychodynamique qu'avec Juan Mezzich, ancien président de la WPA, est devenue la psychiatrie centrée sur la personne.

Travailler avec toi fut un grand plaisir. Tu avais le don d'écouter. Tu n'étais jamais l'homme d'une idée préconçue, d'une certitude ancrée. Tu savais te laisser convaincre comme tu étais capable de persuader. Tu avais une vision globaliste de la psychiatrie et tu souhaitais porter au-delà des frontières poreuses de la France, cette tradition de la psychiatrie francophone associant les dimensions psychanalytiques, cliniques et sociales de la maladie mentale.

Tu m'as beaucoup appris et je te dois beaucoup.

En Tunisie, nous pleurons ta disparition, mais tu es et tu resteras un ange qui apaisera nos pensées.

Adieu l'Ami.

Antoine Besse

Hervé Bokobza

J'ai rencontré Antoine Besse en 1980 aux Journées Nationales de l'AFPEP à Nantes. Il parlait beaucoup ; il était vif, enjoué, enthousiaste.

Nous avons échangé pendant deux heures quelques jours avant son décès : à Bordeaux, aux Journées de l'AFPEP, en 2012. Nous avons pu nous dire que nous étions vraiment très heureux d'avoir passé ce long moment ensemble. Antoine a beaucoup parlé ; il était toujours aussi enthousiaste, enjoué, vif. Même s'il m'a confié qu'il était fatigué.

Nous avons parlé de l'AFPEP, de nos familles, de la situation politique, de notre travail : de tout ce que nous avons partagé depuis 32 ans.

Antoine était sans doute le plus fidèle d'entre nous, en tous les cas celui qui a assuré le plus de constance et de permanence au sein de nos associations depuis les années 1980. Toujours en mouvement, jamais défait, sachant miser sur l'avenir, ferme sur ses positions, Antoine était un formidable militant de la psychiatrie. Sa capacité à pouvoir intervenir dans des lieux où il savait être minoritaire, sa ténacité, cette persévérance admirable en a fait un personnage hors du commun dans le monde de la psychiatrie.

Que de souvenirs m'assaillent aujourd'hui ; celui des combats dans l'enfance inadaptée, de ces tournées que nous faisions en France pour parler des problèmes de ce secteur ; celui de ce moment de sidération qui fût le sien quand nous lui signifions que c'était à lui d'assurer l'intérim de la présidence de notre association à la mort de Gérard Bles ; celui de ce voyage en Guadeloupe à la création d'ALFAPSY, où il ne fût pas le dernier à animer ce formidable moment inaugural ; celui des États généraux où la qualité de sa présence trouva matière à s'exprimer à deux moments clés : il fut celui qui assura un « service d'ordre » particulièrement efficace en interdisant, discrètement et fermement, la parole à quelquesuns qui avaient à l'évidence l'objectif de briser l'élan des EG. Et le dernier soir, moi-même épuisé par la tenue de cet événement, ce n'était qu'à lui que je pouvais demander de me « remplacer » au diner prévu avec le futur président de l'Association Mondiale de Psychiatrie, Juan Mezzich. Ce fut le début de « la grande aventure » d'Antoine, pour ces dix dernières années : son extraordinaire implication dans l'activité internationale de l'AFPEP.

C'est aussi le souvenir de ces formidables fêtes de l'amitié que nous organisions lors de nos Journées Nationales ou dans nos maisons respectives ou encore chez les uns ou chez les autres. Antoine était de toujours avec nous, toujours présent, comme une évidence. Sa singularité exceptionnelle était reconnue de tous, ses capacités d'engagement et de travail absolument colossales en faisaient, et ont fait de lui un homme indispensable du paysage de la psychiatrie française de ces dernières décennies.

Antoine va terriblement nous manquer. Bien plus sans doute que nous pouvons l'imaginer.

À Antoine

Paul Lacaze

Depuis ce lundi 8 octobre 2012, ALFAPSY est en deuil et pleure son tout nouveau Président, le Docteur Antoine Besse. Son décès par arrêt cardiaque, tout aussi brutal qu'inattendu, laisse sa famille, ses proches, ses patients, ses confrères ainsi que les professionnels de la psychiatrie en France et à l'international, dans une sidération bouleversante et recueillie.

Antoine Besse n'est plus, reste désormais son inscription en chacun d'entre nous. Dans bien des champs de ses interventions, tout est à repenser, sans lui vivant mais avec lui en sa mémoire. De ses études brillantes, de sa formation éclectique et très tôt tournée vers l'international (ses travaux à Lausanne en Suisse), de son ouverture au monde, il avait conservé une vision large et humaniste de la profession, une vision « centrée sur la personne », qui lui avait valu d'être élevé à de multiples représentations et mandats pour la psychiatrie, en France et à l'étranger.

Gascon de souche, il allait volontiers de l'avant tel un mousquetaire des temps modernes, un rugbyman dont il avait la stature, un inlassable battant. Terrassé en pleine action aurait donc été sa fin, inscrite dans sa destinée ?... Ce que nous pouvons seulement affirmer, en toute certitude, c'est que le Docteur Antoine Besse aura toujours oeuvré au service de l'autre, dans le souci de l'éthique et de l'équité.

Qu'il repose en paix.

Access to psychiatrist private practice and Focus on setting up a psychanalytic space

Antoine Besse

Voici le dernier texte d'Antoine Besse, en préparation pour une intervention internationale. Le choix de la rédaction est de le présenter sans rien en modifier, en son état de work in progress. Ce texte nous est confié par notre collègue et membre du C.A., William Markson, qui en assurait la traduction anglaise. Les premières phrases sont en anglais, ensuite, le texte, fidèle à sa pensée et à son action, Antoine pose les bases concrètes d'une psychiatrie privée en pleine évolution mais fidèle à ses principes fondamentaux.(NDLR)

Docteur Antoine Besse

« Il n'y a pas de trouble pathologique en soi, l'anormal ne peut être apprécié que dans une relation ». G. Canguilhem

Context

Until now France is second in the world for psychiatrist density (nearly four times higher than UK for example), with about 13500 psychiatrists for a general population of 60 Millions (CLERY MELIN et al 2002). Nearly 7000 of these psychiatrists are engaged in private practice meaning that most of them devote

most of their time to individual psychotherapy activities. Two surveys realized in 1994 and 2004 (LEHEMBRE 2004) showed that 90% of these private practice psychiatrists consider themselves as psychotherapists, and for 80% of them, with reference to psychoanalysis; they are engaged in regular psychotherapy for 70% of their patents; these psychotherapies are generally reimbursed by the national health insurance system.

These findings are consistent with those of a more recent "clinical study" (AFPEP 2010) showing that a majority of French psychiatrists of private practice consider that multifocal approaches of the patient are the best model of treatment for person with "psychological suffering" and that psychodynamic references are most helpful to adapt to their needs.

This model is obviously related to the relatively high French ratio of psychiatrists; as such it is directly or indirectly affected by the governmental project to catch up with European ratio of psychiatrists.

"In spite of this dominant psychotherapeutic orientation, psychotherapeutic training has been rather poor in most French Universities. It is only recently that this specific question was directly addressed by the universities teaching programs: each student has now to take a number of compulsory education unit, including global information on various psychotherapeutic techniques and theories with a relatively large importance still given to psychodynamics and psychoanalysis. But, until now, there is no specific training in any of the psychotherapeutic technique, the specific trainings being left to the free will of each student through non-governmental scientific associations. Nevertheless most of the psychiatric wards receiving residents give them supervision for their psychiatric practices; but, here again, it cannot be seen as a specific training in any of the psychotherapeutic techniques. The setting of psychotherapeutic training in the undergraduate psychiatric education is currently discussed with a lot of debate on which of the existing techniques should be included and which of the existing scientific associations should be involved in this training. The strength and the diversity of French psychoanalytic movements (Freudian and Lacanian) add to the complexity of the problem" (Botbol 2005).

Actuellement en France, le cabinet du psychiatre d'exercice privé est totalement libre d'accès avant l'âge de 26 ans, une limite pour les patients plus âgés qui doivent en référer à leur généraliste (« médecin traitant »), l'assurance maladie imposant une coordination entre le psychiatre de ville et le généraliste pour rembourser entièrement le traitement, mais le patient reste libre de ne pas en avertir son médecin traitant et de s'adresser librement au psychiatre de son choix, il aura alors un plus faible remboursement.

Focus on setting up a psychanalytic space

Ainsi dans ma pratique de psychiatrie en cabinet (conventionné avec l'assurance maladie). Je vais rencontrer le patient de telle manière que cette relation devienne thérapeutique selon chaque cas. Le travail du psychiatre en cabinet sera dès le premier instant clinique empathique. Il va s'agir dans cette première approche d'évaluer la souffrance liée à la psychopathologie, la partie malade du patient mais aussi d'explorer différents domaines pour éclairer la demande du patient.

Les premières consultations :

Dans la pratique du cabinet, dès la première rencontre avec le patient, nous prendrons en compte la situation et le contexte dans lequel vit le patient.

Le travail ici n'est pas pensé en termes d'explication, ni d'interprétation mais en dimension d'intuition (comme Poincaré en parle chez les mathématiciens) ou de sensation. Il s'agit pour le praticien que je suis de construire ces espaces, d'en étendre la compréhension à l'ensemble d'un processus.

