



DÉMOCRATIE DÉLIBÉRATIVE, À SUIVRE...

SOMMAIRE

	pages
ÉDITO	1
– Démocratie délibérative, à suivre...	
ABONNEMENT	2
– La Lettre de Psychiatrie Française	
COLLOQUE	3 à 5
24 novembre 2017, à Paris	
Anthropologie et psychiatrie dans la société des affects	
VIE INSTITUTIONNELLE DU SPF	6
– Compte rendu de l'Assemblée Générale du 1 ^{er} avril 2017	
– Rapport Moral 2016 du SPF	7 à 9
ICI OU AILLEURS	10 à 12
– La psychiatrie en République Dominicaine	
DOSSIER	13 à 19
Les 50 Ans du SPF	
– Organisation de la Psychiatrie et la Réforme de son Enseignement	
SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS	20
– Actualités professionnelles	21
– Communiqué du CNPP	
ON EN PARLE	22 à 25
– La thérapie interpersonnelle, une psychothérapie efficace à découvrir	
PAS DE DISCOURS SANS LECTURE	25
– Ouvrages récemment parus	
LIVRES EN IMPRESSIONS	26-27
– Pourquoi je ne suis pas mon cerveau	27
– Enseigner et transmettre	
PSYCHIATRIE FRANÇAISE	28
– Inventaire	
ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE	28
– Bulletin d'adhésion 2017	
PETITES ANNONCES	29
LES CHEMINS DE LA CONNAISSANCE	30-31
– Rencontres et colloques et formations	
APPEL	31
– Colloques en 2018	
À VOS AGENDAS	32
24 novembre 2017, à Paris	
Anthropologie et psychiatrie dans la société des affects	

Nicole KOEHLIN*

50 ans après la naissance de notre syndicat, voici un autre texte à redécouvrir : une « note sur l'organisation de la psychiatrie et la réforme de son enseignement ».

On y lit les réflexions et les propositions faites alors, où il s'agit que « les Pouvoirs Publics et la profession organisée conviennent d'une politique à l'égard de la psychiatrie » (cf. page 13 à 19).

Parmi les questions qui s'ouvrent, dans ce lointain et familier, il y a celle du changement dans notre rapport au politique. On se permettait alors de réfléchir sur l'avenir de la psychiatrie, sur ses relations avec la société, chaque acteur de la psychiatrie se sentait autorisé à avoir une vision d'ensemble... à quoi ? à « projeter » ? « anticiper » ? Je cherche les mots et je les trouve affaiblis, amoindris, tant ils sont désinvestis de politique.

Peut être chaque citoyen pouvait-il s'autoriser à penser la société démocratique ?

Cela allait avec l'élan pour travailler avec les « pouvoirs publics » à changer les lois et l'organisation de la psychiatrie. Cela nous semble ainsi familier car, parmi les propositions, beaucoup ont vu le jour. Le lointain, c'est que nous ne nous autoriserions plus, individuellement et collectivement, à même oser penser changer les dispositifs.

Sans doute sommes nous contraints par un vaste ensemble de procédures, de visions scientistes ; ce qui est analysé de façon si lumineuse par Alain Supiot dans « la gouvernance par les nombres ». Tout concourt au retentissement dans toutes les sphères de la société d'une idéologie de moins en moins consciente à mesure qu'elle envahit le langage. Le normé devient normal et toutes sortes d'instances intermédiaires se mettent entre la base qui réfléchit sur son travail, imagine, invente, et les législateurs.

Un exemple récent : L'HAS a sorti, en février 2017, ses recommandations de bonne pratique sur « isolement et contention en psychiatrie générale » ; cette bonté est lourde de 155 pages de recommandations et commentaires. En regard, l'Art. L. 3222-5-1 de la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé : 3 petits paragraphes qui disent que l'isolement et la contention sont des pratiques de « dernier recours ». Ceci faisait suite au rapport Robillard sur « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », de décembre 2013.

En mars 2016, la contrôleuse des libertés dénonçait des « pratiques centralisées, honteuses et choquantes » (Libération du 31 mars 2016) et s'étonnait que « l'ARS, l'HAS, et les diverses commissions départementales, n'aient rien observé et en tous cas pas réagi ». Paradoxalement la vision de l'HAS serait obscurcie par l'evidence based medicine, son fondement idéologique ? Pour ma part, je crois que le plus efficace serait d'interdire ces pratiques anti-thérapeutiques qui sapent la relation clinique.

En revenant de Thessalonique, d'un séminaire organisé par le CEDEP (Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie), sur les réfugiés et le droit d'asile, je voudrais souligner la vaillance, l'intelligence et l'engagement des grecs, et de nos collègues en particulier, en première ligne face à la déconstruction européenne des lois sur le droit d'asile. Là aussi, tout un fatras de règles « dublinés » se posent, s'interposent. Je demande pardon à mes amis grecs de ce recours à l'Antiquité, mais on peut se prendre à rêver : que ne sommes nous de simples alexandres devant les modernes nœuds gordiens !

* Rédactrice en chef adjointe de La Lettre de Psychiatrie Française.

ABONNEMENT

À NOS « GRACIEUX » LECTEURS

Nous vous rappelons que *La Lettre de Psychiatrie Française* vit essentiellement des abonnements !
Si vous êtes attaché(e) à sa lecture et si vous souhaitez la recevoir régulièrement, **MERCI DE VOUS ABONNER.**

Nous serions également heureux de vous compter parmi nos auteurs.

N'hésitez pas à nous adresser vos propositions d'articles.

BULLETIN D'ABONNEMENT

A retourner à l'Association Française de Psychiatrie : 45, rue Boussingault – 75013 PARIS

TARIF 2017

40 EUROS TTC – France métropolitaine

50 EUROS TTC – Hors métropole

Vos coordonnées :

Raison sociale (Institutions) :

Pour l'Union Européenne, N° de TVA intracommunautaire

Nom* Prénom*

Exercice Professionnel : Libéral Hospitalier Salarié

 @

*

Code postal* Ville*

* 

* Champs obligatoires

Votre commande :

Abonnement à *La Lettre de Psychiatrie Française*

Ces tarifs ne concernent pas les membres de l'AFP et du SPF à jour de cotisation, qui bénéficient d'un tarif préférentiel.

- Je confirme mon abonnement d'un an à *La Lettre de Psychiatrie Française* au tarif (France métropolitaine) de 40 euros TTC.
- Je confirme mon abonnement d'un an à *La Lettre de Psychiatrie Française* au tarif (hors métropole) de 50 euros TTC.
- Je bénéficie, pendant mon abonnement, de trois lignes gratuites pour une petite annonce en format ligne.*
- Je demande un justificatif fiscal.

* Cette offre n'est utilisable qu'une seule fois par année, quel que soit le nombre de petites annonces communiquées à *La Lettre de Psychiatrie Française*.

Votre règlement :

par chèque à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie.

Date :

Cachet - Signature

Pour tout renseignement, merci de contacter l'AFP
45, rue Boussingault – 75013 PARIS

 01 42 71 41 11 –  contact@psychiatrie-francaise.com

COLLOQUE



L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

PROPOSE
un colloque sur le thème

ANTHROPOLOGIE ET PSYCHIATRIE DANS LA SOCIÉTÉ DES AFFECTS

le vendredi 24 novembre 2017
à PARIS

Avec les interventions :

Alain FROMENT (Anthropologue au Musée de l'Homme, Paris)
Yannick JAFFRÉ (Ancien Maître de Conférences à la Faculté de médecine du Mali)
Samuel LÉZÉ (Maître de Conférences en anthropologie sociale à l'ENS Lyon)
Richard RECHTMAN (Directeur d'études à l'EHESS)
Yannis GANSEL (Psychiatre)
Jean-Pierre CAPITAIN (Psychiatre) et Chantal BIWER (Infirmière, Sophrologue)

ARGUMENT

Qu'on l'appelle anthropologie psychiatrique, ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle, la confrontation entre l'anthropologie et la psychiatrie suppose la mise en question d'un certain nombre de notions propres à chacune de ces deux disciplines.

C'est dans cette perspective qu'il nous a paru pertinent d'appliquer ce double regard à l'émergence récente d'une « société des affects » où la notion d'affect occupe une place de plus en plus importante. Pour mieux comprendre cette évolution notable nous sommes tout naturellement conduits à nous interroger sur ce qu'elle représente pour les autres, dans d'autres cultures.

Le « tournant émotionnel » auquel nous assistons comporte en effet un risque qui concerne directement les cliniciens et ceux qui s'intéressent à l'articulation entre psychiatrie, santé mentale et société : celui de l'exaltation d'un individualisme triomphant qui fait passer au second plan l'influence des institutions et des rapports sociaux. Dans ces conditions, comment repenser et articuler les affects des individus avec le poids de détermination des structures ; comment, au-delà, analyser les rapports qu'ils entretiennent avec les variabilités culturelles dans un monde de plus en plus globalisé et métissé.

Afin d'approcher au plus près cet objet d'étude complexe, nous vous proposons de le soumettre à l'approche pluridisciplinaire qui caractérise nos colloques.

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION :

Jean-Yves COZIC, Jean-Louis GRIGUER, Maurice BENSOUSSAN,
Michel BOTBOL, Jean-Pierre CAPITAIN, François KAMMERER

Pour toutes informations complémentaires, merci de nous écrire à l'adresse mail suivante :
secretariat@psychiatrie-francaise.com
ou visiter notre site internet : www.psychiatrie-francaise.com

COLLOQUE

PROGRAMME



ANTHROPOLOGIE ET PSYCHIATRIE DANS LA SOCIÉTÉ DES AFFECTS

le vendredi 24 novembre 2017, à PARIS

8h30 – 9h00 : Accueil des participants

9h00 – 9h15 : **OUVERTURE DE LA JOURNÉE**

Docteur Jean-Yves COZIC (Brest), Président de l'Association Française de Psychiatrie.

MATIN

*sous la Présidence du Docteur **Jean-Louis GRIGUER**,
Secrétaire Général de l'Association Française de Psychiatrie*

9h15 – 9h45 : **Comment nos affects sont devenus des enjeux politiques**

Docteur Richard RECHTMAN (Paris), Anthropologue, Psychiatre des Hôpitaux, Directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

9h45 – 10h00 : Discussion avec la salle

10h00 – 10h30 : **Spectres de Spinoza – Hantologie d'un diagnostic d'époque**

Samuel LÉZÉ (Lyon), Maître de conférences en anthropologie sociale à l'ENS de Lyon et responsable de l'équipe DSM à l'IHRIM-UMR 5317.

10h30 – 10h45 : Discussion avec la salle

10h45 – 11h00 : Pause

11h00 – 11h30 : **De la cranioscopie à la craniométrie : comment le crâne est devenu un objet fétiche en anthropologie**

Docteur Alain FROMENT (Paris), Médecin et anthropologiste, Directeur de Recherche à l'IRD (ancien responsable des collections d'anthropologie du Musée de l'Homme).

11h30 – 11h45 : Discussion avec la salle

11h45 – 12h30 : Discussion avec les intervenants de la matinée

12h30 – 14h00 : Déjeuner libre

APRÈS-MIDI

*sous la Présidence du Professeur **Michel BOTBOL**
Secrétaire Général adjoint de l'Association Française de Psychiatrie*

14h00 – 14h45 : **Subjectivités en situations et inégalité des agencements socio-affectifs**

Yannick JAFFRÉ (Marseille), Anthropologue, Directeur de recherche au CNRS UMI 3189.

14h45 – 15h00 : Discussion avec la salle

15h00 – 15h45 : **La société des affects au prisme des conduites antisociales adolescentes**

Docteur Yannis GANSEL (Lyon), Psychiatre et chercheur en sciences sociales.

15h45 – 16h00 : Discussion avec la salle

16h00 – 16h15 : Pause

16h15 – 17h00 : **Le N'DOEP et la transe**

Docteur Jean-Pierre CAPITAIN (Dijon), Psychiatre.
Chantal BIWER (Dijon), Infirmière, Sophrologue.

17h00 – 17h15 : Discussion avec la salle

17h15 – 17h45 : Discussion avec les intervenants de l'après-midi

17h45 – 18h00 : **CONCLUSION DE LA JOURNÉE**

Docteur François KAMMERER, Vice-Président de l'Association Française de Psychiatrie.

COLLOQUE

BULLETIN D'INSCRIPTION



**ANTHROPOLOGIE ET PSYCHIATRIE
DANS LA SOCIÉTÉ DES AFFECTS**

le vendredi 24 novembre 2017, à PARIS

Bulletin d'inscription à retourner à l'Association Française de Psychiatrie accompagné du chèque correspondant :
45, rue Boussingault – 75013 Paris – secretariat@psychiatrie-francaise.com

Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Pr <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/>	
NOM :	Portable :
Prénom :	
Date de naissance :	Discipline exercée :
Mode d'exercice professionnel :	N° RPPS :
Libéral : <input type="checkbox"/> Salarié : <input type="checkbox"/> Hospitalier : <input type="checkbox"/>	N° Adeli :
Ce Colloque entre dans mon programme de DPC : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
Code postal :	Ville :

s'inscrit au colloque du 24 novembre 2017, à Paris

et règle ses droits d'inscription et ses options selon le tableau ci-dessous (chèque à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie) :

DROITS D'INSCRIPTION	AVANT	APRÈS
	le 24 octobre 2017 (le cachet de la poste faisant foi)	
Tarif Général	80 €	100 €
Membres de l'AFP (cf. bulletin d'adhésion page 28)	50 €	60 €
Étudiants de moins de 30 ans ; internes ; demandeurs d'emploi (sur justificatif)	25 €	40 €
Formation Professionnelle		
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Hors DPC : numéro de déclaration d'activité formateur : 11 75 25040 75 (avec prise en charge de l'employeur pour les salariés) Une convention sera établie entre l'AFP et votre employeur ➢ DPC : (N° agrément 2391) sous réserve de l'accord de l'ANDPC concernant le programme. Nous contacter soit par téléphone 01 42 71 41 11 soit par mail secretariat@psychiatrie-francaise.com • Libéraux et salariés de centre de Santé : Frais de DPC pris en charge par l'ANDPC et indemnisation du participant (si validation des 3 étapes) • Salariés : Ces frais de formation seront pris dans le cadre de la formation professionnelle. Une convention sera établie entre l'AFP et votre employeur 	190 €	210 €
	0 €	0 €
	380 €	380 €
TARIF UNIQUE le jour du Colloque : 150 € (aucune inscription au titre de la formation professionnelle ne sera effectuée sur le lieu du colloque)		

Le 2017

Signature :

INFORMATIONS PRATIQUES

- Compte tenu du nombre limité de places disponibles, ne seront prises en compte que les 200 premières réponses parvenues.
- La réception de la facture vaudra confirmation de l'inscription.
- Les personnes qui auront retourné leur inscription après que la capacité d'accueil maximum aura été atteinte recevront notification que leur inscription ne peut pas être prise en compte.
- Aucun remboursement d'inscription ne sera possible pour tout désistement qui n'aura pas été signalé par lettre recommandée **15 jours avant la date du colloque.**
- **Attention : frais de dossier compris dans le tarif : 30 euros non remboursables.**

LIEU DU COLLOQUE

Salle de conférences de l'AQND, 92, bis boulevard du Montparnasse, 75014 PARIS

RENSEIGNEMENTS

Association Française de Psychiatrie – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS
 01 42 71 41 11 – 01 42 71 36 60 – secretariat@psychiatrie-francaise.com
et aussi sur notre site Internet : www.psychiatrie-francaise.com

VIE INSTITUTIONNELLE DU SPF

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DU SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS DU 1^{ER} AVRIL 2017

L'Assemblée Générale Ordinaire du *Syndicat des Psychiatres Français* s'est tenue le 1^{er} avril 2017 dans les locaux du Syndicat, présidée par le Docteur Maurice BENSOUSSAN, Président du *Syndicat des Psychiatres Français*.
La séance est ouverte par le Dr BENSOUSSAN à 14h15

1. Présentation du rapport moral :

- discussion et vote ;

Le Docteur David SOFFER, Secrétaire Général du SPF, présente au nom du Bureau le Rapport Moral concernant la gestion du conseil syndical depuis la dernière Assemblée Générale, et la situation actuelle du SPF.