Cette première rencontre cruciale va inaugurer ou non un cheminement à deux personnes : le patient et celui qui va peut-être devenir son psychiatre, si chacun y ressent l'utilité et la possibilité de poursuivre l'échange après les premiers entretiens.

Penser avec tact et respect, comme s'il s'agissait de lui et des siens ? Ainsi le principe de réciprocité s'est-il imposé à notre bon sens.

Pourtant, le lien thérapeutique reste asymétrique. Tout du long du cheminement à deux, chacun devra accepter sa solitude et la force qui en émergera. Le recul indispensable au psychiatre pour penser en termes personnels à l'autre en difficulté, il le trouve dans son for intérieur, sensible et empathique.

Empathique plutôt que sympathique, l'empathie étant faite d'un mélange de cognitif et d'affectif. Il s'agit aussi pour le psychiatre de n'être pas complice de la maladie mentale dont est affecté son patient. Malgré les résistances inhérentes au début de la démarche consultative, le patient cherche auprès de son psychiatre les ressources pour en sortir, ou même en guérir.

S. Freud avait parlé d'un savoir inconscient qui ne sait pas, Unbewust. J. Lacan a théorisé ce savoir qui ne se sait pas, comme des enchaînements de chaînes signifiantes.

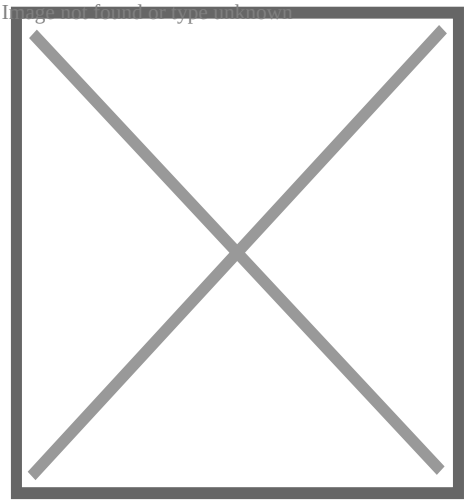
Nous examinerons l'importance de parler d'une consistance (d'une auto consistance) du côté du psychiatre et du côté du patient. La personne (ce que nous sommes) et le personnage (le rôle que nous jouons, ce que les autres perçoivent de nous et ce qu'ils vont chercher à influencer).

Le psychiatre en tant que personnage est exposé à des effets d'influence. Il est lui-même celui qui va faire apparaître de l'inapparent, par sa fonction et sa présence. Il est une sorte de médiateur vis-à-vis des données implicites, des racines, de ce qui est sous jacent à la personne elle-même. Sans lui, tout reste virtuel, englué dans sa réalité.

Le patient aussi subit des influences dans son entourage.

Temporalité (schéma1) :

Image not found or type unknown



Parmi les pistes de réflexion sur mon travail de psychiatre de ville, en cabinet privé, deux dimensions conduisent à préciser des temps distincts dans la dynamique de la rencontre et parallèlement différents espaces mentaux de travail.

Premier temps – Avoir envie d'avoir envie Dans ce moment initial où se révèle l'être en soi du patient avec ses différentes donnes (cf. les espaces du schéma 2), il faudra parfois générer une demande, permettre au patient d'avoir envie d'avoir envie. Éventuellement, devant un patient n'ayant jamais pris le temps de penser sérieusement à soi, proposer une décantation : lui proposer de trier entre ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas puis lui proposer de se questionner sur ce qu'il veut ou ce qu'il ne veut pas.

Deuxième temps – Avoir envie Les prolégomènes, souvent appelés « entretiens préliminaires ». – Avoir envie, sorte de mise en jeu vitale de changement d'état.

Troisième temps – Celui de désirer le traitement.

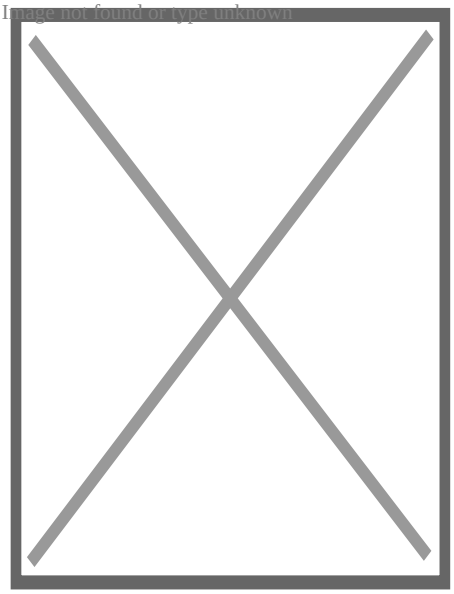
Et puis le *quatrième temps* – Opérer le changement.

Parfois, la difficulté consiste en ce qu'une grande partie de ces mises en chantier ne puisse aboutir à la phase que j'appelle 3, c'est-à-dire celle d'un traitement. Si on est vraiment trop seul, je veux dire isolé, que l'on sent autour du patient aucune personne solidaire de sa démarche et prête à l'encourager à s'engager dans cet espace de travail, on risque, à mon avis, de perdre pied. L'enjeu, face au patient que l'on reçoit, porteur de ses symptômes, est un changement d'état… Et cela n'est pas facile à penser. C'est toute la potentialité de ce patient que le psychiatre doit sentir, laisser venir dans sa pensée clinique, dans un mouvement de « construction de l'espace analytique ». Avec ce que la rencontre avec le patient lui inspire, il va avoir à opérer une mise en jeu vitale de changement à travers plusieurs étapes que nous nous figurons dans notre pensée.

Son savoir être et son savoir faire mêlant des expériences déjà réussies ou des élaborations après supervision à propos de cas similaires ayant posé des difficultés. Ce n'est parfois, sur notre feuille de papier, qu'une esquisse faite au crayon (un peu comme l'architecte face à son client et son projet). Puis, l'on imagine, pense plus ou moins intuitivement, évoquant le patient, une fois sa demande énoncée. Cette évocation comprend aussi le temps qu'il va lui falloir pour y accéder un jour et être dans cet « état de bien-être » qui n'est pas encore là (espace du pas là, cf. schéma 2).

La consistance, l'« espace auto-consistant » (Schéma 2)

Image not found or type unknown



Il s'agit d'une notion dont la pertinence s'est imposée comme représentation, avant même que les contraintes liées à une mode sociétale de transparence aient contaminé notre champ, exigeant toujours plus de preuves, nous enjoignant à un idéal d'évaluation, sans vraiment se soucier de nos savoirs et de nos connaissances liés à nos pratiques.

Il est difficile de rendre compte de cette pratique. L'ensemble des critères utilisés quand je travaille à mon cabinet pour concevoir un espace mental de travail. Lors de la rencontre initiale, j'écoute le patient qui se présente à moi selon différents espaces :

– L'espace du patient au travail ;

– L'espace du patient en famille ;

– L'espace d'où il vient, l'espace de son histoire générique et familiale ;

– Et enfin son espace de bien-être, d'équilibre et de gestion de sa santé.

Comment penser cet espace à trois dimensions (Schéma 2) ? Il y a moi (1) ; il y a l'espace consistant (2) où le symptôme est intégré aux manières de faire, de sentir de la personne (du patient) ; et il y a une part d'imagination qui est l'espace (3) du « pas là » dans notre environnement. Cet espace est non directement présent entre les sujets. Il s'agit, en même temps, de générer une grande force de l'esprit, (« transfert » et « contre transfert ») qui devra oeuvrer au sein de la relation « analytique », afin de surmonter les résistances tant du côté patient que, certes à un degré moindre, du psychiatre.

En effet, il faut étendre progressivement la compréhension à l'ensemble du processus. Ainsi, chaque espace a une qualité et une existence propre mais, par le biais des emboîtements, nous voyons apparaître des champs de corrélation et de conséquences observables. J'ai parfois demandé à un adolescent qui « agissait » le transfert avec moi dans le social avec trop de retours de tous côtés : « pourrais-tu faire en sorte que l'on arrête de m'appeler à ton sujet »…

Avec les adultes, c'est un peu pareil lorsqu'il s'avère utile d'instaurer le dispositif de double suivi, le patient ayant un psychiatre pour parler et un praticien pour les prescriptions. Ainsi, j'essaye de poser des limites à mon travail et de les dire à mon patient s'il accepte de continuer un suivi psychothérapique d'inspiration psychanalytique.

Créativité et tentative thérapeutiques totales ou partielles (Schéma 3)

Serge Viderman avait parlé de la « construction de l'espace analytique » dans un ouvrage qui garde une grande acuité et profondeur. Il utilise le terme d'espace analytique(1).

Jacques Derrida parlait de l'écoute comme d'un « espace d'accueil ». Pour moi, il s'agit de construire mon espace mental de travail et celui-ci devra être consistant, je dirai même plus en le nommant « auto consistant ». Cela en raison des influences et contraintes diverses. Le patient aura lui aussi à développer sa propre consistance, même si au début elle est faible et fragilisée (cf. le symptôme). Le symptôme est quelque chose qui rend le patient très dépendant de cet état de mal-être ou de négativité.

Il n'est donc pas du tout gagné d'avance, ni facile, de le porter vers cet autre état, comme un changement de peau, pourrait-on dire. Il y a beaucoup de résistance pour aller dans cette phase dite « de traitement ».

Image not found or type unknown

C'est donc d'une émancipation, voire parfois d'une désaliénation qui est envisagée à deux, dans un échange de parole, tendu vers du sens et de la force.