(Le texte intégral du Rapport Moral concernant le *Syndicat des Psychiatres Français* figure p. 7 à 9).

Le Rapport Moral est adopté à l'unanimité par l'Assemblée Générale.

2. Présentation du rapport financier :

- discussion et vote ;
- fixation du montant de la cotisation pour 2017 ;

Le Dr Bruno GALLET, Trésorier du SPF, présente les comptes concernant l'exercice 2016.

Le trésorier rappelle que l'*Association Française de Psychiatrie* et le *Syndicat des Psychiatres Français* sont étroitement intriqués en matière d'adhésions ainsi que sur le plan financier.

Quitus est donné au Trésorier pour l'exercice de l'année 2016.

Lors d'un vote à main levée, le rapport financier est adopté par l'Assemblée Générale. L'Assemblée Générale demande que le Conseil Syndicat vote le budget 2017 une fois consolidé.

Il est proposé à l'Assemblée Générale de ne pas augmenter la cotisation pour l'année 2017.

Le Trésorier, le Docteur Bruno GALLET propose un changement d'expert-comptable en raison de l'éloignement du cabinet comptable Asartis. Il propose le cabinet Fico qui a repris la succession du cabinet Ordec et qui nous a fait un devis que nous acceptons sans réserve.

3. Actualités professionnelles de l'ensemble de la psychiatrie :

a. actualités hospitalières,

La discussion reprend autour de l'épineuse question des Groupements Hospitaliers Territoriaux (GHT) qui font craindre une nouvelle diminution des moyens de financement de notre spécialité. L'autre sujet de préoccupation reste celui de la démographie dont l'inflexion de la courbe n'est pas espérée avant 2020.

b. actualités du médico-social,

Le sujet de la démographie est ici repris mais l'occasion est donnée à certains de rappeler que le sujet crucial est surtout celui de l'organisation des soins dans ces établissements, qui modifie parfois de façon radicale la place et le rôle du psychiatre. La diminution des effectifs n'est-elle pas la conséquence d'une disparition souhaitée par certains gestionnaires ? Les sollicitations nombreuses de notre service juridique interrogent sur la stratégie et les politiques des Ressources Humaines des employeurs du médico-social.

c. actualités de l'exercice libéral et de l'hospitalisation privée,

Les principaux axes de discussion ont été largement abordés lors de la présentation du rapport moral.

4. Questions diverses

- Pédopsychiatrie

Le bureau du SPF réaffirme la nécessité de replacer le psychiatre comme prescripteur et coordinateur de soins psychothérapeutiques. Il n'est pas acceptable qu'une expérimentation puisse prévoir la mise en place d'une filière de soins psychothérapeutique qui exclue de facto les psychiatres ou les pédopsychiatres.

La séance est levée par le Dr Maurice BENSOUSSAN à 17h00.

RAPPORT MORAL 2016 DU SPF

David SOFFER*

L'année 2016 a encore une fois été riche et dense sur le front syndical, particulièrement s'agissant de l'exercice libéral.

Elle commence par une présence significative de nos adhérents dans les différentes URPS avec pour certains de nos conseillers des postes importants au niveau des bureaux de ces instances. Cette étape a sans doute renforcé notre visibilité auprès des tutelles. Nous avons été ainsi invités à une rencontre à la CPAM avec Philippe ULMANN et son équipe pour discuter des évolutions possibles de la tarification dans la nouvelle convention. Si nous n'avons pas été la seule spécialité clinique consultée, c'est bien notre seul syndicat qui a été sollicité. Nous avons pu ainsi développer notre point de vue et pour la psychiatrie rappeler quelques principes fondamentaux : la place de la psychiatrie libérale comme spécialité médicale de premier recours ; la place spécifique de la psychiatrie libérale dans le parcours de santé et le parcours de soins du patient et l'importance du maintien de l'accès spécifique partiel. Nous avons réclamé une indispensable valorisation de l'acte en psychiatrie et avons rappelé que les psychiatres restent les médecins libéraux percevant les honoraires les plus faibles parmi l'ensemble des spécialités médicales, médecins généralistes inclus.

Convaincus du rôle et de la responsabilité des psychiatres dans le parcours de soins, soucieux de vouloir améliorer la collaboration entre professionnels, nous avons tenté d'élargir au psychiatre le dispositif des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique sur des indicateurs à préciser et proposé des dispositifs tarifaires particuliers : échange de courriers avec le généraliste, accès à un premier RDV, organisation d'une hospitalisation en urgence, etc.

Nous avons aussi profité de l'occasion pour rappeler avec force notre opposition à la facturation des actes médicaux par les établissements, transformés en salaire souvent aux dépens des psychiatres, dispositif contraire au principe déontologique. La seule visée de ces établissements devient celle de la rentabilité, du profit la visée prioritaire de ces établissements et non la qualité ou la santé des patients.

Il nous semble que seules deux modalités de rémunération sont possibles :

- le salariat, avec un salaire intégré dans le prix de journée et correspondant aux moyens alloués à la structure de soins pour garantir qualité et sécurité des soins ;
- le libéral avec des honoraires perçus et encaissés par le praticien engageant sa responsabilité totale.

Le résultat de ces échanges a été particulièrement décevant puisque aucune de nos propositions n'a été entendue. Nous n'avons pas été associés aux consultations complexes ou très complexes.

La valorisation de l'acte de psychiatrie prévu en juillet 2017 est une bien maigre consolation même si c'est le seul acte tarifaire (avec celui des cardiologues) qui a été valorisé passant de 37 à 39 euros. Si certains se satisfont de cette valorisation, elle nous paraît dérisoire au regard de la décroissance constante que nous avons subie au fil des années écoulées.

Retenons que la consultation sans délai a fait l'objet d'une reconnaissance pour toutes les spécialités et nous engageons nos adhérents à la pratiquer largement : : CNPSY x 1,5 + MPC + MCS = 62,20 euros dès lors que nous recevons un patient sur demande de son généraliste dans un délai de 48 h.

Globalement ces négociations ont permis de nous positionner et de poser les bases de futures discussions. Nous sommes convaincus que la valorisation de la pratique ne passera que par une multiplication des actes. Cette évolution est inévitable et il nous faut nous organiser afin de ne pas être encore distancés par les autres spécialités...

Nous avons continué à participer aux réunions organisées sur l'accès aux soins, les expérimentations en cours (psychothérapies, etc.). Notre position sur le remboursement des psychothérapies pratiquées par les psychothérapeutes inscrits dans les différentes ARS est claire : elle n'est envisageable, que si et seulement si, le psychiatre est positionné comme prescripteur des soins et coordinateur dans le parcours de soins. Nous nous opposons au modèle anglais du counselor, porte d'entrée dans le soin psychique. Il nous paraît essentiel de garantir à nos patients des soins de qualité qui ne sauraient être organisés et supervisés sans les psychiatres.

La place et le rôle du psychiatre libéral dans les nouvelles organisations de soins est un enjeu essentiel de l'action syndicale du SPF. Ces nouveaux parcours se déclineront avec ou sans nous. Notre choix est de ne pas nous y opposer mais d'imposer notre vision d'une psychiatrie de qualité, humaniste et respectueuse du sujet. Notre rôle est de penser, anticiper les complémentarités qui se dessinent sur les territoires à l'image des expérimentations diverses qui s'annoncent.

Grace à notre président nous sommes présents au sein des nouvelles instances professionnelles : Conseil national santé mentale et Comité de pilotage de la psychiatrie.

S'agissant de l'exercice dans la fonction publique, [la loi de modernisation de notre système de santé](#) a été promulguée le 26 janvier 2016.

* Secrétaire Général du SPF.

Deux articles concernent en particulier la psychiatrie : l'article 69 et l'article 107 avec les communautés psychiatriques de territoire et les groupements hospitaliers de territoire.

Cette nouvelle loi ne remet pas en cause la loi HPST, qu'elle complète par ailleurs, en faisant la part belle aux directeurs et aux gestionnaires sous l'égide des ARS.

L'année 2016 s'est donc surtout focalisée sur la mise en place des GHT et sur la rédaction du projet médical partagé prévu au 1^{er} juillet 2017.

Les regroupements hospitaliers, à partir d'un établissement support, le plus souvent les CHU, n'ont abouti qu'à un nombre faible de Groupements Hospitaliers Territoriaux (GHT) spécifiquement psychiatriques, ce qui entretient les craintes pour notre discipline de se retrouver comme variable d'ajustement sauf à sanctuariser équitablement le financement de la psychiatrie et de la santé mentale.

Au final, ces GHT apparaissent plutôt comme des outils de gestion, même si des parcours de soins concernant la santé mentale y sont habituellement maintenus.

L'article 69, s'il évoque une sectorisation versus territorialité, limite cependant le secteur à des prestations de proximité de premier niveau qui s'articulent au « projet territorial de santé mentale » (second niveau).

Ces CPT ont pour vocation à réunir autour d'un contrat et projets territoriaux, l'ensemble des acteurs et établissements exerçant une activité de psychiatrie en y associant les institutions médico-sociales.

Remis le 10 octobre 2016, **le rapport LAFORCADE** a pour objet d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de notre système de santé sur la question de la santé mentale.

Le conseil national de la santé mentale, présidé par A. EHRENBERG, sociologue, chercheur au CNRS, a été installé le même jour, qui veillera à la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social, logement, insertion professionnelle, etc.).

Un comité de pilotage dédié à la psychiatrie et présidé par le Dr Yvan HALIMI, annoncé en même temps s'est réuni pour la première fois le 13 janvier 2017 en lien avec la DGOS.

Il s'agit d'une instance de réflexion, de proposition et de production spécifique à la psychiatrie.

Une quinzaine de thématiques de travail ont été identifiées comme « prioritaires » qui concernent la réduction et l'encadrement du recours aux pratiques d'isolement et de contention, la prise en charge ambulatoire et l'hospitalisation en psychiatrie, la psychiatrie infanto-juvénile en lien avec la protection de l'enfance, la prévention,

la lisibilité, l'accessibilité et la continuité des soins ; ainsi que le financement des établissements de santé.

Les préoccupations actuelles concernent surtout :

- le financement de la psychiatrie publique,
- la question de la démographie,
- la psychiatrie infanto-juvénile.

En ce qui concerne le financement de la psychiatrie publique, on ne peut que constater la constante dégradation du financement de la psychiatrie depuis quelques années et qui s'est aggravée encore en 2016.

La psychiatrie paie, d'une certaine façon l'arrêt des travaux sur la VAP, mais également, pour certains établissements, les effets de la modulation de la DAF sur des critères discutables donnant souvent une prime à l'immobilisme.

La deuxième partie des travaux de la mission pilotée par le Dr Olivier VERAN et publiée récemment, ne recommande pas une réforme globale de modèle de financement, mais suggère de pondérer le système actuel en fonction des besoins épidémiologiques de la population et des données médico-économiques, en vue de réduire les inégalités de financement. Ce rapport est déjà critiqué par l'ensemble des syndicats.

La démographie des psychiatres reste très inquiétante avec une augmentation du taux de vacances statutaires qui persistent en psychiatrie par rapport aux autres spécialités et disciplines médicales avec un scénario de remontée qui n'est pas assuré pour 2022.

Près de 90 % des psychiatres publics exercent à temps plein avec un taux de féminisation à 55 %. L'âge moyen des psychiatres en 2016 est de 51 ans.

On ne sait pas dans un tel contexte si les mesures d'attractivité annoncées par le ministre, en période pré-électorales, permettront une réelle inversion d'une courbe qui reste descendante par rapport aux autres spécialités médicales (prime d'engagement, prolongation d'activité...).

La psychiatrie infanto-juvénile est également touchée par cette crise démographique à laquelle s'ajoute une disqualification dangereuse et notamment dans le domaine de l'autisme.

Des mesures seraient prévues dans le plan autisme 4 qui restent à étudier dans le détail mais qui nécessiteront une adaptation des formations, des références pluri-théoriques et une meilleure coopération avec les autres professionnels œuvrant dans ce champ.

Le SPF et le SPH soutiennent l'amélioration de l'offre d'accueil dans le respect des besoins des autres problématiques de l'enfance.

Pour conclure cette année difficile, nous voulons insister sur la particulière fragilité de la psychiatrie quel que soit son mode d'exercice.

La psychiatrie publique ploie sous un jong administratif triomphant où la place du psychiatre est de plus en plus remise en cause. Nous ne parlerons pas de déprofessionnalisation pour insister seulement sur la nécessité de se recentrer sur nos fondamentaux ce qui nécessitera, malgré tout, à terme, une refondation de notre discipline.

Le Bureau du *SPF* a constaté avec plaisir une augmentation de 15 % de nouveaux adhérents. Nous

espérons que cette tendance se confirmera et que nos réunions, conseils syndicaux et Assemblée Générales retrouveront l'affluence des années passées ! Nos efforts pour répondre aux attentes des confrères adhérents n'ont cessé au cours de l'année. En effet, particulièrement lorsqu'ils sont salariés ou exerçant pour des groupes de cliniques privées, nous avons pu constater comme ils se heurtaient à l'absence de scrupules des uns et des autres. Nous reformulons une fois encore notre message de prudence à l'endroit de ceux et celles qui tenteront de s'y aventurer. La lecture plus qu'attente des contrats d'exercice est une nécessité. Nous pouvons aider nos adhérents dans cet exercice spécifique.



AVIS aux AUTEURS

Pour rester vivante et en prise avec le « réel » *La Lettre de Psychiatrie Française* a besoin de vos textes sur les sujets qui vous préoccupent et pour lesquels vous avez besoin de partager vos réflexions.

Nous vous invitons, à nous adresser vos propositions d'articles en vue d'une éventuelle publication dans notre journal. Tous les articles sont soumis au Comité de Rédaction, qui se réserve le droit de les accepter ou de les refuser.

Votre texte doit contenir entre 5 000 et 15 000 signes espaces compris (1 à 3 pages) et nous parvenir **avant le 1^{er} septembre 2017** pour une parution dans le N° 250 de *LLPF* et **avant le 6 octobre 2017** pour le N° 251 de *LLPF*.

Le Comité de Rédaction

Pensez à vous inscrire à notre colloque :

➤ du 24 novembre 2017, à Paris
– sur **Anthropologie et psychiatrie dans la société des affects**

ICI OU AILLEURS

LA PSYCHIATRIE EN RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

Georges
ARCHAMBAULT*

La République Dominicaine, bien connue de nos compatriotes pour ses clubs de vacances, son soleil, ses plages en bordure d'une mer paradisiaque, l'est beaucoup moins pour l'organisation des soins, en particulier psychiatriques, même par les spécialistes français.