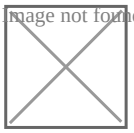
Il ne suffit pas d'avoir envie de psychothérapie, il faut que le patient se mette en position de se sortir d'un chaos, d'être un peu comme un cothérapeute dans l'espace de changement et de lutter pour l'ouverture de l'envie.

Une autre dimension à ne jamais oublier est celle de l'espace du concret que je rapatrie dans l'espace thérapeutique. Cet espace du concret, reste une dimension très forte pour le psychiatre. Il lui appartient de savoir écouter et réfléchir aux dimensions sociales, corporelles, avec son savoir sans cesse actualisé, sur les métiers etc. C'est un peu en personne de « terrain », qu'il va devoir découvrir un domaine nouveau Un autre exemple : lors de la psychothérapie d'un patient âgé, très dépressif après une amputation de jambe, qui avait renoué avec l'ardeur de vivre en me faisant le récit d'un acte héroïque lors de sa « résistance » pendant la période de l'« occupation », s'appuyant, pour son récit situé en montagne, d'une carte de la région.

En même temps, se distingue l'espace des interactions constantes, qui doivent être pensées, et avec lesquelles on doit pouvoir créer quelque chose de moins chaotique. Chaotique est souvent la caractéristique de la maladie dans laquelle est pris le patient. C'est là où se situe notre travail **(schéma 4)**.

Nous acquérons, au fur et à mesure, à la fois un savoir faire et un savoir être. Freud parlait d'un savoir inconscient qui ne se sait pas « Unbewust ». La maladie est comme un message que s'envoie le patient à lui-même. La maladie entraîne des modifications, des ajustements ou perturbations dans les relations du sujet malade avec son monde.

La « relation thérapeutique » disait J.- P. Valabrega « s'institue sur ce fond de modifications relationnelles intra et intersubjective ». Traducteur français du livre de M. Balint « Le médecin, son malade et la maladie », il rappelait l'importance, pour Balint, des notions de climat et d'atmosphère dans la pratique médicale. Tout cela converge vers ce que j'appelle l'espace du travail thérapeutique. Il faut arriver à penser sans être tenu d'expliquer ni d'interpréter mais en dimension d'intuition ou de sensation.



Conclusion

Dans mes propos, j'ai présenté l'accès au cabinet du psychiatre privé et son cadre administratif, pas les contraintes liées à la condition de médecin et à son conventionnement avec la Caisse d'Assurance Maladie (CPAM) en tant que psychiatre exerçant en cabinet privé dit « conventionné ».

Son indépendance professionnelle a toujours été valorisée et encouragée, même comme un droit et un devoir. Les évolutions en cours vont-elles entamer la consistance du psychiatre ? Les droits des patients, l'émergence d'une « citoyenneté sanitaire », garantie par des lois récentes et la culture de santé publique qui se développe dans tous les pays développés, amènent le psychiatre de ville à bien se situer dans l'ensemble du système de soins « de ville ».

Cette consistance du psychiatre dans sa pratique, sa pensée, son être et son esprit vont-elles lui permettre de continuer à exercer son métier dans un esprit d'indépendance et de créativité vis-à-vis du patient ? Ou va-t-elle perdre de son authenticité si utile et si bénéfique pour le patient dans la dynamique du traitement ? Je citerai pour finir une réflexion du philosophe Emmanuel Lévinas : « Être véritablement soimême, ce n'est pas reprendre son vol au-dessus des contingences, toujours étrangères à la liberté du Moi ; c'est au contraire prendre conscience de l'enchaînement originel inéluctable, unique à notre corps ; c'est surtout accepter cet enchaînement ».

—— ————————

(1) Ainsi, rappelant l'article de J.-P.Sartre, d'avril 1969 dans les Temps modernes, intitulé « Le dialogue psychanalytique », celui-ci rappelait l'inscription soixante-huitarde : « Analysés levez-vous », *« il n'y a pas d'analyse dans une autre position que celle exigée par l'analyste, hors de la situation définie et maintenue rigoureusement par l'analyste. On ne peut pas faire n'importe quoi dans une situation qui n'est pas n'importe laquelle » lorsque la situation se renverse et le rapport de force s'inverse, nous ne savons plus où est le psychanalyste» commente Viderman. « Ce qui fait le psychanalyste c'est sa position dans l'espace analytique ; ce qui fait la puissance de sa parole, qui n'en est pas l'essence à elle attachée comme le parfum à la fleur, c'est la structure de l'espace où elle est dite, où tout est valorisé, y compris le silence ou l'onomatopée ».*

L'enfant extradé

Liliane Irzenski

La loi du 11 février 2005 en décrétant l'intégration de tous les enfants dans les écoles de la République, crée paradoxalement les MDPH, et opère ainsi, pour ceux présentant des difficultés psychiques passagères ou même plus graves, une stigmatisation catastrophique sur le plan humain. En 1990, la France ratifiait la Convention internationale des droits de l'enfant. Or, depuis 7 ans, cette loi de 2005, censée répondre aux besoins d'aide réels des enfants scolarisés en maternelle, en primaire ou au collège, les frappent du sceau d'Handicapé.

Soulignons cependant l'intention sans doute bienveillante de cette loi de 2005, tant les lieux de ségrégation peuvent faire honte aux valeurs républicaines et démocratiques et faire violence, à ce que nous appellerons ici, le principe d'excédence de la vie. Mais, cette préoccupation politique légitime d'intégration de tous, de valeur réellement symbolique et respectueuse, nous donne aussi à penser qu'une loi peut venir marquer les enfants, par un signifiant différentiel péjoratif homogène au processus de discrimination qu'elle voudrait interdire.

« Le marquage des individus est de l'ordre d'une prétention imaginaire et donc aussi une prétention de savoir prenant pouvoir sur ce qui est l'autre. Ce pouvoir technique du marquage des frontières et des différences n'est pas sans rappeler la folie des critères que les extrêmes nationalismes mettront toujours en jeu afin de délimiter, d'inclure ou d'exclure des populations entières ». Cette loi de 2005 viendrait par surcroît légiférer sur ce qu'il en est de l'ordre de la différence, en dégradant la dimension et le caractère symboliques de cette notion de différence par un marquage discriminant. Pour nous, ce marquage risque d'obturer ou de geler, de façon irréversible, les possibilités de tissage d'une reconnaissance et d'une pensée de l'altérité, des coordonnées qui préexistent au seul véritable apprentissage fondamental qui soit, si laborieux à conquérir pour tout un chacun, dans sa mise en jeu sociale de citoyen : la reconnaissance de l'autre semblable en tant qu'autre radical.

Entre la Loi universelle – celle où le sujet se confronte à la Loi symbolique de l'Autre, instance de nomination c'est-à-dire de séparation, par qui la castration nous permet de supporter la rencontre avec l'incomplétude et de s'assumer endetté –, et la loi du particulier où le sujet est soumis au pur caprice d'un système économique où le tiers est exclu, nous rencontrons le risque extrêmement incisif d'une substitution qui s'acharne à rabattre le rapport à l'Autre symbolique sur le petit autre imaginaire, en les confondant.

La langue d'un enfant est d'abord celle qu'on lui parle ; très tôt, les enfants entendent si celles et ceux de leur entourage trichent avec les lois du langage. Ils peuvent alors prendre l'option de se débattre avec cette tricherie en fabriquant des symptômes qui sont toujours des appels vers autre chose, pour donner à entendre les signifiants déterminants leur posture étonnante ou dérangeante et l'impact d'un Réel non symbolisé. Les points de surdité perçus chez ceux vers qui ses appels sont adressés peuvent le mettre en danger d'une rupture de lien avec lui-même et donc avec les autres.

Les enfants sont donc pris aujourd'hui en otage dans des préjugés attisés par des peurs. Or nous vivons tous aujourd'hui dans la peur, plus ou moins sourde, d'un effondrement qui a déjà eu lieu, mais dont on voudrait néanmoins se déprendre en projetant sur la jeunesse la violence injurieuse que l'on lui inflige.

« Pourquoi, se demande l'écrivain Annie Lebrun, le temps, de se reconnaître dans leur désir, de se le formuler, n'est plus donné à certains enfants qui se retrouvent, prématurément, par les voies des discours normatifs, révoqués, avant même d'avoir pu chercher et parcourir leur propre chemin, avant d'avoir pu donner sens à leur différence et accueillir la vie comme elle vient, pour continuer à s'y aventurer à leurs risques et périls ? ».

Pouvons-nous souscrire à ces pratiques qui consistent à étiqueter l'enfant, par le signifiant handicapé lorsque cet enfant exprime sa lutte ou ses résistances pour signifier que son insertion familiale ou sociale lui est douloureuse ou problématique ? Son symptôme serait-il créé en pure perte ?

« Pourquoi l'Éducation des enfants, n'est-elle plus une invitation à désirer le monde et devient un apprentissage sous la menace ?». Croyons-nous vraiment l'encourager à étoffer sa capacité d'initiative et de compréhension, à trouver ses propres repères pour construire sa légitimité à penser par lui-même, si ne lui est pas offert par don d'accueil et de tendresse, cet espace vital nécessaire pour entendre comment l'histoire des autres se déplie dans sa propre histoire ? Comment ce qui peut nous lier, est aussi ce qui nous sépare ? Comment la vie est creusée par l'absence qui construit en nous, le lieu d'où jaillira notre désir ? Comment chacun appartient à l'unique espèce vivante qui rend présent ce qui n'est pas là, pour en fabriquer des objets de pensée ?

Étiqueter un enfant en tant qu'handicapé, représente alors un excès ou un abus de langage, un forçage de la langue pour porter atteinte à d'autres sujets appréhendés, plus petits ou pas assez grands, ignorants ou pas assez instruits, pauvres ou pas assez riches, fragiles ou pas assez forts, marginaux ou pas assez insérés… et, aussi paradoxale que cela puisse paraître, ne méritant pas d'être pris en compte à valeur égale ! « Quand nous nommons le soleil, nous ne faisons pas autre chose que désigner l'astre qui nous éclaire, nous ne disons rien sur ce qu'est la lumière »; quand nous nommons un enfant handicapé, nous ne désignons rien d'autre que son comportement en voulant ignorer sa langue d'enfance et la nôtre. Parfois l'enfant en primaire ou au collège n'est plus nommé par son nom patronymique mais désigné par l'acronyme MDPH ! Et quand bien même cet étiquetage aura été supprimé, il continuera néanmoins à rester collé à l'enfant, par la parole des enseignants ou des directeurs d'établissement…!

Ainsi pour les enfants qui expriment dès l'école maternelle, une inadaptation aux autres, aux rythmes, aux consignes, aux apprentissages, l'État ne vient offrir à leurs parents qu'un droit à compensation. Ce droit monnayable n'implique pas un véritable droit puisque l'enfant restera enfermé dans le symptôme sociétal dans lequel son symptôme se monnaie. N'avons-nous pas à prendre très au sérieux, le constat paradoxal que trop nombreux sont les enfants auxquels on ne concède le droit de rester à l'école, autrement qu'avec cet « estampillage » d'handicapé afin de leur attribuer dans la classe et à temps partiel une auxiliaire de vie scolaire (AVS) sans aucune formation, ou une classe à petit effectif d'inclusion scolaire (CLIS) où il manque tant d'enseignants volontaires ? Cette indexation de l'enfance au handicap mental renvoie chacun au symbole invalidant du fauteuil roulant. Il atteste de la violence toujours si dépersonnalisante du déni ; car le déni de la dimension analysable et transitoire des difficultés à se construire, quelqu'en soient leurs formes, est toujours moteur pour avaliser cette croyance que l'inconscient n'existerait pas ou que parler à d'autres pour penser serait à proscrire !

Les parents qui viennent nous parler au CMPP au sujet de leur enfant ne viennent pas demander une psychanalyse ; ils s'adressent à une institution pour faire entendre une demande d'aide. L'aide ne deviendra effective que si le thérapeute auquel ils s'adressent peut prendre en compte la réalité psychique de l'inconscient structuré comme un langage, et s'ils peuvent en accepter, grâce au transfert, l'effet d'entame.

Les parents se plaignent de leur enfant bien plus souvent qu'ils ne peuvent s'en étonner ou s'en trouver questionnés. Démunis bien souvent sur beaucoup de plans, ils n'en sont pas moins profondément affligés et piégés par la violence de l'inconcevable, que ces procédures d'objectivations protocolisées représentent pour eux et leur enfant, quand celui-ci se retrouve marqué par ce signifiant handicapé. Ils sont embarqués à devoir eux-mêmes demander à un médecin, un certificat attestant le soi-disant handicap de leur enfant et ce, sur la demande gênée, pour le moins des directrices ou directeurs d'école. Si les premiers entretiens permettent d'engager pour l'enfant et/ou ses parents, une mise en mouvement de la pensée, en restituant à la parole son pouvoir de créer de nouveaux liens et de nouveaux écarts, ce leitmotiv conjoncturel initial, qui condense un grand nombre de plaintes parentales : « ne pas arriver à gérer cet enfant qui ne travaille pas » cessera d'astreindre parent et enfant à l'ordre insensé d'une norme !

Cette mise au travail viendra ré-agencer l'impact des signifiants trans-générationnels en les dénouant de ceux produits par les discours normatifs ou répressifs. Car, « discours s'oppose à parole ». Symboliser ce marquage opérera une re-trouvaille avec cet allant de vie, après le temps de la dispersion ou de la sidération. Mais les lieux comme les CMPP sont bien loin de pouvoir recevoir tous les enfants et leurs parents souffrant

de cette stigmatisation. Depuis plus de trente ans que je reçois des familles et leurs enfants, j'ai entendu comment les pressions, de plus en plus tenaillantes, à la consommation rencontraient l'impossibilité de plus en plus angoissante de trouver un travail ou une place sociale pour les parents. « Dé-penser pour ne pas penser » vient participer à l'engluement de beaucoup d'enfants, dans leur place initiale d'objet, rivé à s'imaginer responsable de tous les maux des adultes tutélaires ou à devoir les soutenir, à leur corps défendant.

Quelles autres alternatives les professionnels de l'enfance peuvent-ils encore vouloir initier, avec l'aide des parents, si souvent disqualifiés, dans ce monde qui laisserait entrevoir un futur sans avenir pour cette jeunesse tenue responsable de le rejeter alors qu'il ne lui consent guère de contenants ou de place ? Ne sommes-nous pas requis, bien plus qu'invités, à ne pas cesser d'affirmer et de transmettre, de notre place d'autorité que confère l'écoute analytique, de notre place de garant de la Loi symbolique, les enjeux politiques de notre travail et la lecture que nous en élaborons. En questionnant les modalités singulières d'ancrage symbolique, propres à l'humanité du sujet, et en les articulant au contexte social et politique contemporain, les psychanalystes qui reçoivent des enfants partagent avec eux une perplexité de plus en plus profonde sur l'étrangeté du monde. L'exercice de la psychanalyse est une pratique politique qui subvertit les processus d'aliénation, de subordination et d'exploitation. Nous déplorons qu'à ce jour, trop peu de nos confrères se soient engagés auprès d'autres professionnels de l'enfance ou du soin, dans les nombreux collectifs créés ces dernières années, pour dénoncer et proposer d'autres voies à ce conformisme d'État.

Ces glissements sémantiques, communiquer (et non pas parler), gérer (et non pas vivre avec ou accompagner), travailler (et non plus apprendre ou étudier), outils (alors qu'il s'agit d'assignations) et maintenant, handicapés pour parler des enfants qui nous interpellent avec leurs difficultés : tous ces mots nous parlent de nouvelles dispositions abrasives de la pensée, d'un bouleversement de la sensibilité qui extorque l'intime, et qui impose une vision de plus en plus rationaliste, visant à mettre hors circuit ceux que l'on prétend vouloir aider. Tous les professionnels de l'enfance, en choisissant de se placer à l'écoute des enfants, savent ou devraient savoir comme l'écrit si bien Pascal Quignard que « Naître ne connaît pas de fin » et qu'ils ne peuvent pas oublier que parler nous place toujours à côté de ce que l'on veut dire. Se laisser traverser par l'équivocité de la parole, c'est accepter d'en témoigner auprès des enfants et leur transmettre les nombreuses significations en rien réductibles à un sens unique. Les assurer qu'ils ont bien entendu cette équivocité de la parole, c'est leur apprendre qu'elle peut prêter à toutes les fantaisies imaginaires, mais aussi à tous les malentendus symptomatiques, à toutes les confusions délétères.

C'est s'interdire, dans l'exercice de sa fonction, d'épingler un enfant dans une catégorie à partir de son vagabondage gestuel ou verbal et refuser de l'identifier à son symptôme. Par quoi l'enfant pourrait-il tenir dans le monde, s'il ne rencontrait plus les passeurs que devraient être les parents et les professionnels de l'enfance, responsables d'une fonction d'attention qui consiste à respecter sa temporalité et sa subjectivité, sa créativité et sa poésie ? L'inquiétude portée à la déliquescence de l'Autorité de l'Autre symbolique, remet en cause la fonction de référence qui représente le point d'appui du sujet pour se construire.

Comment un enfant peut-il espérer construire sa place, sa singularité désirante à partir des lois du langage si les pratiques pédagogiques et soignantes sont soumises à des dérives autoritaires, à des fins normatives lorsqu'elles piétinent son irréductibilité singulière et entravent l'imprévisibilité de sa vie ? Si, aux angoisses des parents, viennent se surajouter les aberrations d'un système capitaliste sécuritaire qui jouit de ses crises en ne cessant pas de vouloir nous décérébrer avec les peurs qu'il fabrique ? Si le regard surmoïque qui évalue vient supplanter la perplexité ou la radicalité de l'entendement ? Cette prévalence du regard qui scrute ou de la voix qui invective, orchestre dénis, rejets et forfaitures alors que « nous vivons dans l'oubli de notre métamorphose » et que nous passons notre vie à refouler les contradictions de l'inconscient. Devons-nous adhérer à cette idéologie malsaine d'un système anonyme dont la puissance politique et économique prétend devoir sa supériorité à ses mérites lors même qu'elle les doit à la ruse, au hasard, au pouvoir de l'argent ou du mensonge ?