La raison en est que ce pays hispanophone entretient des liens privilégiés avec l'Espagne et les autres pays sud-américains, mais aussi les États-Unis sur le plan scientifique et au niveau de la formation universitaire et de la recherche.

Il nous a paru, à l'occasion d'un voyage assez long dans ce pays pour des raisons personnelles, d'essayer d'en savoir plus sur la pratique psychiatrique, afin de la faire découvrir par les collègues français et francophones (après tout, les Antilles françaises et la Guyane ne sont pas si éloignées).

Ceci pour donner envie d'établir des échanges sur le plan scientifique, au niveau de nos pratiques et peut-être de développer des recherches communes avec les collègues de ce pays.

Pourquoi, ne pas proposer à certains de venir découvrir les pratiques en France.

Après une petite partie historique, nous parlerons de l'organisation actuelle des soins, des thérapeutiques et de la formation des professionnels.

HISTORIQUE

1. L'ÉPOQUE COLONIALE

– La forteresse Ozama, dominant le port et le Rio-Ozama, située dans la cité coloniale de Saint-Domingue, construite quelques années après l'arrivée de Christophe Colomb, donc dans les années 1500, aurait accueilli dans les temps anciens des malades, en particulier dans sa Tour Olendale.

– Ce rôle aurait été ensuite assuré par le couvent San Francisco (ruinas), lui aussi situé dans la ville coloniale, jusqu'au début du 20^{ème} siècle. Cet édifice de Saint-Domingue, actuellement en ruines a subi les assauts de l'histoire (Guerres menées par Sir Francis Drake, tremblements de terre).

– Ces 2 édifices se visitent toujours de nos jours. Notons que chaque dimanche soir se déroule une fête musicale appréciée de tous, dominicains et touristes, en contrebas des ruines de San Francisco.

* Psychiatre et praticien des hôpitaux. Hôpital Maison Blanche (Paris), secteur 75G22.

2. VINGTIÈME SIÈCLE

– Il est avant tout marqué par la construction de l'« hospital psycquiatico » Padre Billini, situé à une vingtaine de km au nord de Saint-Domingue, à proximité de l'actuelle « autopista Duarte », autoroute qui dessert le nord du pays (en particulier la grande ville de Santiago de Los Caballeros).

– La prison de Nigua, située à l'ouest de Saint-Domingue, a accueilli des malades dans les années 40, mais on peut se demander de quels types de soins ils bénéficiaient ! En effet, surtout à la fin de la période du gouvernement du Général Trujillo les divers opposants au régime se trouvaient détenus dans cet établissement, ainsi qu'à Padre Billini.

– Une autre date notable fut l'arrivée après la révolution espagnole de 1936 de médecins fuyant le régime du Général Franco. Notons à ce sujet que d'autres psychiatres espagnols ont trouvé refuge en France à cette même époque et ont été à l'origine de courants originaux (Dr F. Tosquelles, Dr H. Torrubia).

Nous pouvons citer les noms du Dr Roman Duran et du Dr Paullan De Los Rios. Le premier est parti rapidement aux USA, fuyant le régime du Président Trujillo. Ceci dans les années 1940.

– Un autre nom important est celui du Dr Antonio Sadllul el Mundeles, qui a écrit un ouvrage majeur.

– À la fin de la période du gouvernement Trujillo, dans les années 1960, les psychiatres dominicains bénéficiaient d'une formation éclectique : pour beaucoup en Espagne, mais aussi en Argentine, aux USA, et quelques-uns en France.

- Leur formation se faisait dans le cadre de l'Université de Saint-Domingue (Universita Autonoma Santo Domingo, UASD).

- La première promotion de psychiatres formés exclusivement en République Dominicaine date de 1978.

- La Société Dominicaine de Psychiatrie se détacha en 1973 de la Société Dominicaine de Neuro-Psychiatrie. On trouve de très intéressants renseignements sur son site (Sociedad Dominicana de Psiquiatria www.sociedaddominicana.depsiquiatria.com).

- Dernièrement, en 2016, les premiers pédopsychiatres formés en République Dominicaine ont reçu leur diplôme à l'Université Autonome de Saint-Domingue.

B. ORGANISATION DES SOINS, FORMATION

1. ORGANISATION ACTUELLE DE LA PSYCHIATRIE EN RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

- Jusqu'à une date récente les deux établissements les plus importants étaient l'hôpital Padre Billini et une unité de psychiatrie dans un hôpital public de Santiago.
- Il semble que la réforme de la santé mentale dans le pays entreprise depuis 1992 sur le modèle italien de Trieste, s'appuyant sur la déclaration de Caracas de l'OMS (cf. p. 12), ait fait évoluer le modèle traditionnel de l'hôpital psychiatrique.
- Ainsi sont créés des « granges » ou fermes thérapeutiques dont l'objectif est la réhabilitation psycho-sociale et le retour dans la famille. Ces structures accueillent également des personnes présentant des addictions. L'hôpital Padre Billini de Saint-Domingue a donc été fermé en tant que tel.
- Il y a dans cette structure 60 chambres avec 2 lits par chambre.
- Il existe aussi des cliniques privées où il est possible d'accueillir des personnes « sous contrainte ».
- Également dans les années 1980, ont été créées dans certains hôpitaux publics des Unités de crise avec des lits. Il y a cinq unités de ce type à Saint-Domingue, (l'une par exemple à l'hôpital traumatologique « Dario-Contreras »), ainsi qu'une unité infanto-juvénile à l'hôpital Santo Soccoro.
- L'objectif étant de créer 40 lits de crise dans le « District National », (que l'on pourrait appeler le « Grand Saint-Domingue »).
- Des unités de psychiatrie ambulatoire fonctionnent depuis les années 80 également dans les principaux hôpitaux publics du pays (Saint-Domingue, Santiago, San Francisco de Macoris...).
- Ces unités de crise orienteraient les patients vers des « Unités d'attention Primaire » de quartier, sortes de services médicaux publics de proximité (dispensaires ?) ou exercent des médecins et des soignants.
- Une unité d'addictologie existe à l'hôpital Moscoso Puello (St-Domingue).
- Tout ce système se met peu à peu en place.

2. FORMATION, SOINS

A. Formation des soignants

- Il n'y a pas de formation spécifique d'infirmiers en psychiatrie, la formation se fait au sein des structures de soins (formation continue en leur sein ? compagnonnage ?).

- Les visites à domicile des patients et de leur famille sont assurées par des travailleurs sociaux, mais en pratique, il y en a peu.
- L'Université Autonome de Saint-Domingue (UASD), comme nous l'avons vu assure la formation des médecins et psychologues.

B. Législation

- Les premières réformes datent de 1992 (loi de santé mentale). Elles se poursuivent toujours de nos jours.
- L'hospitalisation est décidée par le médecin, mais la famille peut s'opposer à celle-ci. Dans ces conditions, le patient sort. Il semblerait qu'il puisse y avoir des soins sous contrainte (conditions à préciser).

C. Les soins

- Thérapeutiques employées : outre les thérapeutiques médicamenteuses classiques que nous connaissons, les psychothérapies sont utilisées (plutôt de type TCC).

Notons que les médicaments sont donnés gratuitement dans les centres de crise et de réhabilitation, mais qu'ils sont payants après la sortie de celles-ci. Les personnes doivent pouvoir avoir recours à des systèmes d'assurance parfois onéreux.

Enfin, les psychothérapies familiales sont développées (école de Palo-Alto, Minuchin). On notera que l'UASD assure une formation à la psychothérapie familiale.

- La réhabilitation psycho-sociale est au centre du dispositif associée à un travail avec les familles.

D. Démographie médicale

- Il y a environ 320 médecins psychiatres dans le pays pour environ 10 millions d'habitants, ce qui paraît une relative bonne proportion. Mais ceux-ci sont inégalement répartis, puisqu'ils exercent dans les plus grandes villes. Leur exercice est pour la plupart partagé entre public et privé.

CONCLUSION

Si l'apparition des soins est très ancienne, débutant au début de la colonisation espagnole, ceux-ci se sont vraiment développés un peu avant la 2^{ème} guerre mondiale, mais surtout dans les années 60.

Il n'y a que peu d'éléments sur ce que ce qui se passait auparavant.

La médecine traditionnelle devait avoir une grande place, il est possible qu'elle l'ait encore, puisque des régions sont très peu médicalisées, que l'accès aux soins est payant (les assurances privées sont onéreuses).

Nous avons pu constater par nous-mêmes, dans les montagnes de la province de Barahona (Sud-Ouest du pays), l'utilisation de plantes médicinales nombreuses.

Les pratiques magiques sont-elles encore utilisées ? (présence du vaudou).

Tout ceci serait à explorer, mais dépasse le cadre de cette étude.

Enfin, depuis plus d'une vingtaine d'années, avec la loi, se mettent en place peu à peu de nouvelles structures de soins et de réhabilitation.

Les hospitalisations sont brèves (période de crise) suivies de prises en charge ambulatoires s'appuyant sur les familles et de techniques de réhabilitations psychosociales.

Enfin, il semble que ce pays est confronté à d'autres problèmes de santé publique : maladies infectieuses (HIV, centre épidémie de Zika et de chikungunya), problèmes de malnutrition, cancers, accidentologie routière, grossesses précoces parfois à risque, prévention en ce qui concerne vaccins, maladies infectieuses, contraception.

Et donc des problèmes de budget sont évidemment présents.

Cependant, les collègues semblent bien organisés (la société Dominicaine de Psychiatrie est active), se forment dans leur pays, et entretiennent des liens avec les Universités d'Amérique latine et du nord, ainsi que l'Espagne.

Cet écrit a pu être réalisé lors d'une rencontre fort instructive avec le Dr Pablo Pascual Baez, exerçant à « l'Instituto Medicopsicologico de Atencion a la Familia » de Saint-Domingue en janvier 2017.

Je tiens à le remercier du temps qu'il m'a accordé et pour la qualité des échanges que nous avons eu.

Encadré 3.3 Déclaration de Caracas¹

Les législateurs, associations, autorités sanitaires, spécialistes de la santé mentale et juristes réunis à l'occasion de la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine dans le cadre du modèle des systèmes locaux de santé, ...

DÉCLARENT

1. Que la restructuration des soins psychiatriques sur la base des soins de santé primaires et dans le cadre du modèle des systèmes locaux de santé permet de faire prévaloir des modèles de remplacement axés sur la communauté et intégrés dans les réseaux sociaux et sanitaires.
 2. Que la restructuration des soins psychiatriques dans la Région implique une révision critique du rôle hégémonique et centralisateur de l'hôpital psychiatrique dans la dispensation des services de santé mentale.
 3. Que les ressources, les soins et le traitement dispensés doivent :
 - a) préserver impérativement la dignité de la personne ainsi que les droits de l'homme et les droits civils;
 - b) être fondés sur des critères rationnels et techniquement appropriés;
 - c) viser à ce que le malade reste dans son milieu communautaire.
 4. Que les législations nationales doivent être reformulées, le cas échéant, de façon à :
 - a) garantir le respect des droits de l'homme et des droits civils des malades mentaux;
 - b) faciliter l'organisation de services qui garantissent leur application.
 5. Que la formation des ressources humaines en santé mentale et en soins psychiatriques doit utiliser un modèle axé sur le centre de santé communautaire et favorisant l'internement psychiatrique dans des hôpitaux généraux, conformément aux principes directeurs sur lesquels est fondée cette restructuration.
 6. Que les organisations, associations et autres participants à la Conférence s'engagent conjointement et solidairement à soutenir et mettre en œuvre dans les pays des programmes favorisant la restructuration requise, ainsi qu'à surveiller et défendre les droits de l'homme des malades mentaux, conformément aux législations nationales et aux accords internationaux pertinents.
- A cette fin, ils demandent aux ministères de la santé, aux ministères de la justice, aux parlements, aux organismes de sécurité sociale et autres institutions dispensant des soins de santé, aux organisations professionnelles, aux associations de consommateurs, aux universités ou autres centres de formation ainsi qu'aux médias de soutenir la restructuration des soins psychiatriques aux fins d'en assurer la réussite au profit des populations de la Région.

¹ Extrait du texte adopté le 14 novembre 1990 par la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine, organisée à Caracas (Venezuela) par l'Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. , 1991, 42(2) : 361-363.

DOSSIER

Il y a 50 Ans...

SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

Secrétaire général : Dr Ch. BRISSET – Ville d'Avray

NOTE SUR L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE ET LA RÉFORME DE SON ENSEIGNEMENT

Il est impossible de dissocier pour la psychiatrie le domaine de l'Enseignement de celui de l'organisation des soins. Les travaux du Livre Blanc de la Psychiatrie Française (1964-1967) ont montré en effet que la psychiatrie ne peut être considérée comme les autres spécialités de la médecine. On trouvera dans ce texte quelques commentaires sur ce sujet. La formation du psychiatre requiert un long apprentissage pratique, comportant des responsabilités contrôlées de diagnostic et de traitement. Or, cette formation est actuellement assurée presque uniquement par les lieux et les personnes qui n'en sont pas officiellement chargés. Ces lieux (hôpitaux psychiatriques) et ces personnes (médecins des hôpitaux psychiatriques et psychiatres privés) demandent qu'on organise en France la psychiatrie moderne. Une réforme doit donc permettre à la fois de réorganiser l'appareil des soins, en lui fournissant un renfort d'encadrement et d'organiser un enseignement à base clinique.

1 – LES BESOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE

Les besoins psychiatriques, en France, ne sont pas couverts par l'organisation de cette discipline.

La demande psychiatrique, en France comme dans tous les pays développés, est en expansion rapide : besoins croissants, dans le public, d'aide psychologique et psychiatrique ; demande croissant de formation chez les étudiants ; appel croissant des médecins aux psychiatres et aux psychanalystes pour l'exercice de leur métier. Ces faits qui tiennent à l'évolution propre de la psychiatrie, d'une part, et de la médecine, d'autre part, expliquent l'évolution rapide du nombre des psychiatres dans les grands pays et leur participation de plus en plus notable à l'organisation générale de la santé. On a pu parler de « révolution psychiatrique » dans plusieurs pays pour indiquer à la fois la révolution qui a secoué la psychiatrie sortant de son isolement et consciente de ses possibilités, et la révolution qui affecte la médecine à l'égard des problèmes psychologiques dont témoignent les mouvements psychosomatiques, les recherches sur la relation malade-médecin, l'apparition de la psychiatrie et de la psychanalyse dans les services hospitaliers, et l'implantation de services ou de consultations un peu partout dans la Cité. Une enquête chez les étudiants estime que 30 % d'entre eux ont besoin des services d'aide psychologique. Plusieurs estimations concordantes d'enquêtes chez les médecins généralistes aboutissent à des chiffres de 50 % en moyenne de problèmes psychologiques ou psychiatriques mêlés à la pathologie générale. Il résulte de ces faits, dans notre pays, que les besoins psychiatriques ne sont pas couverts par des réponses adéquates. La demande est à un niveau élevé et nous sommes trop peu nombreux et mal organisés. Des urgences psychiatriques – dont l'actualité des faits divers se fait souvent l'écho – restent sans réponse, faute de psychiatres et de moyens de soins. Le budget de la santé mentale est mal ordonnancé, faute de psychiatres et faute d'une armature de soins adaptés aux besoins et aux possibilités actuelles. Lorsqu'un psychiatre, dans un service, est chargé de plusieurs centaines de cas. La collectivité ne dépense pas correctement son budget, car il est évident que le rendement thérapeutique sera faible. L'appel au psychiatre est difficile. Les rendez-vous se donnent à plusieurs semaines dans les consultations de ville, dans les dispensaires et consultations. En définitive, notre pays souffre d'une carence dans la prise en charge psychologique et psychiatrique.