Cette inflation de discours légiférant engendre un surcroît d'insécurité éprouvante. L'insécurité qui électrise les enfants ou les rend absents à leur vie, n'est pas seulement nouvelle, elle ne cesse de se déployer à la puissance haine. Et Bernard Golse se demande si la haine dont sont objets les enfants actuellement, ne viendraient pas de la haine des adultes pour l'enfant qu'ils auraient eu peur d'avoir été ? La promesse d'aide réelle édictée par cette loi n'est pas tenue faute de moyens pour s'y tenir. Si restrictions budgétaires il y a, quid des constructions d'internats d'excellence ou des prisons pour mineurs… ? Ce manquement politique et éthique à la parole donnée, ferait écho au temps où l'infans pose un jour, cet acte irréversible de se déprendre, du moins partiellement, de la sensorialité de son univers maternel. En entrant dans la langue par désir, il en attend un effet d'inscription prometteur d'échanges humanisants.

S'il n'en reçoit pas le minimum de retour symbolique escompté, son destin s'en trouvera infléchi à ne pas pouvoir accéder à la dimension métaphorique du langage. La formulation de Christian Hoffman, l'infantile, c'est la politique d'aujourd'hui condense notre lecture des effets de cette loi, tout en faisant écho à celle de Winnicott nos politiques souffrent d'infantilisme. Nombreux sont encore les enseignant(e)s et les référents MDPH qui luttent pour exercer leur métier de façon responsable et respectueuse. Mais il devient de plus en plus difficile de s'écarter des directives injonctives qui dénaturent leur métier et leur éthique.

Ces prescriptions arbitraires voudraient les métamorphoser en diagnostiqueurs précoces, asservis qu'ils s'éprouvent, à devoir participer, à leur corps défendant, à cette saloperie consensuelle. En effet, malgré ces mouvements de résistance épuisants, la tendance qui tend à nous marquer durablement est de constater, devant le refus obstiné d'accorder des moyens, qu'il faille composer avec ces feintes et ces traquenards pervers. L'État soumet tous les enfants à ses grilles d'évaluation et cette traque du « défaut » humain à l'école se monnaye, si les parents en sont d'accord, par l'étiquetage handicapé mental. Et malheureusement souvent les parents donnent leur accord. (Ce consentement n'est pas sans évoquer celui donné au mirage de l'évaluation des adultes dans le monde du travail). Ont-ils d'autre choix quand ils veulent eux aussi, comme leur enfant d'ailleurs, qu'il soit comme les autres ? Quand on leur dit que c'est pour son bien et qu'il n'y a pas d'autre solution, rien d'autre pour qu'il puisse rester à l'école ?

Certains psychiatres et enseignants peuvent trouver ce maintien « très rassurant pour les parents » avançant l'idée « qu'il serait moins pire d'être étiqueté handicapé que fou ». Ces positions méritent le débat... En effet, le manque de jardins d'enfants ou de Maisons vertes, d'enseignements adaptés ou de places en hôpital de jour à petits effectifs, ou la réticence légitime à psychiatriser le mal être des enfants (lorsque la scolarisation ne prend aucun sens pour eux), pousseraient les professionnels de l'enfance à s'habituer à ces logiques d'exclusion. Mais, si les enfants jugés trop malades pour être admis dans un hôpital de jour, se retrouvent à l'école (alors que la loi 2005 choisit leur orientation mais dans la pratique c'est l'établissement qui choisit), verrons-nous ces enfants malades, faute de soins, transmettre aux enseignants un savoir qui ne s'apprend pourtant pas à l'école ? Depuis la mise en place de cette loi, ces demandes d'aides MDPH ont doublé.

C'est dire que le nombre d'enfants qui expriment une réticence à l'autonomie, un retard de parole, une trop vive agitation, ou une dyslexie, bref, qui présentent aux regards des adultes qui les évaluent, un dysfonctionnement, ne cesse d'augmenter. Mais alors, que serait un enfant non handicapé ? Se faire traiter d'«handicapé de la tête » n'aide pas à penser, ni pour celui qui est traité, ni pour celui qui traite ! Les professionnels de l'enfance ne devraient que refuser une telle traîtrise ! L'effet de marquage désubjectivant et pénalisant auquel se réduit le plus souvent cette reconnaissance des difficultés des enfants, revient donc à déplorer une sale affaire, à dénoncer une « fabrique » d' handicapés comme on dénoncerait un détournement de capitaux, puisque c'est la jeunesse qui se trouve ainsi disqualifiée alors qu'elle devrait être considérée par les instances gouvernementales, comme notre capital le plus précieux à protéger.

L'abandon de tous ces enfants en souffrance psychique, ne vient-il pas témoigner de la profonde imposture de ces lois face aux principes égalitaires ? Une haine ou un mépris maquillé en compassion par les plus Anciens à l'égard des plus Jeunes ? Ne vient-il pas chercher à faire croire à ceux que rien ne trouble, qu'ils ne pourraient garder leur place sociale qu'en supprimant celle des autres et plus particulièrement de ceux qui sont les plus fragiles ? Quand, l'Assemblée Nationale a reconnu la légitimité des demandes des associations

de parents d'enfants handicapés, il n'a pas été voulu pour autant que ces parents désireraient que les enfants présentant des difficultés dans le cadre de l'école, soient étiquetés handicapés.

Cette perte de pouvoir de l'Éducation Nationale concernant les enfants en difficultés, (suppression des CCPE), cette délégation de ses pouvoirs à la MDPH, ajoutées à la pénurie de moyens, de lieux et de temps de réflexions avec d'autres, pour répondre au mieux, au un par un, est venue orchestrer la logique implacable de notre système ultra-libéral et transformer cette loi, en machine de guerre intergénérationnelle et intra subjective. Trop d'enfants ne peuvent trouver à l'école, telle qu'elle est conçue actuellement, un quelconque bénéfice ou gain pour leur épanouissement et s'étiolent douloureusement dans leur solitude maladive alors que tous les enseignants que nous avons rencontrés, reconnaissent ne pas être formés pour leur venir en aide. Ils sollicitent des concertations plus fréquentes avec les soignants, mais sont soumis, eux aussi, comme les enfants, à des évaluations et à des injonctions de leur Inspection… qui viennent contrer leurs spontanéités ou leurs discernements, leurs valeurs ou leurs expériences.

A bien considérer que tous les professionnels de l'enfance mais aussi de la relation humaine, se retrouvent actuellement dans le même bain, au plus près de ce que peuvent éprouver les enfants, aux prises avec les incohérences folles et dévastatrices de notre époque, n'aurions-nous pas à réaffirmer une solidarité intergénérationnelle, en respectant l'énigmatique de leurs troubles ? Aurions-nous si peur de cette génération dite montante qu'il faille la blesser encore davantage et l'humilier au point de pactiser avec un système qui semblerait marcher tout seul alors que tant de gens obtempèrent, laissent s'effectuer en toute bonne conscience, et participent à cette grande sélection honteuse ? S'il ne se produit pas un sursaut collectif de lucidité politique, une volonté de solidarité entre toutes celles et tous ceux qui ont choisi d'assumer auprès des enfants leur art d'en prendre soin, si nous ne reconnaissons pas la richesse qu'il y a à se laisser enseigner par la poésie des enfants, poésie qui convoque en chacun de nous, souvenirs et expériences des effets autoritaires infligés à nos dépens, comment pourrions-nous prétendre encore pouvoir transmettre en enseignant ou en soignant ? Dans son article je sais bien mais quand même, Octave Mannoni questionne : que croire si l'autorité est mystification ?

Ne pourrions-nous pas oser l'amorce d'une réponse, en rappelant l'impératif pour chacun, si essentiel, qui consiste d'abord à écouter et à traduire ce qu'il éprouve, retrouve et pense en regardant et en écoutant un enfant quelque peu étrange ou bizarre ? Car, si les Grands ou supposés tels, se précipitent à vouloir discriminer les Petits, alors adviendra le temps d'un impossible accompagnement à devenir autre... Et l'espace concédé à sa liberté ne sera réduit qu'à celui du mammifère esclavagisé promu par l'ultralibéralisme. Continuons donc de chercher à comprendre pourquoi tant d'adultes sont soudoyés par la violence de ces dérives sécuritaires, de ces normes de mise en conformité, tandis que trop nombreux sont les enfants en surcharge de gavages en tous genres, qui crient famine, saisis qu'ils sont, par la perte ravageante des repères symboliques.

Cette réflexion a donné lieu à une conférence le 26 novembre 2011 à Vitry-sur-Seine dans le cadre du quarantième anniversaire du CMPP municipal où je travaille, et un article dans le numéro 208 du Coq-Héron, article intitulé : « L'enfant extradé ».

1. A. Kojève : La notion d'autorité. (écrit en 1942) Nrf Edition Gallimard 2004

2. A. de Tocqueville De la démocratie en Amérique Edition Vrin tome 2 ou Ed GF

3. Béatrice Fortin : Identité nationale – identité des nations. Article paru dans la revue du Coq-Héron

4. Gilles Châtelet : Vivre et penser comme des porcs. 1998 Folio actuel

5. M. Ragouste : L'ennemi intérieur. Edition La Découverte 2009,2011

6. M. Benasayag : Les passions tristes. Edition la découverte 2003

7. H. Maldiney : Avénement de l'oeuvre. Préface de B. Salignon. Lucie éditions

8 & 13. P. Bruno : Lacan, Passeur de Marx. Edition Erès

9. A.Pellé : Ce que nous enseignent les ruptures majeures. Edition de L'Harmattan 2011

10 & 12. H. Arendt : Crise de la culture. Folio essais 11. D. Missika : Enfances un siècle d'histoire Edition A. Colin 2011

14. O. Mannoni : Clefs pour l'Imaginaire. Edition du Seuil 1969 15. H. Arendt : Condition de l'homme moderne. Edition Pocket

Histoire des classifications : origines, utilités et destinées

Jérémie Sinzelle

La psychiatrie est née à la suite d'un long cheminement intellectuel, tout d'abord philosophique. D'abord à travers une compréhension de plus en plus construite de l'âme humaine (ancêtre de l'appareil psychique), elle émerge ensuite de la légitimité de l'existence d'un sujet, normal ou pathologique. Cet être pensant et doué de parole, sur laquelle se base la clinique.