2 – CARENCE DU NOMBRE DES PSYCHIATRES

La carence du nombre porte sur le domaine privé comme sur le domaine public. Voici l'évolution des chiffres de neuro-psychiatres qualifiés au cours des dernières années en France (d'après les bulletins de l'Ordre) :

FRANCE	Évolution du nombre des Neuro-psychiatres qualifiés		
1952	666	Neuro-psychiatres	qualifiés
1956	991	"	"
1960	1.210	"	"
1964	1.300	"	"
1965	1.492	"	"
1966	1.390	"	"
1967	1.458	"	"

DOSSIER

Il y a 50 Ans...

On voit que le nombre des neuro-psychiatres en France, après avoir doublé en quelques années, reste stagnant depuis 1965. Or, nous avons besoin de 4.000 psychiatres si nous voulons faire face à la tâche que la situation nous impose. Ce chiffre résulte des travaux du Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Il nous apparaît comme nécessaire de chercher à l'atteindre en dix ans, ce qui nous permettrait à cette date (1978) d'atteindre la proportion de psychiatres par 100.000 habitants déjà atteinte en 1962 par l'URSS, en 1964 par les USA, en 1968-70 par le Canada.

Pays	Population (millions hab.)	Nombre de psychiatres	Proportion pour 100.000 hab.
France	50 m.	1.550	3,1
Angleterre et Galles (1965)	45,6 m.	1.524	3,3
Suède (1960)	7 m.	251	3,6
USA (1960)	179 m.	13.561	7,5
(1965)	200 m.	18.740	9,4
Canada (1966)	20 m.	1.200	6
URSS (1962)	225 m.		8,7

Évolution du nombre des Psychiatres aux USA		
1931	=	1.401
1940	=	2.400
1949	=	4.720
1957	=	8.172
1960	=	13.561
1964	=	16.863
1965	=	18.740

Dans le domaine de la psychiatrie publique, les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques considèrent que l'équipement de leurs services, tel qu'ils l'envisagent dans l'esprit d'une organisation dite « sectorielle », justifie pour 1978 une estimation d'environ 1.500 médecins à temps plein. Cette progression considérable est amorcée par l'évolution de leur nombre.

FRANCE	Médecins du cadre des Hôpitaux Psychiatriques
1952	119 médecins des HP
1956	565 " " "

On voit donc que le nombre des psychiatres **de tous ordres** doit être rapidement développé pour que l'équipement de notre pays en hommes responsables atteigne un niveau décent. Il est entendu que l'équipement des services publics doit comporter un chiffre important de psychiatres à **temps partiel**, c'est-à-dire en psychiatres de pratique privée collaborant aux services diversifiés d'une psychiatrie publique entièrement à refondre. (Cf. les rapports du Livre Blanc.) Encore faut-il que tous les psychiatres soient bien formés, et nous touchons donc ici pour la première fois la connexité des domaines de l'équipement et de celui de l'enseignement.

3 – CARENCE DE L'ÉQUIPEMENT EN LIEUX DE SOINS

L'appareil psychiatrique hospitalier de la France comporte :

- a) – essentiellement 120.000 lits dans les hôpitaux psychiatriques publics ;

DOSSIER

Il y a 50 Ans...

- b) – environ 10.000 lits dans les cliniques privées spécialisées (adultes, adolescents et enfants – on compte environ 6.000 lits pour adultes) ;
- c) – environ 2.000 à 2.500 lits dans les hôpitaux généraux ;
- d) – pour mémoire, quelques moyens de soins intensifs extrahospitaliers doivent être mentionnés, surtout pour indiquer que leur développement devrait être considérable, comme il sera dit plus loin dans nos propositions. Aucun équipement hospitalier ne sera convenable sans ces moyens de soins implantés dans la Cité.

Au total, on peut donc estimer à 129.000 places environ l'ensemble des moyens de soins psychiatriques intensifs pour adultes en France. Ce chiffre – qui indique la place très importante de la psychiatrie dans l'armature hospitalière globale de notre pays, il représente à peu près le tiers de l'hospitalisation globale – ne doit pas faire illusion. Il masque la réalité la plus grave de notre sous-équipement.

Dans le domaine quantitatif, les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont de 3 lits psychiatriques pour 1.000 habitants, ce qui donne une estimation de 150.000 lits pour la France. Le déficit quantitatif global apparaîtrait donc de 21.000 lits.

Mais c'est dans le domaine qualitatif que notre retard est surtout énorme. La masse de notre équipement est en effet représentée par les 120.000 lits des hôpitaux psychiatriques. Or ces hôpitaux ne parviennent pas, malgré beaucoup d'efforts de l'administration et de leurs cadres, à se dégager des vices de conception qu'ils tiennent du XIX^{ème} siècle. Construits pour la ségrégation des malades mentaux, ils demeurent, malgré le changement de leur titre, des « asiles d'aliénés », implantés loin des villes le plus souvent, constitués en énormes unités d'une architecture concentrationnaire. Certes, nous savons quels efforts nos collègues des hôpitaux psychiatriques ont faits et font pour transformer les lieux et les conditions de leur travail. Il existe heureusement un nombre croissant de services modernisés et bien équipés, mais trop souvent, la pénurie de personnel médical et infirmier stérilise les meilleurs efforts. Dans un hôpital implanté en pleine campagne, le médecin hospitalier est souvent isolé devant sa tâche, car il lui est impossible de recruter des collaborateurs qui sont dans les grands centres. Trop souvent, les services d'immenses hôpitaux de plusieurs milliers de malades sont **surencombrés** et **sous-équipés**. Surencombrés, puisque les experts de l'OMS estiment à 200 malades la population maxima d'un service, alors que trop des nôtres en comptent souvent de 5 à 600. Sous-équipés, car le manque de locaux (pour les occupations et réunions) et surtout le manque de personnel (médecins, psychothérapeutes, auxiliaires divers) créent des conditions thérapeutiques incomplètes ou insuffisantes. Des carrières non attrayantes, des conditions de travail médiocres, l'éloignement des centres urbains, contribuent à la pénurie du personnel, en quantité comme en qualité.

Il faut compléter ces données par la constatation de l'absence presque absolue de moyens de soins extrahospitaliers pour les équipes soignantes : les malades sortis de l'hôpital ont besoin d'être suivis ; d'autres pourraient en sortir s'ils étaient, pendant un temps, « accompagnés » dans leur réintégration sociale. Hôpitaux de jour et hôpitaux de nuit, ateliers protégés, centres de cures ambulatoires, de réadaptation et de prophylaxie, tels sont les outils indispensables de la psychiatrie moderne et que réclament nos cadres hospitaliers. Tous ces établissements permettraient d'ailleurs – ce qui atténue le coût final des opérations, de diminuer le nombre de lits prévus pour l'hospitalisation proprement dit, comme le montre l'exemple du XIX^{ème} arrondissement de Paris et de nombreux exemples à l'étranger. Nous ne donnerons ici qu'un exemple : de 1944 à 1954, les hôpitaux psychiatriques aux États-Unis ont enregistré une augmentation de 21 % des malades hospitalisés. Mais dans la décennie suivante, 1954-1964, il y eut une réduction de 15 % dans le total des lits d'hôpitaux psychiatriques, cependant que la population du pays était en croissance rapide. L'Angleterre a aussi réduit le nombre de ses lits psychiatriques. Ces chiffres montrent que les perspectives de l'hospitalisation ne peuvent être appréciées uniquement en quantités. La qualité des structures et des hommes en charge importe autant que les dépenses d'équipement et, dans une certaine mesure, les atténue.

Au total, on voit que le problème de l'hospitalisation demande à être repensé dans son ensemble et qu'il ne peut être résolu sans de profondes réformes de structure.

Encore n'avons-nous parlé jusqu'ici que des adultes. Pour la psychiatrie d'enfants et d'adolescents, dont le développement est plus récent et les besoins par conséquent encore plus grands (mais la carence, plus explicable en ce domaine, doit permettre de mettre en place des structures adaptées aux problèmes), les estimations des IX^{ème} et V^{ème} Plans sont les suivantes :

DOSSIER

Il y a 50 Ans...

SITUATION À LA FIN DU IV ^{ÈME} PLAN					
	Débiles légers simples	Débiles légers avec troubles associés	Débiles moyens	Débiles profonds	Arriérés profonds
BESOINS estimés	293.400	57.340	119.000	92.260	30.000
ÉQUIPEMENT à la fin du IV^{ÈME} plan	54.878	12.984	20.248	13.436	0
DÉFICIT	238.522	44.356	98.752	78.824	30.000
PRÉVISIONS DU V ^{ÈME} PLAN : 17 % de créations, sur les chiffres de la fin du IV ^{ÈME} Plan					

Mais ces données numériques ne font apparaître d'une partie du problème de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. D'une part, il faut critiquer les classifications sur lesquelles reposent de telles estimations parce qu'elles risquent de confondre sous le nom de « débiles » des enfants dont le diagnostic n'a pas toujours été correctement posé, faute de psychiatres d'enfants ; d'autre part, l'importance de la psychiatrie des enfants ou des adolescents est immense dans le domaine de troubles très fréquents et très fréquemment curables s'ils sont abordés judicieusement : crises de développement, retentissement des conflits familiaux, inadaptations scolaires, prédélinquance, etc. Le champ de cette discipline est considérable, et sa portée sur la santé physique et morale de la population est littéralement inestimable.

4 – LES PROBLÈMES DE L'ENSEIGNEMENT

Les travaux du Livre Blanc ont estimé à 4.000 le nombre des psychiatres dont la France aurait, à l'heure actuelle, besoin. En regard de ce chiffre, il faut placer d'une part, le nombre actuel des psychiatres – qu'une étude sérieuse de notre Syndicat fixe à 1.500/1.600 – et le nombre de psychiatres que les filières actuelles sont capables de former. Un dénombrement de leurs ressources (Livre Blanc, Tome II, p. 236) fixe le résultat des filières universitaires marchant à plein rendement à un maximum de 140/150 nouveaux psychiatres par an, estimation probablement optimiste. Si l'on tient compte de ce chiffre, on voit qu'en dix ans nous obtiendrons 1.400 à 1.500 nouveaux psychiatres, ce qui ne permet même pas de doubler le nombre actuel, dont il faudrait défalquer les retraités et les décédés. Pour qu'en dix ans le chiffre de 4.000 soit atteint, c'est 300 à 400 nouveaux psychiatres par an qu'il faut postuler.

L'ÉCHEC DU SYSTÈME

Il convient donc de constater l'insuffisance des filières de formation et de l'expliquer, avant de lui chercher des remèdes. Le Livre Blanc permet de comprendre cet échec. On peut enregistrer :

- que la qualification des psychiatres, après avoir été remise par la loi organique de 1948 aux mains du Conseil de l'Ordre, s'est trouvée détenue en fait par les Facultés de Médecine qui délivrent, pour chacune des spécialités reconnues, un enseignement couronné par un Diplôme ou CES (Certificat d'Études de la Spécialité) ;
- que la qualification des psychiatres, après avoir été de 1948 à 1952 une qualification de Psychiatrie, est devenue depuis 1952 une qualification de Neuro-Psychiatrie. Cela a entraîné le CES à devenir naturellement neuro-psychiatrique, c'est-à-dire que les Facultés ont organisé un enseignement conjoint de la Neurologie et de la Psychiatrie, et, corrélativement, les épreuves terminales portant sur les deux disciplines, à parité ;
- que le fonctionnement des Facultés françaises à l'égard du CES de psychiatrie s'est montré disparate (mais d'un rendement toujours faible) : à Paris, 30 inscrits par an de 1958 à 1964 en 3^{ème} année du CES ; à Lyon, 13 par an (moyenne de 1951 à 1964) ; à Strasbourg, 6,4 par an ; à Toulouse, 2,4. Le taux de sélection est des plus variables : 15 % à Paris et 90 % à Toulouse⁽¹⁾. Si l'on regarde de près le fonctionnement du CES à Paris, on constate qu'en 7 années, l'examen du CES aboutit à une moyenne de 5 qualifiés par an (34 en 7 ans) sur 30 inscrits (85 % d'échecs), pour un effort d'enseignement de trois années mobilisant chaque année une cinquantaine d'enseignants.

⁽¹⁾ Nous savons que la situation n'est pas comparable d'une Faculté à l'autre, pour des raisons multiples. C'est à Paris qu'elle est la plus mauvaise. Mais Paris a toujours formé plus de la moitié des psychiatres français. Et le disparate de ces chiffres, d'une Faculté à l'autre, montre bien l'incohérence du système.

DOSSIER

Il y a 50 Ans...

Ces chiffres permettent de dire que cette formule d'enseignement qui fonctionne – semble-t-il à la satisfaction générale pour les autres spécialités médicales – est un complet et coûteux échec en ce qui concerne notre discipline.

S'il y a cependant un nombre plus grand de nouveaux psychiatres que les résultats du CES ne l'indiqueraient, pendant les quinze années du fonctionnement de cette réglementation, c'est à cause des **équivalences** prévues par les textes, qui permettent aux internes des Hôpitaux Généraux, puis, tout récemment, aux internes des Hôpitaux Psychiatriques, **d'échapper** à la procédure de qualification par le CES – c'est-à-dire par les Facultés⁽²⁾, c'est-à-dire au système officiellement prévu pour la formation.

LES RAISONS DE L'ÉCHEC

Les textes du Livre Blanc permettent de comprendre les difficultés de la formation psychiatrique et l'échec du système universitaire actuel.

- 1 – La formation du psychiatre ne peut **s'acquérir** comme un **Savoir** tout fait et tout prêt, dans des cours, des livres ou des stages. Elle est fondamentalement une formation à l'expérience clinique et psychothérapique. Ce n'est que par une référence constante à cette expérience personnelle que le Savoir psychiatrique peut prendre sens et apporter au clinicien une aide pour sa pratique.
- 2 – Or, il se trouve que les centres universitaires ne disposent ni de services hospitaliers suffisants pour permettre aux futurs psychiatres leur expérience clinique, ni des cadres suffisants pour que cette expérience puisse servir de base à un enseignement véritable. Les malades sont en effet dans les hôpitaux psychiatriques et les cadres nécessaires à un enseignement véritable sont en partie dans ces hôpitaux, en partie dans la pratique privée, en partie seulement dans les services universitaires.
- 3 – La pénurie de cadres psychiatriques dans les services universitaires s'explique facilement :
 - d'une part, la plupart des chaires sont « neuro-psychiatriques » (3 chaires seulement de psychiatrie dans la France entière), ce qui entraîne une pullulation d'agregés de « neuro-psychiatrie », qui sont pour les 4/5^{èmes} des neurologues purs ;
 - d'autre part, la carrière universitaire est pratiquement fermée à tout le personnel médical des hôpitaux psychiatriques. On aboutit à la conséquence que, depuis qu'il existe dans la plupart des Facultés des chaires de Neuro-Psychiatrie, elles sont le plus souvent attribuées à des neurologues.