Les classifications peuvent s'intégrer dans : une démarche « ancienne » basée sur la conviction d'un auteur, et argumentée à l'aide de la Philosophie ; une démarche « moderne » née de l'intuition subjective de maîtres de la médecine, forts de leur expérience et de leur sens Clinique ; et une démarche « contemporaine » où l'outil Statistique renforce une objectivisation des données chiffrées, recueillies par des études cliniques à des fins de recherche.

CLASSIFICATIONS ANCIENNES

Les tentatives philosophiques sur les troubles de l'âme existent depuis l'Antiquité. Elles se situent en marge d'une clinique, qui, à l'époque, relève d'une tradition quasi-mystique autour de la médecine des humeurs.

Aristote, Hippocrate et Arétée de Cappadoce en représentent quelques uns des auteurs les plus illustres. Parallèlement, la médecine chinoise s'organise de manière très proche à la tradition occidentale antique, et lui a survécu jusqu'à aujourd'hui. Au Moyen-âge, une modernisation durable pour au moins un demimillénaire intervient autour de l'oeuvre d'Avicenne autour de l'an Mil, et permet une synthèse entre l'observation clinique issue de la tradition persane, et la doctrine médicale grecque relue par la culture arabo-musulmane.

Chez Avicenne, les chapitres du Canon traitant de la frénésie, l'amentia, le délire et la fureur mais aussi le sixième livre de son ouvrage d'Ash-Shifa' (la Guérison), traitant des troubles de l'âme et des pensées, fondent une première discipline psychologisante au sein de la médecine. La Philosophie des Lumières en Occident s'intéressera aux troubles de l'âme notamment dans certains écrits de Kant à la fin du XVIIIème.

CLASSIFICATIONS MODERNES

Au sein de la médecine, à l'occasion du bouillonnement intellectuel de la Révolution française, une première classification de l'aliénation mentale se retrouvera chez Pinel. Dans son Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale (1° édition de l'an 9, c'est-à-dire 1800), il en souligne l'intérêt thérapeutique p125 : « Division de l'aliénation mentale en espèces distinctes. Sur quels fondements porte cette distinction ? C'est un terme heureux que celui d'aliénation mentale, pour exprimer dans toute leur latitude les diverses lésions de l'entendement ; mais il importe d'autant plus d'analyser ses diverses espèces, de les considérer séparément et d'en déduire ensuite les règles du traitement médical et celles de la police intérieure à suivre dans les hospices ».

L'émergence de la psychiatrie en tant que spécialité médicale au XIXème siècle a nécessité une description clinique plus riche, et une définition plus précise des maladies mentales. La notion de diagnostic a ainsi été sécurisée en psychiatrie, ce qui la plaçait, de fait, dans le champ de la médecine. L'on retrouve ensuite cette

démarche chez Esquirol, qui est probablement le premier à introduire des éléments épidémiologiques dans son traité.

Pendant ce siècle de progrès qui suit la révolution, les pionniers de la psychiatrie, se basant sur leur intuition clinique appliqueront le programme de Pinel et seront les premiers auteurs de la littérature psychiatrique (par exemple : Leuret, Jean-Pierre Falret, Jacobi, Heinroth, Reil…). Leurs ouvrages répondent à un besoin sociétal et nomment l'innommable : la folie. Ils révèlent la maladie mentale à la médecine, aux praticiens, mais aussi aux autorités judiciaires (et religieuses) et à l'opinion publique profane.

L'objectif premier de leurs écrits est cependant, avant tout, d'assurer l'enseignement de cette nouvelle discipline qui s'appelle depuis 1802 la Psychiatrie.

Comme l'écrit Morel dans ses Etudes en 1852 : « […] l'époque des améliorations ayant sonné, l'enseignement de l'aliénation va monter au niveau des autres branches de guérir, et que l'étude de cette affection rentrera naturellement dans le cadre nosologique des maladies ordinaires… ». Auteur Français, mais surtout Européen et chrétien humaniste, il se révèle à la hauteur de la tâche et tente une classification non pas autour de la symptomatologie (qui n'existe pas encore en psychiatrie), mais par étiologie. Ses ouvrages marqueront la seconde moitié du XIXème siècle jusqu'au début du XXème, par le développement des diagnostics de Dégénérescence, de Démence précoce et de Crétinisme (par carence iodée), et amèneront des progrès dans la prise en charge en institution asilaire, et en santé publique (le sel iodé).

Entre 1850 et 1950 La psychiatrie internationale est essentiellement animée et dynamisée par des échanges entre aliénistes français et psychiatres allemands qui se complètent plus qu'ils ne s'opposent, par une tradition d'échanges amicaux.

Nosologie française : En France, les aliénistes se concentreront sur des descriptions détaillées de nouvelles pathologies isolément les unes des autres : une démarche nosologique. L'on retiendra la manie, la mélancolie, l démence et l'idiotisme de Pinel, la monomanie d'Esquirol, les hallucinations de Baillarger, la folie périodique et à double forme de J.P. Falret et Baillarger, le délire d'interprétation de Serieux et Capgras…

Nosographie allemande : En Allemagne, en prenant la succession d'auteurs de manuels de médecine non spécialisée comportant un volet psychiatrique, de nombreux psychiatres allemands vont, à l'inverse des Français, publier des manuels, spécialisés en psychiatrie, décrivant et classant les maladies les unes par rapport aux autres : leur école sera essentiellement nosographique.

KARL-LUDWIG KAHLBAUM (1828-1899) Inspiré par la démarche française et le succès de la description de nouvelles entités cliniques, Kahlbaum, en Allemagne prussienne, enseigne, à partir de son invention de la symptomatologie en psychiatrie en 1863, une approche classificatoire des maladies mentales (appelée médicoempirique). Il développe également une description plus précise de nouvelles maladies mentales, dont les noms plus que les concepts d'origine persistent jusqu'à aujourd'hui : la catatonie (folie tonique), l'hébéphrénie (folie juvénile), et l'héboïdophrénie (qui est une déviation de la normale, un « trouble de la personnalité »).

EMIL KRAEPELIN (1856-1926) Familiarisé avec l'école prussienne par son ami Rieger, Kraepelin a marqué son époque et bien au delà, en cristallisant autour de lui le développement moderne de la psychiatrie à travers les différentes éditions de son Manuel, de 1883 à 1913. Les premières éditions, son enseignement et son institut de recherche, qu'il a développés en tant que Professeur de Psychiatrie en Allemagne (à Heidelberg puis à Munich), lui ont donné la légitimité de diffuser son modèle sur le plan international.

Avec Kraepelin, la psychiatrie, autrefois en quête de légitimité, devient une spécialité médicale à part entière, accessible à la recherche et à l'épidémiologie. A l'inverse de Freud qui défend une classification psychanalytique, non chiffrée, en ambulatoire, et qui rejette l'organicité dans sa démarche, Kraepelin se base sur des observations cliniques en hospitalisation, et comprend la maladie mentale comme une conséquence d'une lésion organique cérébrale (avant de finalement se rapprocher de Freud à la fin de sa vie). Il compose

une terminologie spécifique réactualisée qui lui permet une description clinique synthétique de tableaux pathologiques.

Il décrit des familles de maladies mentales autour de leur noyau pathologique (leur description la plus constante et caractéristique), définit leurs délimitations et leurs diagnostics différentiels. Il est le premier à se baser sur des arguments statistiques, selon les moyens de l'époque, et développés au sein de son institut de recherche, l'actuel Institut Max-Planck pour la Psychiatrie. Son travail accompagne le développement des centres psychiatriques en Europe, et permet l'établissement d'une psychiatrie moderne dans les CHU.

Le but de la classification des Manuels de Kraepelin est l'enseignement, la recherche et l'organisation de la pathologie mentale dans une psychiatrie en pleine expansion. Toutefois, au bout d'un demi-siècle, la fameuse étude US/UK Study en 1971 montre une hétérogénéité dans les diagnostics en raison de traditions cliniques différentes entre Royaume-Uni et USA. La définition de nouvelles entités se poursuit alors, mais persiste le besoin d'outils offrant une meilleure cohérence au sein de la discipline psychiatrique. Associé à l'épidémiologie, c'est l'outil statistique qui deviendra la nouvelle valeur permettant de contourner la nécessaire subjectivité du clinicien et, sur le plan méthodologique, de renforcer la solidité et la réputation d'une classification.

LES CLASSIFICATIONS CONTEMPORAINES

L'Organisation Mondiale de la Santé a permis à la Psychiatrie de gagner ses lettres de noblesse au sein de la médecine. Son projet, la CIM (Classification International des Maladies, ou ICD en Anglais), possède un but administratif et statistique, en vue de favoriser l'organisation des soins sur l'échelle internationale.