Inutile d'insister sur l'absurdité du programme de formation qui prétend mettre à parité, pour le futur psychiatre, l'enseignement de la neurologie et celui de la psychiatrie : ce sont deux domaines immenses dont les méthodes et la pratique sont totalement différentes. Il faut 4 ou 5 ans de pratique et d'études pour la psychiatrie seule.

Le concept hybride de « Neuro-Psychiatrie », que tous les pays développés répudient l'un après l'autre depuis 30 ans, et qui n'est maintenu en France que par une survivance du passé, est assurément l'une des causes essentielles de l'échec du Système et du manque de psychiatres.

5 – L'ORIGINALITÉ DE LA PSYCHIATRIE CONFÈRE À SES PROBLÈMES UNE PORTÉE GÉNÉRALE

La psychiatrie n'est pas une spécialité comme les autres. Ce qui définit les autres spécialités, c'est la focalisation du savoir et de la pratique sur un objet limité, devenant par là même accessible à une connaissance et à une maîtrise plus complètes. Dans leur tendance irréversible à la spécialisation, les techniques de la médecine se montrent conformes à toutes les autres techniques.

Ce mouvement, absolument général, pose à la médecine, et aussi à la société deux séries de problèmes difficiles : l'un est celui de la médecine elle-même, l'autre celui de l'avenir de la psychiatrie. Pour la médecine, la tendance à la spécialisation pousse évidemment à une fragmentation de la pratique dont on a bien souvent signalé le danger. De plus en plus nombreux sont les étudiants qui se spécialisent. De moins en moins nombreux deviennent les praticiens de la médecine générale. Le phénomène est, lui aussi, mondial. Et non seulement il implique une baisse de la proportion des « généralistes », mais aussi la spécialisation tend à attirer les meilleurs des étudiants, soucieux de très bien connaître un domaine technique limité, tandis que la totalité des connaissances médicales devient inaccessible. D'où une tendance à l'appauvrissement qualitatif des secteurs de la médecine générale. Si ce diagnostic est enregistré partout, on n'a pas, jusqu'ici dégagé de réponse adéquate au danger qu'il découvre : à savoir que l'intérêt porté par les

⁽²⁾ À Paris, de 1958 à 1964, alors que le rendement du CES a été de 34 reçus, on a déclaré « qualifiés » par le système des équivalences au moins 175 candidats.

DOSSIER

Il y a 50 Ans...

médecins (et par le public) aux techniques de pointe détourne les médecins (et le public) de l'intérêt que chacun de nous doit porter aux problèmes quotidiens de la santé et de la maladie, dans leur réalité concrète, souvent mineure en apparence, et non accessible aux techniques raffinées de l'analyse quantitative. Qui finira par soigner les malades réputés « simples », ou « fonctionnels », ou « imaginaires » ? Quand ils ont achevé leur périple chez les spécialistes, et qu'on leur a assuré qu'ils « n'ont rien », qui se chargera d'eux et quelles réponses leur donnera-t-on.

Le fait est qu'alors, assez souvent, ces malades aboutissent chez le psychiatre. Mais on voit aussitôt que les psychiatres, même multipliés selon les besoins que nous estimons raisonnables, ne pourraient suffire à recueillir tous les malades laissés sans réponse par la médecine technique. Cela c'est le problème de la médecine. La prise de conscience de ce problème par les étudiants en médecine explique que, dans les projets de réforme qu'ils ont élaborés, ils envisagent nettement la formation du médecin généraliste sur de nouvelles bases.

Derrière ce problème de la médecine, apparaît le problème de la psychiatrie. Car la psychiatrie, dans la mesure où elle n'appartient pas au domaine des techniques (qui lui fournissent quelques données), appartient au domaine des Sciences Humaines, et cette particularité, unique dans la médecine, lui confère toute son originalité. Là, justement, va pouvoir être trouvée la réponse au fond du problème posé à la médecine par son irréversible évolution technique, dans son ordre si bienfaisante. Qu'est en effet pour nous la psychiatrie ? Fondamentalement, une étude de la relation interhumaine et l'usage systématique de cette relation pour le diagnostic et pour le traitement psychologique. La formation du psychiatre c'est fondamentalement l'apprentissage, par une expérience personnelle, de la clinique de la relation. La notion de base de la thérapeutique en psychiatrie, c'est la prise en charge du malade, complète et sans limite préétablie dans le temps.

Or, de quoi a besoin le médecin généraliste vers lequel se tournent, en définitive, les malades qui ne sont pas, ou qui ne sont plus, concernés par les techniques ou spécialités ? Précisément de retrouver la possibilité de prendre en charge ces malades-là, avec moins de peur et des connaissances appropriées. Et quelles sont ces connaissances ? La compréhension des problèmes psychologiques qui foisonnent dans n'importe laquelle des situations médicales et l'utilisation, plus complète que ne peut le faire intuitivement le médecin, des ressources de l'échange privilégié qu'il pratique quotidiennement.

Ainsi la médecine et la psychiatrie se trouvent-elles, ensemble, devant une option que nous essayons de rendre claire : ou bien elles évolueront toujours dans le même sens, vers une technicisation croissante, qui les écartera de plus en plus, d'une quantité croissante de malades ; ou bien elles comprendront, ensemble, que la spécialisation croissante demande une prise en considération des apports et des techniques des sciences humaines que la psychiatrie, actuellement, représente seule dans la médecine, mais qu'elle peut offrir à la médecine de lui restituer : nous disons bien de lui restituer, car les problèmes humains dans la médecine sont naturellement de tous temps, mais les connaissances modernes de ces problèmes ont progressé et peuvent être mises, pour le médecin, au niveau des besoins actuels de la médecine. Ainsi, la réforme de la psychiatrie, dans la formation du psychiatre comme dans la recherche de nouvelles formes de son équipement, apparaît comme un problème d'intérêt national, dépassant de loin le cadre corporatif. Nous ne pouvons que nous tourner vers les Pouvoirs Publics pour leur demander d'en prendre, à leur tour, conscience.

CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

La psychiatrie a besoin d'une réorganisation complète qui concerne l'appareil des soins, pour qu'il soit plus efficace, et le cadre général de formation des psychiatres, pour que cette formation soit cohérente, adaptée à son objet, compatible avec l'appareil des soins qui constitue son fondement essentiel, et enfin pour que cette formation réponde aux besoins des malades et des médecins. Discipline éminemment sociale par le caractère des troubles mentaux et par l'effort que leurs soins demandent à la collectivité, la psychiatrie requiert de la part des Pouvoirs Publics un effort absolument original. Ni son appareil de soins, ni le cadre de formation de ses médecins ne peuvent être alignés sur les solutions qui sont appliquées au reste de la médecine.

Les efforts des psychiatres depuis la dernière guerre viennent d'obtenir dans les domaines législatif et administratif deux corrections importantes : la loi organique de 1838 est en voie de modification, dans l'intérêt des malades mentaux, et le cadre des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques vient de recevoir l'assurance que ses membres seront désormais traités comme les Médecins des Hôpitaux Généraux de catégories correspondantes. Ces mesures vont dans le sens d'une psychiatrie de soins et non d'une psychiatrie de ségrégation. Nous les approuvons. Mais il suffit de réfléchir à ce qui a été dit plus haut sur le sous-équipement hospitalier et sur les impasses de l'enseignement pour comprendre que les administrations ont à faire face à des problèmes de structure que ces premières modifications n'entament pas. C'est ainsi que depuis 1960, les Pouvoirs Publics, informés par les psychiatres des hôpitaux, ont élaboré un plan général de

DOSSIER

Il y a 50 Ans...

restructuration de la psychiatrie (circulaire de 1960 sur la « politique de secteurs »). Mais ces textes demeurent et demeureront vains si le problème de la psychiatrie n'est pas repris dans son ensemble, avec la collaboration de la profession tout entière. Car tout se tient : comment développer les « Secteurs » sans un nombre plus grand de psychiatres ? Sans organiser la collaboration de la psychiatrie publique avec la psychiatrie privée (deux tiers des psychiatres actuels) ? Comment affranchir les hôpitaux psychiatriques de leur si fréquent exil ? Comment multiplier des psychiatres de qualité sans une profonde réflexion sur leur formation aboutissant à une formule originale ?

CONDITION PRÉALABLE À TOUTE RÉFORME : LA SÉPARATION DE LA NEUROLOGIE ET DE LA PSYHIATRIE

Nous considérons comme une exigence préalable à tout projet la séparation de la spécialité Psychiatrie et de la spécialité Neurologie. Réalisée dans la plupart des grands pays, cette séparation est imposée par l'évolution des deux disciplines, que personne ne peut aujourd'hui prétendre maîtriser complètement : la Neurologie évolue au sein de la médecine technique, la Psychiatrie surtout au sein des Sciences Humaines. Dans les esprits comme dans la pratique, les deux spécialités ne peuvent plus être liées au niveau des structures (appareils de soins, filières de formation). Par contre, cette séparation ne doit pas affecter la pratique individuelle privée de ceux que les circonstances amènent à un exercice conjoint, que les traditions médicales ont toujours respecté, dans tous les domaines, comme relevant de la liberté et de la conscience de chacun.

Ce préalable accompli, nous proposons :

1 – **Des mesures provisoires** destinées à liquider des anomalies auxquelles une réponse doit être fournie d'urgence :

a) – Tel est le cas des étudiants en psychiatrie déjà engagés dans leur formation.

Ce sont soit des internes d'hôpitaux psychiatriques, parmi lesquels certains ont accompli leur internat dans des services « qualifiants », tandis que d'autres l'ont accompli dans des services non « qualifiants », soit des étudiants du CES atteignant la fin de leurs trois années d'études et qui n'ont pu passer leur examen de sortie.

Pour tous ces candidats à la qualification, nous demandons des dispositions provisoires permettant de les qualifier en psychiatrie, essentiellement sur la base de leur travail clinique, c'est-à-dire en tenant le plus grand compte des appréciations motivées que leur fourniront les chefs des services où ils ont accompli un travail clinique et thérapeutique de plusieurs années.

b) – Tel est aussi le cas d'un nombre important (probablement 200 à 300) de psychiatres de fait, certains exerçant notre discipline depuis dix ans ou quinze ans. La pénurie de psychiatres impose de ne pas se priver plus longtemps de tous ceux qui exercent en fait notre discipline. Une procédure de qualification rapide doit être définie.

2 – **Des options à terme moyen ou éloigné** ne peuvent être envisagées que si les Pouvoirs Publics et la profession organisée conviennent d'une politique à l'égard de la psychiatrie. Les questions de réalisation se poseront alors en termes de plan à étager dans le temps.

Le Livre Blanc de la Psychiatrie Française a défini les options fondamentales⁽³⁾ qui forment la base du travail à accomplir. Ces options doivent être confrontées avec les réflexions de tous les intéressés, et complétées s'il y a lieu : représentants de toutes les formes d'exercice de la psychiatrie, étudiants en psychiatrie. Plusieurs projets intéressants de « Collèges régionaux d'enseignement de la psychiatrie » se sont faits jour au cours des récents mois. Il convient de les joindre au dossier.

Les principes fondamentaux adaptés par notre Syndicat sont rappelés dans la motion de notre Conseil National du 7 juillet 1968.

Les études nécessaires à l'élaboration de telles réformes ne peuvent être menées à bien par quelques personnalités choisies pour leurs titres universitaires. Elles requièrent la collaboration de toute la profession et celle aussi des étudiants en psychiatrie qui peuvent témoigner de leurs besoins et concourir à la mise en place de structures originales.

Les responsables de notre Syndicat ont conscience, après avoir collaboré pendant trois années à l'élaboration du Livre Blanc de la Psychiatrie Française, d'avoir acquis une méthode de travail et dégagé des réflexions dont il serait paradoxal que ne profite pas la Société au sein de laquelle ces réflexions se sont formées.

⁽³⁾ Conclusions du Livre Blanc. Tome III du Livre Blanc, p. 145 à 164.

SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS

ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES

Rubrique dirigée par Maurice BENSOUSSAN*

Juin-Juillet 2017

En régions, c'est l'écriture des différents Plans Régionaux de Santé (PRS) qui constitue l'actualité en cette fin de printemps. Certains territoires se demandent si cette écriture est bien régionale tant elle paraît être une simple déclinaison nationale avec de marginales adaptations. Quelques ARS prennent le temps d'une construction à partir du terrain alors que d'autres restent partisans d'une organisation pyramidale où la concertation masque mal l'absence totale de construction partagée du plan régional de santé. Pourtant celui-ci va tracer les axes évolutifs de l'organisation des soins pour les 5 voire 10 ans à venir. Quoi qu'il en soit, le calendrier a toutes chances d'être respecté, les différents PRS seront rédigés dans l'été pour être soumis à la concertation républicaine des instances le 1^{er} septembre en vue d'une publication pour la fin d'année.

* Psychiatre, Président du Syndicat des Psychiatres Français.

Après la relative trêve des élections présidentielles, les réunions du Conseil National de la Santé Mentale comme celle du Comité de Pilotage de la Psychiatrie ont repris dans un bon rythme. Nous devons rester vigilants comme le montre le communiqué du Conseil National Professionnel de Psychiatrie que vous pourrez lire en page 21. D'une manière unanime, il condamne le décret du 5 mai 2017 relatif à une expérimentation dans la tranche d'âge 11 à 21 ans visant à rembourser des psychothérapies sans la moindre référence à un avis psychiatrique ou pédopsychiatrique. L'ensemble de la communauté psychiatrique dénonce les risques d'un retard d'accès aux soins porté par de telles propositions pour les jeunes.

Pour les psychiatres d'exercice libéral c'est bien le **1^{er} juillet 2017** que le tarif de notre acte de base passe à 46,70 euros avec une **augmentation de**

2 € du CNPSY et de 1 € de la MCS.

D'autres revalorisations, que nous vous avons récemment présentées, auront lieu, échelonnées dans le temps. Nous avons salué ces majorations que nous avons obtenues lors de la dernière séance de négociations conventionnelles du mois de juillet 2016. Toutefois nous sommes loin des cocoricos, de l'agitation de drapeaux et autres fanions de certains collègues psychiatres du seul syndicat transversal poly catégoriel de médecins libéraux qui a signé la Convention. Nous sommes au regret de dénoncer une convention qui manque gravement l'occasion de donner une attractivité à notre pratique psychiatrique libérale. L'essentiel des sommes allouées par la convention a été attribuée à la médecine générale, qui certes le nécessitait, mais au même titre que la psychiatrie. Nous demandons à la CNAM des mesures d'équité dans les meilleurs délais.

Adhérez au SPF

Votre adhésion au SPF vous apporte les services suivants :

- Adhésion automatique à l'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE,
- INFORMATIONS ET CONSEILS INDIVIDUELS.

Le SPF réunit, depuis janvier 1967, les psychiatres de tous modes d'exercice : libérale, publique, salarié du secteur associatif, universitaire, mixte.

Il a pour objectifs :

- d'informer, d'aider et de défendre chaque psychiatre ;
- de défendre les intérêts catégoriels de chaque forme d'exercice, sans les opposer les uns aux autres ;
- de participer à l'organisation de la profession.

Vous êtes membres du SPF en réglant votre cotisation **annuelle**, c'est le meilleur moyen de participer à la vie professionnelle.

Pour vous informer, pour vous aider ou pour vous défendre :

Vous écrivez au secrétariat par :

-  secretariat@psychiatrie-francaise.com,
-  01 42 71 36 60,
-  45, rue Boussingault, 75013 PARIS.