L'OMS développe ainsi une classification des troubles mentaux à partir du CIM6 (6° édition) en 1949. A travers l'American Psychiatric Association (APA) en 1980, et avec la publication du DSM-III en 1980, les Etats-Unis font une entrée remarquée sur la scène psychiatrique mondiale. Les USA prennent rapidement mais tardivement le pas sur la vieille Europe. En effet, à partir de l'outil statistique, l'utilisation pionnière de l'informatique (comme le rappelle Steeve Demazeux dans sa thèse Le lit de Procuste du DSM-III), offre au nouveau monde une nouvelle légitimité basée sur une technique moderne, novatrice et encore méconnue.

Non seulement elle propose l'image d'une nouvelle virginité dans le domaine psychiatrique aux USA, mais l'APA, au fur et à mesure des éditions suivantes du DSM (DSMIIIR, DSM4 et DSM4TR), tend à reléguer dans l'histoire ancienne tout ce qui existait auparavant. En proposant une classification de « diagnostics » simplifiés, permettant à l'origine uniquement l'inclusion de malades homogènes dans les protocoles et essais cliniques, le DSM-III n'est pas à l'origine un manuel de psychiatrie (malgré son nom de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) : c'est un outil de la recherche, qui possède des limites dans son utilisation. Sa force tient à sa reproductibilité revendiquée, autour de l'idée d'une fiabilité inter-juges, sans jamais se réclamer de l'anatomopathologie ou proposer une hypothèse étiopathogénique organique aux maladies mentales.

Contrairement à ce qui peut avoir été dit ici ou là, le DSM n'est pas d'orientation neurobiologique, même si la statistique semble permettre de contourner l'écueil du doute quant à l'organicité. La critique reste donc constructive si l'on n'attribue pas au DSM tous les fantasmes de la modernité en psychiatrie. Comme les nosographies précédentes, la CIM et le DSM tentent de couvrir la pathologie mentale la plus large, mais l'objectif de ces classifications nécessite d'être rappelé : comme outil international d'organisation des soins pour la première, et outil d'inclusion statistique dans la recherche clinique pour la seconde. Elles ne représentent pas en soi des corpus pédagogiques ou des manuels cliniques didactiques.

Prises comme telles, les classifications deviennent aliénantes, suscitent des réactions de rejet, et incitent à rechercher une alternative devant proclamer sa voix excessivement fort pour être audible dans le discours dominant (par exemple : l'initiative proche de la psychanalyse, avantageusement appelée « Stop DSM ! »).

A cet égard la CFMEA-R2012 qui poursuit la classification de feu Roger Misès en pédopsychiatrie, et la tentative de Diagnostic Centré sur la Personne initié par notre regretté président d'honneur du SNPP Antoine Besse, représentent des tentatives rafraîchissantes et porteuses d'avenir, en ce qu'elles maintiennent l'existence et complètent un débat pluraliste face à des tentations totalitaires suscités par une uniformisation de la pensée dont l'HAS s'est fait l'écho récemment en attaquant le travail des psychanalystes auprès des autistes.

Chacune des classifications repose donc sur un parti-pris, une doctrine, qui est généralement revendiquée et affichée en introduction. Plus largement, la question diagnostique est-elle une tentative de désigner des conséquences d'une lésion organique, ou bien une convention de langage pour raconter une rencontre clinique à quelqu'un d'autre ? Les classifications psychiatriques, ne sont que des objets humains et perfectibles. Elles ont été établies par des auteurs, selon une politique éditoriale, dans un contexte culturel et sociologique influencé par la technologie de l'époque (il est par conséquent anachronique et impropre de désigner par exemple une Sainte du XVème siècle, dénué d'aliénistes, par une terminologie psychiatrique du XXème siècle, par exemple).

Les classifications ont des objectifs affichés et des conséquences philosophiques sur l'évolution des idées en psychiatrie. C'est parce qu'elles proposent une lecture selon une doctrine assumée par leurs auteurs, qui se retrouvent en position de force face au savoir. Il existe grossièrement trois logiques complémentaires dans la réalisation des classifications : un intérêt sémiologique de terrain (à visée clinique ou expertale, complémentaire d'autres approches), l'enseignement de la psychiatrie (supporter la confrontation à la pathologie), et la recherche scientifique (modernisation à grande échelle de la discipline). Aucune des approches n'est incompatible avec une autre.

Adopter irrémédiablement une approche à l'exclusion des autres, c'est renoncer à décrire ce qui se situe en dehors de son champ. Qu'elles soient basées sur la subjectivité clinique des praticiens ou sur l'objectivité chiffrée, les classifications ne restent que des modèles imparfaits cherchant à circonscrire une vérité clinique, dont il reste à démontrer l'organicité, ou la non-organicité. Cette quête, toujours abstraite et insaisissable en psychiatrie bute sur le contenu : la question de l'intégration ou non de déviations de la normale (les troubles de la personnalité) au sein de la pathologie n'est toujours pas réglée ; et une instabilité du contenant : un glissement sémantique favorise l'invention d'une nouvelle terminologie, pour désigner une même maladie au prix d'une inévitable perte de sens (comme en Japonais en 2002 où le terme de schizophrénie a été modifié : ?????, maladie de la fission psychique devenant ?????, trouble du manque de cohésion).

En attendant l'avancement des travaux de recherche fondamentale, un travail d'introspection peut permettre au clinicien d'affiner sa vision de manière critique, en assumant sa propre subjectivité et les limites de cette recherche d'objectivité.

A cet égard il n'est pas un euphémisme de dire que, dans ce saut de génération qui a précipité tout une classe d'âge dans la mode du comportementalisme, les jeunes générations restent prisonnières, d'une part de courants psychanalytiques moralistes et datées dans lesquels ils ne se sentent pas les bienvenus, et d'autre part de schémas universitaires scolaires dont la psychanalyse peut n'apparaître que comme une nème corde à un arc qui ne trouve plus sa flèche.

Réponses au questionnaire urgence et permanence des soins

Thierry Delcourt

Les 40 réponses que nous avons reçues ont permis de recueillir des éléments concrets pour étayer les positions que notre lutte syndicale avait à prendre. C'est un outil précieux, et je remercie encore tous ceux qui ont accepté de répondre à cette enquête.

Vous trouverez ici l'approche chiffrée ; le détail des réponses et leur analyse figurent en bonne place dans le Numéro Spécial 158 de Psychiatries, paru en novembre 2012.

Questionnaire

Question 1 - Pouvez-vous expliquer succinctement votre pratique éventuelle de l'urgence en cabinet privé ? Comment s'y manifestent les urgences ? Comment vous rendez-vous disponibles et à quelle charge de travail cela vous engage-t-il ? (temps passé en entretien avec le patient, la famille, les institutions - police, hôpital, pompiers, ambulances, confrères -, embolisation du cabinet et de la salle d'attente... travail en aval, secondaire au moment de l'urgence) Comment donc vous répondez (ou non) aux demandes urgentes ou pressantes des patients et des médecins généralistes ? Pouvez-vous donner une définition de l'urgence en lien concret avec votre pratique de psychiatre privé ?

Question 2 - À votre avis, le psychiatre privé a-t-il à prendre place dans un dispositif :
- de permanence de soins avec disponibilité immédiate
- d'urgence intégrée ou non dans un service de garde ou un « groupement de psychiatres »
- de mise à disposition d'un système de réponse aux urgences géré par le service public ?

Question 3 - Tenant compte des impératifs de votre cabinet, comment envisageriez-vous la place dédiée à une permanence des soins et le mode de rémunération de celle-ci ?

Question 4 - Comment envisagez-vous votre position de psychiatre privé dans le cadre des soins sous contrainte en ambulatoire ?

Question 5 - Craignez-vous que l'obligation de se mettre à disposition pour une permanence des soins et un dispositif d'urgence dans le cadre de la négociation conventionnelle et des ARS soit, à terme, articulé avec le dispositif de soins ambulatoires sous contrainte ? ... ce qui conduirait insidieusement vers une pratique de collaboration allant à l'encontre du combat que nous menons au sein du SNPP contre le texte de loi sur la réforme de la loi de 90 ?

Étude statistique

Question 1

§ Comment vous rendez-vous disponibles et à quelle charge de travail cela vous engage-t-il ? (temps passé en entretien avec le patient, la famille, les institutions - police, hôpital, pompiers, ambulances, confrères -, embolisation du cabinet et de la salle d'attente... travail en aval, secondaire au moment de l'urgence)

Aucune disponibilité : 4
Disponibilité pour patient connu : 18
Disponibilité pour tous : 18

§ Comment donc vous répondez (ou non) aux demandes urgentes ou pressantes des patients et des médecins généralistes ?

Refus de répondre : 5
Réponse aux patients connus : 19
Réponse à tous : 15

§ Pouvez-vous donner une définition de l'urgence en lien concret avec votre pratique de psychiatre privé ? Décompensation, psychoses du post-partum, état maniaque, crises aiguë, risque suicidaire, délire, angoisse sévère, agitation, effets secondaires des psychotropes, adolescent en crise, bouffée délirante aiguë, trauma psychique, passage à l'acte.

Urgences contextuelles : entourage, médecin généraliste, danger, solitude dans la souffrance, paroxysme de souffrance, adresseur, sentiment de danger du patient, hospitalisation à la demande d'un tiers, imminence.

Question 2
À votre avis, le psychiatre privé a-t-il à prendre place dans un dispositif :
§ de permanence de soins avec disponibilité immédiate :

Non : 31
Oui : 7

§ d'urgence intégrée ou non dans un service de garde ou un « groupement de psychiatres »

Non : 19
Oui : 17

§ de mise à disposition d'un système de réponse aux urgences géré par le service public ?