Nous vous répondrons immédiatement, ou après étude de votre dossier (éventuellement après avis de spécialistes) ; nous vous appuyons si nécessaire.

De plus, tout membre à jour de sa cotisation annuelle a le droit à une consultation gratuite auprès de notre avocat.

Alors adhérez par le bulletin d'adhésion que vous trouverez sur notre site internet
www.psychiatrie-francaise.com

COMMUNIQUÉ DU CNPP

CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

CONCERNANT LE DÉCRET DU 5 MAI 2017, RELATIF AUX EXPÉRIMENTATIONS VISANT À ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES JEUNES (11-21 ANS)

Le décret relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge des jeunes en souffrance psychique a retenu toute l'attention du Conseil National Professionnel de Psychiatrie : celui-ci se doit d'émettre de très sérieuses réserves concernant la pertinence de ce dispositif, ciblé sur des notions très mal définies comme celle de souffrance psychique, ne permettant aucune évaluation suffisante de son efficacité, ni du risque qu'elle pourrait comporter à court comme à moyen terme.

La préoccupation du CNPP va du côté du risque important de perte de chances qu'une telle démarche peut représenter pour les jeunes de 11 à 21 ans, qui pourraient ainsi se trouver « traités » par une courte séquence de psychothérapie sans que son indication ait été dûment réfléchie et posée par un psychiatre, à la lumière d'une démarche diagnostique élaborée. En effet, ce dispositif vise une période de la vie où les premières manifestations des pathologies mentales les plus graves apparaissent, et leur prévention, dépistage et diagnostic requièrent une expertise relevant de la compétence du psychiatre.

Si le Conseil National Professionnel de Psychiatrie reconnaît les apports des Maisons de l'Adolescent, la vigilance exercée par les médecins généralistes, ainsi que la compétence des psychologues en ville, il considère également indispensable que les 15 000 psychiatres exerçant sur le territoire national soient impliqués dans les organisations sanitaires de proximité. Il demande une modification du décret dans ce sens.

Nombre d'entre eux participent déjà à des expérimentations organisationnelles visant à améliorer l'accès aux soins et la fluidité des parcours en psychiatrie et santé mentale. Ils souhaitent des espaces de coopérations professionnelles précisant le rôle et la place de chacun en particulier quand il est question d'indiquer des prestations de psychothérapies. Le Conseil National Professionnel de Psychiatrie tient à se démarquer de propositions qui entérineraient une démedicalisation des parcours de soins, d'autant plus lorsque la santé des plus jeunes et des plus vulnérables est en jeu. Il examinera avec une vigilance extrême les développements de cette expérimentation.

Pour le CNPP
Dr Marc BÉTREMIÉUX
Président
18/05/2017

**Le Comité de Rédaction
de *La Lettre de Psychiatrie Française*
vous souhaite de bonnes vacances
et vous donne rendez-vous début octobre, pour le numéro 250**

ON EN PARLE

LA THÉRAPIE INTERPERSONNELLE, UNE PSYCHOTHÉRAPIE EFFICACE À DÉCOUVRIR

Virginie GUILLARD*
Amélie BOËLE*
Chloé LEMARIE*
Yann L'HEGARET**
Nicolas NEVEUX**

1. INTRODUCTION

La dépression est une pathologie fréquente, avec une prévalence ponctuelle de 4.4 % dans la population mondiale, entraînant un retentissement fonctionnel important. Selon l'OMS, le trouble dépressif majeur sera d'ici 2030 la deuxième cause d'invalidité dans le monde.

La prise en charge de l'épisode dépressif majeur est codifiée par les instances françaises et internationales. Les différentes sociétés savantes ont notamment établi des recommandations concernant les thérapeutiques médicamenteuses, mais la réponse aux traitements n'est pas garantie. En effet un premier traitement antidépresseur n'est efficace que dans 40 % des cas, et en cas d'échec de deux, voire trois séquences thérapeutiques successives, les chances de succès avec un nouveau traitement chutent à 13 %. Le risque de récurrence est également problématique : 50 à 80 % des patients ayant fait un épisode dépressif feront un nouvel épisode dans les 5 années suivantes. Les recommandations préconisent également une prise en charge en psychothérapie, seule en cas de dépression légère, ou en association avec les antidépresseurs dans les formes plus sévères. Celle-ci peut améliorer les symptômes dépressifs et anxieux, diminuer la fréquence des récurrences et même conduire à une rémission durable. Les psychothérapies qui ont montré une efficacité, dans les études méthodologiquement les plus puissantes, sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie interpersonnelle (TIP) et la thérapie par résolution de problème.

2. HISTOIRE DES TIP

La TIP trouve son origine en 1969, période à laquelle la TCC était encore en cours de développement, et la principale thérapie, la thérapie psychodynamique, n'avait pas de preuve scientifique de son efficacité. Elle a été conçue par l'équipe des Drs Gerald Klerman (Yale) et Eugene Paykel (Cambridge) dans le cadre d'une étude sur le traitement de maintenance de la dépression unipolaire en ambulatoire, dans laquelle ils comparaient plusieurs branches : amitriptyline, placebo ou absence de traitement, avec ou sans psychothérapie (durant 8 mois). C'est en définissant les principes initiaux d'une psychothérapie (brève,

reproductible, évaluable dans les études) et en s'appuyant sur les influences théoriques de Sullivan (influence des liens interpersonnels sur les émotions), Meyer (relation entre les patients et leurs environnements) et Bowlby (attachement), qu'ils conçoivent un premier guide thérapeutique de la thérapie « High Contact », qui définit les bases de la TIP. Les premiers résultats de l'étude en 1974 montrent une efficacité significative de la branche antidépresseur et psychothérapie associés. Ils lancent alors une étude plus approfondie sur l'efficacité de la TIP et montrent, dans une étude publiée en 1979, que l'association TIP + antidépresseur est la branche la plus efficace comparativement aux autres, mais également que la TIP est aussi efficace que le traitement antidépresseur dans la prévention de la rechute dépressive. À partir des années 80, d'autres études viennent confirmer ces résultats, notamment celle de l'Institut de santé mentale pour le traitement de la dépression publiée en 1989. Les années 1990 et 2000 voient naître de nouvelles études prouvant l'efficacité des TIP dans des indications toujours plus larges, avec la mise en place de nombreux programmes de formation pratique internationaux, mais leur application clinique en France reste encore très rare.

3. MODÈLES THÉORIQUES ET PRINCIPES

La TIP, développée de manière empirique, trouve ses fondements dans plusieurs courants théoriques, parmi lesquels le modèle biopsychosocial de la dépression.

Ce modèle postule que l'équilibre thymique des individus dépend de trois facteurs : biologique (génétique, physiologique...), socio-environnemental (contexte interpersonnel, économique, événements de vie...) et psychologique (sens donné par le sujet aux événements en fonction de son histoire de vie et de sa personnalité...). La TIP agit principalement sur les aspects sociaux mais aussi psychiques. En effet, sa cible première est l'analyse et l'amélioration des relations interpersonnelles du patient, lui permettant un investissement adapté (sécure ?) du lien, et une satisfaction de ses besoins. Elle vise aussi l'aspect psychique : elle va permettre au patient de modifier ses cognitions sociales et sa capacité de mentalisation à la lumière des nouvelles expérimentations.

Les auteurs ont aussi rapproché les bases de la TIP d'autres théories, en particulier des théories de l'attachement et de la communication.

La théorie de l'attachement développée par Bowlby énonce que chaque individu possède une manière spontanée d'interagir avec les autres, d'entrer en lien. Cette manière

* Psychiatres Hospitaliers.

** Psychiatres libéraux anciens PH.

qu'il appelle « le style d'attachement » est fortement influencée par les premières interactions de chaque individu qu'il a eues, bébé, avec ses parents. Si, lorsque le nourrisson signale un besoin (par des pleurs par exemple), le parent y répond systématiquement par un comportement de rapprochement adapté (en le prenant dans ses bras, en lui donnant à manger...), alors l'enfant intégrera la notion de prédictibilité et de sécurité dans ses relations aux autres, qui seront alors ressenties par la suite tout au long de sa vie. On parle alors d'un attachement « sécurisé ». Par contre, si le parent ne répond pas de manière adaptée ou de manière systématique, l'enfant intégrera une absence de prédictibilité et de sécurité dans les liens interpersonnels, ce qui se traduira tout au long de sa vie par un modèle d'attachement « insécurisé », dont on distingue deux types : insécurisé évitant et insécurisé ambivalent. Chaque individu développe ainsi un type d'attachement qui lui est propre. Les expériences interpersonnelles ultérieures continueront d'influencer celui-ci jusqu'à l'adolescence. Adulte, le style d'attachement est déterminé et fixe. Toutefois, quel que soit le style d'attachement prédominant d'un sujet, il pourra développer tour à tour des liens d'attachement (c'est-à-dire des relations spécifiques) sécurisés ou insécurisés.

La théorie de la communication, développée par Kiesler et Watkins, fait le pont entre style d'attachement et communication interpersonnelle. Ils font le constat que les individus ayant un style d'attachement sécurisé communiquent leurs besoins de manière efficace tandis que les sujets insécurisés vont avoir tendance à le faire de manière indirecte (insécurisé évitant) ou contre-productive (insécurisé ambivalent). Les difficultés interpersonnelles qui résultent de cette communication inefficace sont associées à la dépression, qu'elles en soient une cause ou une conséquence entretenant le processus pathologique. Dans le modèle TIP, la dépression survient en cas de non-satisfaction des besoins d'un sujet, survenant dans un contexte interpersonnel ou non. Si le sujet n'arrive alors pas à satisfaire ses besoins lui-même ni à recourir de manière efficace à ses ressources interpersonnelles pour le faire, le déséquilibre se maintient et entretient la dépression.

Ainsi, la TIP repose sur l'attachement puisqu'elle apprend au patient à mettre en place des séquences efficaces d'expression de ses besoins et de rapprochement de l'interlocuteur afin d'en permettre la satisfaction. Ceci est possible car l'attachement est un processus primaire non affecté par le ralentissement psychomoteur de la dépression. L'objectif de la TIP n'est pas de modifier le type d'attachement qui est immuable, mais bien d'accompagner les patients dans la création de liens d'attachement sécurisés qui auront ensuite une influence positive sur la thymie.

De cette manière, la relation interpersonnelle est la cible principale de la TIP. Elle correspond au lien qui unit deux personnes, qu'il s'agisse d'un lien d'attachement ou non, et est constituée de :

- règles : négociées puis fixées par les deux partenaires, verbalisées ou non, qui définissent le cadre de la relation ;
- besoins : fondamentaux, légitimes, investis dans le lien par chacun des interlocuteurs (besoin d'accomplissement, appartenance, sécurité, camaraderie, soutien instrumental, motivationnel, émotionnel...);
- attentes : concrètes quant à la satisfaction des besoins, non légitimes et pouvant être remises en causes ;
- disponibilité de chacun des interlocuteurs.

La TIP détaillera de cette manière chacun des liens interpersonnels du patient semblant pertinent dans le cadre de l'épisode dépressif pris en charge, afin d'en améliorer le fonctionnement.

4. DIFFÉRENCES PAR RAPPORT AUX AUTRES PSYCHOTHÉRAPIES

La TIP, bien qu'ayant des fondations communes avec certaines autres psychothérapies, se distingue de chacune d'entre elles par plusieurs aspects.

La TIP est souvent comparée à la TCC. Si ces deux thérapies partagent plusieurs points communs, tant sur la forme (thérapie brève et structurée) que dans les outils utilisés (jeux de rôle, résolution de problème) ; la TIP, contrairement à la TCC, n'intègre pas de travail de restructuration des schémas de pensée qui conduisent au comportement. La cible de travail n'est pas les cognitions, mais bien le lien interpersonnel lui-même.

Par ailleurs, la TIP se distingue de la psychanalyse dans son intérêt pour une cible de travail interpersonnelle, qui n'est donc pas intrapsychique et également par sa temporalité, puisqu'elle choisit de se concentrer sur « l'ici et le maintenant », sur une durée brève de prise en charge. L'évaluation des expériences passées n'est utilisée en TIP que dans le but de prendre acte, sans chercher à comprendre ou modifier, sans y mettre un « sens symbolique ».

Concernant les thérapies systémiques, la TIP s'en car elle ne va pas chercher à s'intéresser au système familial dans son intégralité mais uniquement aux liens qui posent problèmes pour un patient qu'ils soient intra familiaux ou non. Le travail se fait dans le présent et n'accorde pas de place à un abord transgénérationnel.

La TIP se distingue donc des autres formes de psychothérapie par son utilisation possible de manière précoce, sans abord intra-psychique, basée sur un modèle pragmatique ayant pour objectif la guérison et dont l'efficacité est prouvée dans la littérature.

5. DÉROULEMENT D'UNE TIP

La TIP est une thérapie brève et structurée. Elle comporte ordinairement 12 à 16 séances, et se décompose en 3 phases : la phase initiale (3 à 4 séances), la phase intermédiaire (7 à 9 séances), et la phase finale (2 à 3 séances).

La phase initiale (phase 1) est consacrée à la démarche diagnostique, mais elle est aussi le premier contact avec le patient et le moment privilégié du fondement de l'alliance thérapeutique.

Après avoir posé le diagnostic psychiatrique (selon les standards internationaux), le thérapeute renseigne le patient sur sa pathologie, sa prévalence, son pronostic et les thérapies disponibles, visant à lui redonner espoir et motivation. Il lui assigne le « rôle de malade » (« sick-rôle ») : statut dans lequel le sujet est reconnu comme non responsable de ses troubles, mais placé comme acteur de ses soins et de sa guérison.

Le trouble psychiatrique est ensuite intégré dans un contexte interpersonnel. Le thérapeute dresse un tableau de l'état des relations sociales du patient, permettant de faire émerger une problématique principale, parmi les quatre grands axes que sont :

- Le deuil (décès d'un être qui comptait pour le patient) ;
- Le conflit (situation de désaccord entre le patient et quelqu'un de son entourage) ;
- L'isolement (déficit quantitatif ou qualitatif de liens sociaux) ;
- La transition de rôle (changement notable, positif ou négatif, dans la vie du sujet, tel qu'un licenciement ou une promotion professionnelle, un mariage ou un divorce, la naissance d'un enfant, une maladie grave...).

En se basant sur le modèle bio-psycho-social de la dépression, l'impact des dysfonctionnements interpersonnels sur l'humeur est explicité au patient et la modification des liens sociaux est présentée comme un levier d'action pour améliorer la thymie.

Afin de se figurer précisément le mode relationnel du patient, le thérapeute doit aussi identifier son style d'attachement. Cette démarche est un préalable indispensable pour le choix des outils thérapeutiques, et permet au patient de commencer à mieux appréhender son fonctionnement interpersonnel.

En fin de phase 1, le thérapeute propose un contrat thérapeutique au patient, expliquant les principes, les modalités et les objectifs de la thérapie.