Non : 26
Oui : 9

Question 3
§ Tenant compte des impératifs de votre cabinet, comment envisageriez-vous la place dédiée à une permanence des soins ?

Aucune place : 17
Place dédiée : 15
Sans avis : 8

§ Et le mode de rémunération de celle-ci ?

Non spécifique : 5
Spécifique : 13 (de 1,5 à 6 Cpsy selon les modalités : acte, temps dédié, forfait, astreinte...)

Question 4
Comment envisagez-vous votre position de psychiatre privé dans le cadre des soins sous contrainte en ambulatoire ?

Refus de pratique : 29
Pratique : 10
Sans avis : 1

Question 5
Craignez-vous que l'obligation de se mettre à disposition pour une permanence des soins et un dispositif d'urgence dans le cadre de la négociation conventionnelle et des ARS soit, à terme, articulé avec le dispositif de soins ambulatoires sous contrainte ?... ce qui nous conduirait insidieusement vers une pratique de collaboration allant à l'encontre du combat que nous menons au sein du SNPP contre le texte de loi sur la réforme de la loi de 90 ?

Risque :
Non : 6

Oui : 28
Position de refus : 33

Analyse

Que disent les chiffres :

Question 1
D'une manière générale, les psychiatres privés se rendent disponibles pour l'urgence, quasi systématiquement lorsqu'il s'agit d'un patient connu, mais moins souvent pour le quidam.
Concrètement, cette disponibilité est plus délicate à concevoir, et les psychiatres montrent une certaine ambivalence, craignant d'être embolisés par les urgences.

Quant à une définition de ce que serait l'urgence en psychiatrie, outre les grands syndromes et leurs crises, il est pointé la notion de contexte de crise faisant intervenir une pluralité d'acteurs, l'entourage, le médecin traitant, la société. Ce contexte peut tempérer ou aggraver l'imminence et l'urgence.

On constate que le psychiatre se dit ouvert aux notions d'urgence et de permanence de soins. Il l'est en majorité, mais il craint d'être instrumentalisé par l'impératif de l'urgence. Il craint plus que tout que sa pratique singulière soit altérée et perturbée.

On relève l'insistance pour un suivi attentif, une disponibilité et une permanence des soins avec les patients connus. On constate aussi l'intérêt relatif du lien avec le médecin traitant et d'avoir à l'éclairer. Il semble que le psychiatre psychanalyste pur beurre se fasse plus rare, l'âge aidant. On relève l'attention à interroger l'urgence en tant que telle, à la relativiser, et à en repérer le sens et les motifs.

Question 2
Trois quarts des psychiatres privés refusent massivement la notion de disponibilité immédiate.
Ils prônent en général une disponibilité relative, différée, volontaire, partielle.
45 % des psychiatres qui ont répondu ne seraient pas opposés à l'idée d'un groupement de psychiatres en service de garde. Par contre, 75 % sont opposés à toute participation à un service de garde géré par le service public.
On constate le refus net de mettre à mal les conditions indispensables du colloque singulier et de l'acte psychiatrique par le biais de l'urgence. Le psychiatre privé veut rester maître à bord, choisir sa place et sa disponibilité aux urgences, tout en étant conscient de la nécessaire intrusion de l'urgence dans sa pratique.
Quant au dispositif de réponse à l'urgence, la notion d'autogestion d'une disponibilité n'écarte pas le fait de se regrouper mais refuse toute dépendance à l'égard du service public à qui il est demandé d'assumer sa responsabilité dans le cadre de l'urgence et de la permanence des soins, ce qui n'est pas le cas actuellement.
Enfin, il est noté l'importance de la position du psychiatre privé comme demandeur d'une urgence, en général pour une hospitalisation. Celle-ci s'avère extrêmement problématique.

Question 3
Concernant la place dédiée à la permanence des soins, les psychiatres interrogés affirment qu'ils assurent déjà une permanence efficace et que celle-ci doit, pour le rester, ne pas être entravée ni embolisée par une pression de l'urgence. Moins d'un tiers des psychiatres est favorable à une place dédiée à l'urgence et à la permanence des soins.
Quant au mode de rémunération de l'urgence, les réponses sont rares et floues. Non seulement les psychiatres ne se font pas d'illusion sur la vraie rémunération au temps passé, mais ils insistent aussi sur la nécessité d'une valorisation réelle du Cpsy. Certaines hypothèses sont pour le moins intéressantes, notamment la notion d'astreinte rémunérée au temps passé, à quoi s'ajouteraient les actes effectifs d'urgence.

Question 4
La plupart des psychiatres interrogés restent perplexes et indécis car ils ne connaissent pas les modalités du

projet de loi sur les soins sous contrainte en ambulatoire, loi édictée a posteriori par la loi du 5 juillet 2011. Donc, ils répondent en général par rapport à ce qu'ils connaissent de l'obligation de soin actuelle, face à laquelle ils éprouvent une grande réticence et une défiance.
Trois quarts des psychiatres refusent cette obligation de soins sous contrainte en ambulatoire, mais un tiers des psychiatres pratique déjà dans le cadre de l'obligation de soin.

Question 5
Il ne faut pas se cacher le fait que cette question était délibérément orientée. Elle visait à susciter un esprit critique autant qu'à sensibiliser et à mobiliser les psychiatres. La réponse est unanime : c'est le refus massif d'être instrumentalisé dans une confusion entre permanence des soins, soins sous contrainte, urgence et obligation de soins. Une majorité écrasante des psychiatres interrogés mesure le risque réel de ce piège.
Les réponses à l'enquête dont ne peuvent figurer ici que les données statistiques, montrent par leur richesse d'élaboration, à la fois la position éthique et pragmatique des psychiatres privés ; une position sur laquelle ils ne sont pas prêts de céder. La chose est rassurante et permet de renforcer notre position syndicale de vigilance, de lutte contre des lois liberticides et de veille active et résistante quant à l'organisation d'une permanence des soins lorsqu'elle n'est pensée que verticalement par des autorités qui ne connaissent ni le terrain social ni la singularité de la profession de psychiatre.

Enfin, la richesse de ces réponses constitue une base précieuse pour penser un Référentiel Métier tel qu'il est actuellement en voie de conception au sein de la Fédération Française de Psychiatrie grâce à Jean-Jacques Laboutière.

Le spectre autistique exagère

Alain Gillis

J’avais été invité à intervenir en Octobre dans le cadre des Séminaires Maldiney organisés à Toulouse par l’Université Toulouse – Le Mirail. Je devais y exposer certaines réflexions d’ordre psychologique et phénoménologique concernant mon expérience (passée) de la pratique du Holding et du Packing avec les enfants présentant des troubles autistiques.

Quatre jours avant la date prévue j’apprends par téléphone qu’il y a un problème : le séminaire est supprimé à la demande d’une association opposée au packing… Compte tenu de l’interdiction (non-recommandation) du packing par la HAS, si la conférence était maintenue l’université pourrait être dénoncée auprès du ministère concerné par l’association en question, pour non respect des dispositions légales concernant une pratique interdite. Par ailleurs une « manif » est appelée, via Facebook…

Les autorités de l’Université redoutant d’être sanctionnées par une éventuelle réduction de crédit vont donc annuler la conférence et le débat prévus. Des quelque 15 années de pratique du Holding et des packs avec des enfants, autistes ou non, nous ne pourrons rien dire. Rien de cette expérience ni de sa théorisation ne sera communiqué.

Le phénomène n’est pas nouveau et comme on le sait il a pris naissance dans une critique souvent violente de la pratique de Pierre Delion, dénigré pour avoir osé garder une référence à la psychanalyse tandis qu’il aurait dû mettre en oeuvre des méthodes comportementalistes. Aujourd’hui que la cause est entendue et que nous ne pouvons plus pratiquer le packing, est arrivé le temps du contrôle et de la surveillance. Le packing est un objet très commode, très facile à utiliser pour susciter les fantasmes de maltraitance, il est donc tout désigné pour entretenir la méfiance envers les praticiens qui refusent les simplicités du behaviorisme.

On entend ainsi empêcher qu’une réflexion sur l’autisme, intellectuellement plus ambitieuse, ne se développe plus avant. Une réflexion qui ne serait pas obsédée par la réduction de la pensée et de ses troubles à un

modèle neurologique hâtivement convoqué pour « faire science ». Les propositions des comportementalistes, accordées à une rationalité de surface sont évidemment plus faciles à comprendre et à divulguer… Elles sont donc sans cesse mises en avant pour couper court à la réflexion et aux échanges qui peuvent être présentés comme de fumeuses considérations comparées à un pragmatisme qui se réclame des « Lumières » nouvelles.

Ce qui m'est arrivé à Toulouse arrivera à d'autres. Cet incident permet de mesurer la fragilité des institutions – y compris de l'Université – confrontées à la crainte d'une sanction budgétaire. Il s'ensuit une très sensible restriction de la liberté de penser et de poursuivre l'échange des points de vue, en l'occurrence sur la nature et sur le traitement des troubles autistiques.

Notons pour finir que les recommandations de la HAS peuvent servir à interdire toute réflexion dès lors que l'on choisit de les interpréter de la manière la plus contraignante qui soit. De la non-recommandation à l'interdiction… d'en parler.