La phase intermédiaire (phase 2) est la phase thérapeutique à proprement parler. La stratégie globale est d'améliorer le fonctionnement interpersonnel du patient afin

d'influer positivement sur son humeur. Le thérapeute accueille avec bienveillance les préoccupations du patient, mais en veillant toujours à recentrer sur les liens sociaux. La TIP est une thérapie concrète et centrée sur l'ici et le maintenant qui s'appuie donc sur des situations relationnelles récentes ayant particulièrement affectées le patient. À partir de ces situations, le thérapeute utilise différentes techniques adaptées au diagnostic TIP (clarification, analyse du lien, analyse de la communication, jeux de rôle, assignation de tâches...). L'objectif est de guider le patient dans l'identification et le signalement de ses besoins, et l'aider ainsi à recréer des liens sécurisés dans son univers relationnel. Le thérapeute veillera à rester dans une posture encourageante et sans jugement, et sera attentif à maintenir le patient dans une posture pro active.

La phase finale (phase 3) est la clôture du travail thérapeutique. Elle consiste à faire le bilan et à généraliser les acquis du patient ; mais aussi à mettre un terme à la relation entre le patient et le thérapeute. La thérapie vise à ce que le patient devienne autonome et détenteur d'une compétence : l'idée est qu'il puisse lui-même continuer à utiliser les outils appris dans toutes les situations relationnelles problématiques. Le cadre de la thérapie, notamment sa durée limitée, contribue à ce que le patient ne devienne pas dépendant du thérapeute. Si le travail n'est pas achevé ou qu'un autre axe interpersonnel est à travailler, un nouveau cadre pourra être redéfini.

6. INDICATIONS

DANS LES RECOMMANDATIONS

C'est dans le traitement de l'épisode dépressif majeur que la TIP est la plus recommandée par les instances françaises et internationales.

L'OMS recommande la TIP en première intention dans les épisodes dépressifs modérés à sévères de l'adulte. La HAS et la NICE recommandent la TIP au même titre que la TCC dans la prise en charge des épisodes dépressifs légers à modérés. L'APA précise que la TIP peut être utilisée seule en 1^{ère} intention dans les épisodes dépressifs légers à modérés, en association avec un traitement antidépresseur dans les épisodes modérés à sévères.

Chez l'adolescent, l'OMS et la HAS préconisent la TIP seule en 1^{ère} intention dans le traitement de l'épisode dépressif.

DANS LA LITTÉRATURE

L'efficacité de la TIP est prouvée dans l'épisode dépressif caractérisé. Elle est également montrée dans la dépression résistante ou chronique et dans la prévention du passage d'une dépression sous le seuil à un épisode caractérisé. La dernière méta-analyse de 2016 concernant les TIP ne retrouve pas de différence d'efficacité entre la TIP et le traitement antidépresseur, dans le traitement d'un épisode

dépressif en phase aiguë, et montre également une efficacité de la TIP dans le traitement de maintenance.

L'efficacité de la TIP dans la dépression chez des populations spécifiques a également été évaluée : elle a montré des résultats positifs dans la dépression du post-partum, chez les adolescents et sur les symptômes dépressifs des patients âgés déments.

Dans le trouble bipolaire, la TIP a également une efficacité démontrée, plus particulièrement sous la forme de la *Interpersonal and Social Rhythms Therapy* (TIPARS), thérapie basée sur une composante de thérapie interpersonnelle ainsi que sur les travaux sur les rythmes circadiens et leur régularisation par les rythmes sociaux.

Les troubles du comportement alimentaire sont une autre grande indication des TIP. L'efficacité des TIP est montrée en première intention dans le *binge eating disorder*. La TIP peut aussi être utilisée en première intention dans la boulimie, et dans le cadre d'une prise en charge combinée avec une renutrition, dans l'anorexie mentale.

Dans les troubles anxieux, l'efficacité de la TIP a été prouvée dans des études contrôlées, avec toutefois une efficacité équivalente ou inférieure par rapport à la TCC a été montrée. Dans l'état de stress post-traumatique, deux études

retrouvent une efficacité significative de la TIP par rapport au traitement habituel, et une non infériorité par rapport à la thérapie de référence d'exposition prolongée.

Enfin dans les troubles de personnalité borderline, on retrouve une efficacité de la TIP sous une forme adaptée à ce trouble.

7. CONCLUSION

Basée sur le modèle psychosocial de la dépression et sur les théories attachementnistes, la TIP est une psychothérapie brève et structurée, dont la stratégie globale est de traiter les dyfonctionnements interpersonnels actuels liés à l'état dépressif. Son efficacité la place en première ligne dans les recommandations internationales pour le traitement de l'épisode dépressif majeur.

Même s'il existe une association de TIP en France (l'Institut de Formation en Thérapies Interpersonnelles www.iftip.fr), la TIP reste encore insuffisamment connue et mériterait d'être développée, d'autant que les études récentes montrent qu'elle est applicable dans des indications de plus en plus larges. Le lecteur intéressé pourra approfondir sa découverte des TIP dans le livre « **Pratiquer la Thérapie Interpersonnelle** » qui paraîtra en août 2017 chez Dunod.

PAS DE DISCOURS SANS LECTURE

OUVRAGES RÉCEMMENT PARUS

Écrits sur l'éthique (1935-1987)

KOTARBINSKI Tadeusz

Paris : Hermann - 2017 - Br. - 30,00 €

Une morale après Auschwitz :

Essai sur l'origine et le fondement de ses valeurs

MONNIN Nathalie

Rennes : Apogée - 2017 - Br. - 11,00 €

Cause du désir (La). 95 Virilités

Sous la direction d'Aurélien PFAUWADEL

Paris : Navarin éd. - 2017 - Br. - 16,00 €

Lacan ou Le pas de Freud : Mythes et mathèmes

DOUMIT Éric

Louvain-la-Neuve (Belgique) :

EME - Éditions - 2017 - Br. - 20,00 €

De la sexualité féminine

FREUD Sigmund

Paris : In press - 2017 - Br. - 4,90 €

Deuil et mélancolie

FREUD Sigmund

Paris : In press - 2017 - Br. - 4,90 €

Le bébé et sa mère

WINNICOTT Donald Woods

Paris : Payot - 2017 - Br. - 23,50 €

Émile Durkheim : le social, objet de science : du moral au politique

CHAMBOREDON Jean-Claude

Paris : Rue d'Ulm - 2017 - Br. - 14,00 €

La psychanalyse : science, thérapie et cause

SAFOUAN Moustapha

Paris : Gallimard - 2017 - Br. - 8,80 €

La sublimation : leçons psychanalytiques

ASSOUN Paul-Laurent

Paris : Economico-Anthropos - Br. - 17,00 €

Lacan tout contre Freud

MELMAN Charles

Toulouse : Érès - 2017 - Br. - 23,00 €

Les familles qui ont la tête à l'envers : Revivre après un traumatisme familial

NEUBURGER Robert

Paris : O. Jacob - 2017 - Br. - 7,90 €

Études sur la personnalité autoritaire

ADORNO Theodor Wiesengrund

Paris : Allia - 2017 - Br. - 25,00 €

LIVRES EN IMPRESSIONS

POURQUOI JE NE SUIS PAS MON CERVEAU

Simon-Daniel KIPMAN

LE FANTASME DU GOLEM

Nous savons bien, et depuis longtemps, que les philosophes nous aident, nous permettent de réfléchir, mais que nous devons sans cesse adapter, voire traduire leurs écrits de leur temps au notre.

Par bonheur, Markus Gabriel ne nous confronte pas à ce genre de difficultés : c'est un jeune philosophe allemand, reconnu dès maintenant comme un des fleurons de la pensée contemporaine. Il est clair, net, simple, expliquant les termes qu'il emploie ; et, à ce titre lisible par n'importe lequel d'entre nous. Aussi comme j'ai regretté de n'avoir pas lu son livre (paru en février) avant le colloque AFP sur « Psychiatrie et neurosciences », le 27 janvier 2017.

D'emblée (p. 14), il pose la question fondamentale pour les soignants « Pouvons-nous vraiment faire confiance aux neuro-sciences, ou plus précisément à la recherche sur le cerveau, pour qu'elles nous livrent des informations sur notre Moi », notre Moi et celui des malades que nous rencontrons.

Il n'est guère possible, malgré les glissements sémantiques⁽¹⁾ des uns et des autres, de confondre les deux objets, les deux niveaux, les deux approches. Pourtant, beaucoup se livrent encore à ces confusions qu'il appelle, en citant Raymond Tallis (1946.../.) (p. 40) :

- La neuromanie, qui est une croyance selon laquelle l'homme se connaîtrait en en apprenant de plus en plus sur le cerveau.
- Et le neurocentrisme. Il rappelle aussi que ces confusions doivent beaucoup à de lourdes décisions politiques, à de grosses mannes financières décidées par le président Bush (la décade du cerveau) et la communauté européenne (human brain project)⁽²⁾.

⁽¹⁾ Remarquez comme les neuro-sciences ont perdu au fil du temps leur trait d'union, devenant une entité isolée. Pourquoi ? Comme le disait le grand clown suisse Grock, dont quelques vieux comme moi se souviennent encore.

⁽²⁾ On peut aussi se demander pourquoi à l'ère du brexit, la communauté européenne continue à parler anglais. Américain peut-être ?



Auteur : Markus GABRIEL
 Éditeur : Lattès
 Collection : Essais et documents
 Date de parution : février 2017
 ISBN : 978-2-70965-674-4
 Pages : 384
 Prix : 20,90 €

Cependant, Markus Gabriel est un philosophe, et il nous éclaire sur ce que peut être une philosophie de la conscience ; ce qui sous-tend, qu'on le veuille ou non, les diverses psychologies.

- Quand on se pose la question du savoir :
- Comment une **représentation** – maillon indispensable et ignoré souvent accessible à la conscience, se forge.
 - Et comment cette représentation ne peut être que poétique – autrement dit qui serait le fruit d'associations inconscientes ou abstraite et inédites – ; on introduit dans le processus cérébral plus ou moins bien décrit une autre dimension, une dimension de plus.

Le cerveau agit, produit des molécules, ou des ondes. Mais (p. 67) « derrière tout acte, il y a un back ground », inatteignable directement, inaccessible sans la médiation des langages, et par une interprétation de ces langages. Émettre des ondes non codées socialement n'est pas un message, c'est une expression de quelque chose.

Donc un acte ne devient intelligent que si on en comprend le projet, ou qu'on en invente un. « En biologie, ou en physique, les fonctions n'ont pas d'autre finalité que d'être répétitives » (p. 70).

« En conséquence » dit-il (p. 227) « le **neuroréductionnisme** est la réduction d'un phénomène apparemment inexplicable par les neurosciences à un phénomène explicable par les neurosciences ». C'est un tour de passe-passe intellectuel (d'autres diraient une défense contre l'angoisse d'une autre dimension) qu'on voudrait manifestement nous faire avaler.

À l'inverse (p. 229) « le **réductionnisme théorique** en revanche est plus modeste : il soutient seulement qu'un phénomène non descriptible avec des concepts qui n'appartiennent pas aux sciences de la nature est susceptible d'être décrit plus conformément avec des concepts des sciences de la nature ». Freud faisait ainsi des

emprunts à la physique de son temps (conservation de l'énergie, poussées) comme nous le faisons avec la physique quantique, et les mathématiques (multivers, matière noire, non séparabilité, etc.).

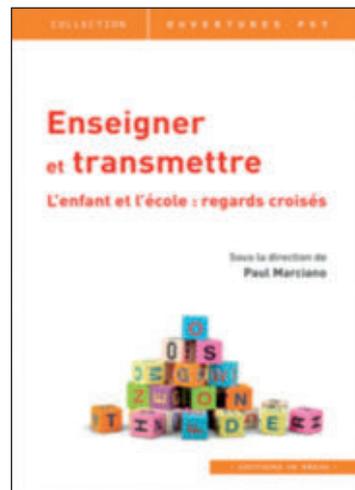
Dans cette perspective, outre les descriptions du fonctionnement cérébral, les neurosciences ont-elles des concepts à nous offrir pour affiner notre connaissance clinique du psychisme et des échanges interhumains ? Cela pourrait se discuter. Encore faut-il se souvenir de cette formule, qui peut étonner les cérébrocentristes mais pas les psychistes, formule assez platonicienne (p. 252) « le savoir est une croyance vraie justifiée », et « le déterminisme n'est pas une hypothèse scientifique que l'on pourrait tester empiriquement, mais un pur et simple acte de foi » que l'on peut rapprocher de ce que Bion appelle un « acte de foi scientifique ».

ENSEIGNER ET TRANSMETTRE

Lydia LIBERMAN-GOLDENBERG

Cher Lecteur,

Voici une note bien trop courte au sujet du nouveau livre écrit sous la direction de Paul Marciano où de multiples auteurs d'horizons aussi divers que la philosophie la pédagogie, la sociologie la psychanalyse et la psychiatrie, ont contribué à apporter leur point de vue sur ce très vaste sujet qu'est « Enseigner et transmettre ». Comment permettre à l'enfant d'accéder à une pensée spécifique voire critique en favorisant sa curiosité épistémique, afin qu'il puisse devenir sujet autonome ? Voici tout l'enjeu de cet ouvrage émaillé de vignettes cliniques et préfacé par le Pr Delion qui rappellera entre autres, combien la psychothérapie institutionnelle et la pédagogie institutionnelle sont jumelées car portées par les frères Jean et Fernand Oury juste après la deuxième guerre mondiale. Et pourtant, comme conclut Paul Marciano, il n'est pas question de surmédicaliser les troubles scolaires mais de comprendre comment transmettre au mieux nos savoirs, afin de permettre à l'enfant de développer une activité réflexive afin d'accéder à sa liberté d'être, capable de spiritualité et capable d'exercer sa vigilance face aux divers dévoiements, aux excès et aux injustices.



Auteurs :
 Huguette BACCHIALONI
 Hélène FRANDJI
 Dominique GUAZELLI
 Martine KOROL
 Véronique LE GALL
 Corinne LHÉRITIER
 Richard LOPEZ
 Judith MALACRIA-SICSIC
 Dominique SCHNAPPER
 Michel TOZZI
 Sous la direction
 de Paul MARCIANO
Éditeur : In Press
Collection : Ouvertures Psy
Date de parution : mars 2017
ISBN : 978-2-84835-396-1
Pages : 250
Prix : 18,00 €

REVUE PSYCHIATRIE FRANÇAISE

INVENTAIRE

2015

- 1/15 : *Le narcissisme I* 25 €
- 2/15 : *Le narcissisme II* 25 €
- 3/15 : *Précarité économique* 25 €
- 4/15 : *Le désir mimétique entre psychopathologie et neurosciences* 25 €

2016

- 1/16 : *Adolescence et cinéma* 25 €
- 2/16 : *Qu'est-ce que penser ?* 25 €
- 3/16 : *Actualité de la phénoménologie psychiatrique* 25 €

Revue PSYCHIATRIE FRANÇAISE : Bon de commande

Mme M. Pr Dr Nom :

Prénom :

Mél. : @

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

• commande les numéros ci-dessus (Veuillez cocher les cases correspondantes)

• TOTAL : €, à régler par chèque établi à l'ordre du [Syndicat des Psychiatres Français](#)

45, rue Boussingault – 75013 Paris – ☎ 01 42 71 41 11 – 📠 01 42 71 36 60 – 📧 contact@psychiatrie-francaise.com

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

**ADHÉREZ
POUR 2017**



À L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Pr Dr M. Mme Mlle Raison Sociale

✉ :

Code Postal : Ville :

📠 : @

☎ : 📠

👉 Règle sa cotisation pour l'année 2017 (tarif valable jusqu'au 31-12-2017), pour un montant de :

MEMBRES TITULAIRES

Psychiatres en exercice 250 €

MEMBRES ASSOCIÉS

Psychiatres en formation et autres personnels de la santé mentale 230 €

MEMBRES HONORAIRES

Psychiatres n'exerçant plus 150 €

PERSONNES MORALES

Associations, administrations ou organismes concernés par les buts de l'AFP 310 €

INTERNES, ÉTUDIANTS – 30 ANS (joindre un justificatif) 86 €

👉 Règlement par chèque établi à l'ordre de l'Association Française de Psychiatrie

👉 Des justificatifs distincts vous seront adressés pour :

- la cotisation,
- l'abonnement à *La Lettre de Psychiatrie Française*,
- l'abonnement à *Psychiatrie Française*.

Fait à : le : Signature :

Bulletin d'adhésion à retourner à l'AFP – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS – ☎ 01 42 71 41 11

📧 contact@psychiatrie-francaise.com – 🌐 www.psychiatrie-francaise.com

PETITES ANNONCES

RAPPEL

Les tarifs des petites annonces sont à demander par annonces@psychiatrie-francaise.com

Les ordres doivent parvenir au secrétariat

- Pour le N° 250 : le **8 septembre 2017** au plus tard, pour une parution **semaine 39**.
- Pour le N° 251 : le **13 octobre 2017** au plus tard, pour une parution **semaine 44**.
- Pour le N° 252 : le **17 novembre 2017** au plus tard, pour une parution **semaine 49**.

(réf. 4109) **71 - SAÔNE-ET-LOIRE** - Psychiatre cause retraite au 01 01 20 18 Cède patientèle ☎ 03 85 55 96 81 ✉ chetouane.d@gmail.com

(réf. 4110) **91 - SAVIGNY-S/ORGE** - Le CMPP Recherche un(e) Psychiatre CCN 66 - 0.46 ETP à compter de Janvier 2018. Envoyer CV + Lettre par mail : cmppsavignysurorge.direction@arisse-asso.fr ou ☎ 01 69 96 15 85

DÉPARTEMENT DE PARIS



LA DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE DE L'ENFANCE ET DE LA SANTÉ
RECRUTE

MÉDECINS PSYCHIATRES (H/F) OU PÉDO-PSYCHIATRES (H/F)

comme médecins responsables pour ses Centres d'Adaptation Psychopédagogique sur Paris intra-muros - thésés et inscrits à l'Ordre - vacataires

Adresser lettre de motivation avec CV détaillé à :

DASES - Bureau de la Santé Scolaire et des CAPP

94-96, quai de la Râpée - 75570 PARIS CEDEX 12

☎ 01 43 47 74 50 - ✉ 01 43 47 76 36 - ✉ christophe.debeugny@paris.fr (réf. 4111)

**HÔPITAL DE JOUR
POUR ADOLESCENTS
DE LA GRANGE BATELIÈRE**
58, places de 10 à 17 ans
Association de Réadaptation
Psychopédagogique
et Scolaire
75009 PARIS

RECHERCHE

**(Poste à pourvoir en
septembre 2017)**

PÉDOPSYCHIATRE

Expérience dans ce domaine
et formation psychanalytique
souhaitées

17 heures hebdomadaires
(C. C. N. 66)

Merci d'adresser
lettre de motivation et CV
au Dr Xavier GIRAUT,
Médecin Directeur
13, rue de la Grange Batelière
75009 PARIS

✉ dr.giraut@orange.fr

(réf. 4112)

L'ASSOCIATION ARISSE

RECRUTE

pour son CMPP de Melun (77)
CCNT66 :

**UN MÉDECIN DIRECTEUR
H/F PSYCHIATRE**

ETP 0.70. CDI à compter du
1^{er} septembre 2017

Fonction de direction partagée
avec une Directrice Adjointe,
et de consultation.

Le CMPP de Melun :
30 professionnels, prise en charge
individuelle et groupale,
équipe « Petite Enfance » 0-2 ans.
Travail en réseau, partenariat
local développé.

Adresser candidature et CV
à M. le Directeur Général ARISSE
10 ch. de la Butte au Beurre,
BP 131
78350 JOUY-EN-JOSAS

(réf. 4113)

LES CHEMINS DE LA CONNAISSANCE VOUS CONDUIRONT...

RÉUNIONS ET COLLOQUES

En France

... juillet 2017

à LYON, les 3, 4, 5, 6, 7 : L'Institut de Formations et d'Application des Thérapies de la Communication (IFATC) organise un séminaire sur le thème « **Déconstruction du couple, l'enfant dans la tourmente ?** » – Informations et inscriptions : IFATC – 117, rue Garibaldi – 69006 LYON – ☎ 04 72 83 51 12 – ✉ ifatc@ifatc.com – 🌐 www.ifatc.fr

à LYON, les 6 et 7 : L'Institut de Formations et d'Application des Thérapies de la Communication (IFATC) organise un séminaire sur le thème « **La fascinante luminosité du couple** ». – Informations et inscriptions : IFATC – 117, rue Garibaldi – 69006 LYON – ☎ 04 72 83 51 12 – ✉ ifatc@ifatc.com – 🌐 www.ifatc.fr

à PARIS, le 8 : La Société Franco-japonaise de Médecine organise un colloque franco-japonais de psychopathologie sur le thème « **Psychopathologie de la parentalité, et conséquences psychologiques chez les enfants** ». – Informations et inscriptions : Dr H. Benhamou – ✉ hbenhamou@aol.com

à PARIS, du 24 au 28 : Le World Council for Psychotherapy (WCP) et la Fédération Française de Psychothérapie et de Psychanalyse (FF2P) organisent le 8^{ème} congrès mondial de psychothérapie sur le thème « **La vie et l'amour au 21^{ème} siècle, de la rencontre intime à l'ouverture au monde** ». – Informations et inscriptions : FF2P – 6, av. du Maine – 75015 PARIS – ☎ 01 44 05 95 50 – ✉ 01 45 44 62 34 – ✉ contact@ff2p.fr – 🌐 http://www.wcp2017.org

... septembre 2017

à LIMOGES, les 14 et 15 : La Société de Psychogériatrie de Langue Française organise son 33^{ème} congrès sur le thème « **Passé, Présent, Futur de la Psychiatrie de la Personne Âgée** ». – Informations et inscriptions : CARCO – 6, cité Paradis – 75010 PARIS – ☎ 01 55 43 20 00 – ✉ 01 55 43 18 19 – ✉ info@splf-limoges2017.com

... octobre 2017

à TOULOUSE, les 5, 6 et 7 : La Société de l'Information Psychiatrique organise ses 36^{èmes} journées sur le thème « **Cliniques risque traumatiques** ». – Informations et inscriptions : SIP – Dr GODET – ☎ 04 72 42 35 98 – ✉ 04 72 42 35 99 – ✉ secretariatSIP2@gmail.com

à PARIS, le 7 : La revue Le Carnet/Psy et le Pr Chabert Catherine organisent une journée scientifique sur le thème « **Splendeurs et misères de la régression** ». – Informations et inscriptions : Le Carnet/Psy – 8, av. Jean-Baptiste Clément – 92100 BOULOGNE – ☎ 01 46 04 74 35 – ✉ est@carnetpsy.com – 🌐 www.carnetpsy.com

à PARIS, le 7 : L'École de Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient organise sa 32^{ème} journée d'Étude sur le thème : « **Le rêve... son interprétation** ». – Informations et inscriptions : EPCI – 1, rue Pierre Bourdan – 75012 PARIS – ☎ 01 43 07 89 26 – 🌐 www.epci-paris.fr

à PARIS, les 7 et 8 : Le Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale organise son Congrès annuel sur le thème « **René Kaës et le travail en séance groupale-familiale** ». – Informations et inscriptions : GPGF 115, rue de l'Abbé Groult – 75015 PARIS – ☎ 01 56 80 10 60 – 🌐 www.cpgf.fr

à PARIS, le 11 : Le Centre Claude Bernard organise son XXVII^{ème} colloque sur le thème : « **Les groupes à l'épreuve de la violence** ». – Informations et inscriptions : Centre Claude Bernard – ☎ 01 43 37 16 16 – 🌐 www.centreclaudebernard.asso.fr

JOURNÉE SCIENTIFIQUE
organisée par le Pr Catherine Chabert et la revue Le Carnet/PSY en partenariat avec le Laboratoire « Psychologie Clinique Psychopathologie Psychanalyse » (PCPP) de l'Université Paris Descartes-Sorbonne Paris Cité

Splendeurs et misères de la régression

« On n'a rien d'autre à faire qu'à lui laisser le temps » Laurence Kubla	Le temps de la régression Jacques André	La peur de la régression Patrick Guyonard
Retour de ou retour à : régression ou régression Bernard Golse	Splendeurs et misères de l'angoisse ou les illusions perdus et retrouvés de la mémoire Maurice Cocoon	La régression entre traitement chirurgical et préoccupation maternelle primaire Sylvia Missonier
L'appel de Narcisse Catherine Chabert	Création et régression Alexandrine Schenker	Des régressions dangereuses Emile Lunet

Samedi 7 octobre 2017
Faculté de Médecine - Amphi Binet - 45 rue des Saints-Pères 75006 PARIS

Reconnaissances :
Etielle Georges-Chacot - Le Carnet/PSY
8 avenue Jean-Baptiste Clément - 92100 Boulogne
SIREN : 01 46 04 74 35 - est@carnetpsy.com
Inscription individuelle : 100 €
Étudiant : 40 €
Formation permanente : 100 €
Télé. gratuites pour les abonnés à la revue Le Carnet/PSY

PCPP
Possibilité de s'inscrire en ligne sur www.carnetpsy.com

à ANTIBES, le 13 : Le Centre de Liaison d'Étude de Formation (CLEF) organise un congrès sur le thème : « **Nouvelle loi sur la fin de vie, nouveaux droits : de la théorie à la pratique** ». – Informations et inscriptions : CLEF – 6, avenue Henri Barbusse – 06100 NICE – ☎ 04 93 18 33 60 – ✉ formation@le-clef.fr – 🌐 www.le-clef.fr

... novembre 2017

à PARIS, le 24 : L'Association Française de Psychiatrie organise un colloque sur le thème « **Anthropologie et psychiatrie dans la société des affects** ». – Informations et inscriptions : AFP – ☎ 01 42 71 41 11 – ✉ 01 42 71 36 60 – ✉ secretariat@psychiatrie-francaise.com – 🌐 www.psychiatrie-francaise.com

à LYON, du 29 au 2 décembre 2017 : 9^{ème} édition du Congrès Français de Psychiatrie sur le thème : « **La psychiatrie en mouvement** ». – Informations et inscriptions : CARCO – 6, cité du Paradis – 75010 PARIS – ☎ 01 55 43 18 18 – ✉ info@congresfrancaispsychiatrie.org – 🌐 www.congresfrancaispsychiatrie.org

À l'étranger

... septembre 2017

à KIGALI (Rwanda), les 11, 12 et 13 : L'Université catholique de Louvain organise un colloque sur le thème : « **Du trauma à la reconstruction des possibles créations et résiliences** ». – Informations et inscriptions : UCL – ☎ 00 32 (0) 10 47 8725 – ✉ jean-luc.brakelaire@uclouvain.be

... octobre 2017

à BRUXELLES, les 6 et 7 : Le Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques organise son XLV^{ème} colloque sur le thème : « **Quand un thérapeute regarde par la fenêtre d'un autre. – Nouvelles politiques en santé mentale et intégration des modèles thérapeutiques** ». – Informations et inscriptions : GHJPSY – ☎ +41 587 02 62 97 – 🌐 <http://www.ghjpsy.org/>

... novembre 2017

à DAKAR, le 2 : Le Service de psychiatrie du CHNU de Fann, avec la collaboration de l'ASPsy (Association Sénégalaise de Psychiatrie), des sections française et belge de l'AEPEA (Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent) et de l'AFERPIJ-FV (Association pour la Formation, les Échanges et la Recherche en Psychiatrie Infanto-Juvenile de la Fondation Vallée) organise le 3^{ème} colloque francophone de psychiatrie infanto-juvenile sur le thème « **Croyances, tabous, transmissions et institutions** ». – Informations et inscriptions : AEPEA – Mme Marie RAT – ☎ 06 19 88 04 88 – 🌐 www.aepea.org

à GENÈVE (Suisse), les 22, 23 et 24 : La Conférence Internationale de psychotraumatologie et de médiation organise sa 5^{ème} conférence – Informations et inscriptions : 📧 5ICPM2017@ch-kuoni.com

LA LETTRE

☎ 01 42 71 41 11

La Lettre de Psychiatrie Française – 45, rue Boussingault – 75013 PARIS
✉ courriel : secretariat@psychiatrie-francaise.com – 🌐 : www.psychiatrie-francaise.com
Éditeur : Association Française de Psychiatrie / Syndicat des Psychiatres Français (AFP / SPF)
Tirage : 11 000 ex. – Dépôt légal : juin-juillet 2017 – ISSN : 1157-5611
Directeur de la publication : François KAMMERER
Rédacteur en chef : Jean-Yves COZIC
Rédacteur en chef adjoint : Nicole KOECHLIN
Comité de rédaction : Maurice BENSOUSSAN, Michel BOTBOL, Jean-Pierre CAPITAIN, Bernard GIBELLO, Simon-Daniel KIPMAN, Jean-Jacques KRESS, Claude NACHIN, David SOFFER, Pierre STAËL
Secrétaire de rédaction et Régie publicitaire : Valérie LASSAUGE
Mise en pages – Impression : Corlet Imprimeur – Condé-sur-Noireau – N° 186404

APPEL

L'Association Française de Psychiatrie

PROPOSERA en 2018

différents colloques sur les thèmes suivants :

- **La pédopsychiatrie, à Paris**
- **Les relations d'emprise, à Marseille**
- **L'identité, à Suze-la-Rousse**
- **La preuve en psychiatrie, à Paris**

**Si vous êtes intéressés par un des sujets,
merci de nous le faire savoir :**

L'Association Française de Psychiatrie
45, rue Boussingault - 75013 PARIS - ☎ 01 42 71 41 11
📧 contact@psychiatrie-francaise.com

À VOS AGENDAS



L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

PROPOSE
un colloque sur le thème

ANTHROPOLOGIE ET PSYCHIATRIE DANS LA SOCIÉTÉ DES AFFECTS

le vendredi 24 novembre 2017
à PARIS

Avec les intervenants pressentis :

Alain FROMENT (anthropologue au Musée de l'Homme, Paris)
Yannick JAFFRÉ (Ancien Maître de Conférences à la Faculté de médecine du Mali)
Samuel LÉZÉ (Maître de Conférences en anthropologie sociale à l'ENS Lyon)
Richard RECHTMAN (Directeur d'études à l'EHESS)
Yannis GANSEL (Psychiatre)
Jean-Pierre CAPITAIN (Psychiatre) et Chantal BIWER (Infirmière, Sophrologue)

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION :

Jean-Yves COZIC, Jean-Louis GRIGUER, Maurice BENSOUSSAN,
Michel BOTBOL, Jean-Pierre CAPITAIN, François KAMMERER

Le Programme complet se trouve en page 4 de ce numéro.

Pour toutes informations complémentaires, merci de nous écrire à l'adresse mail suivante :
secretariat@psychiatrie-francaise.com
ou visiter notre site internet : www.psychiatrie-francaise.com