Sommaire du BIPP n° 38 - Mars 2004

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 38 au format PDF

Editorial - Jean-Jacques Laboutière

Actualités syndicales - Yves Froger

- **Motion votée par l'Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP**
- **Un peu... beaucoup... passionnément... pas du tout ! Existons-nous encore ? Jean-Jacques Xambo**
- **Vous avez dit \opposable\" ? Michel Marchand"**
- **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : point d'humeur - Marc Maximin**

Les machines de l'évaluation - Jean-Louis Place

Lettre aux psychiatres - Jean-Jacques Laboutière - Yves Froger

Lettre aux députés

Conscience et libertés : la psychiatrie entre science et humanisme - Jean-Jacques Xambo

Pour dire au-revoir à Laurence... Dominique Jeanpierre

Editorial

Jean-Jacques Laboutière

Gérard Bles mettait souvent en garde contre la fascination exercée par la technologie en rappelant que tous les outils ont un double effet : leur utilité ne va jamais sans modifier l'opérateur, le plus souvent sans que ce dernier n'en prenne la mesure. Le récent rapport de l'INSERM sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies fait amèrement regretter que ses auteurs n'aient pas entendu ce salutaire conseil de prudence. En effet, quand on raisonne à partir de prémisses si mal assurées ("On prend pour hypothèse que l'ensemble des études est un échantillon de toutes les études possibles sur le thème donné" p.6), il est inévitable de parvenir à des conclusions douteuses. Comme le rappelle la clinique du délire paranoïaque, la rigueur du raisonnement n'empêche pas la fausseté du jugement. Le simple bon sens rappelle pourtant que si l'on veut observer les étoiles ce n'est pas d'un microscope dont il faut s'équiper, pas davantage qu'une batterie de méta-analyses ne permet de s'éclaircir des effets du transfert. Leurs merveilleux outils fascineraient-ils les chercheurs de l'INSERM au point qu'ils ne puissent renoncer à les utiliser quelle que soit leur adéquation à l'objet de la recherche ?

N'accordons donc pas plus d'importance à ce rapport qu'il n'en a, mais accordons lui cependant toute l'importance qu'il a. Il démontre en effet jusqu'à la caricature quel serait notre avenir de cliniciens si nous nous laissions séduire par la promesse d'une meilleure reconnaissance de nos pratiques en acceptant de les soumettre au crible d'une évaluation telle que la conçoivent l'INSERM ou l'ANAES : à peu près celui de

souris de laboratoires qui seraient sacrifiées par cohortes avant que les chercheurs n'admettent qu'ils ont fait fausse route et ne suspendent enfin leur fureur raticide. L'INSERM et l'ANAES devront admettre que les psychiatres privés gardent sur les souris de laboratoire le faible avantage de pouvoir protester devant l'assurance d'un tel destin et ne se priveront pas de le faire, d'autant plus qu'ils ont en charge quelque deux millions de patients dont le sort ne serait probablement guère meilleur.

Tous ces débats sur l'évaluation des pratiques psychothérapiques ne doivent cependant pas nous masquer le fond de l'affaire qui est avant tout de nature politique. En effet, que l'on aborde nos pratiques par leur versant clinique ou par leur versant professionnel, c'est-à-dire syndical, le véritable problème est bien que nous sommes de tous côtés confrontés à un impératif de légitimation de notre exercice et, en fait, d'impossible légitimation car les dés sont pipés. C'est pourquoi, si le débat actuel sur les psychothérapies justifie évidemment que nous prenions des positions fermes - et nous les avons prises - nous devons rester conscients qu'il n'est qu'un avatar de ce mouvement de fond incompa-rablement plus inquiétant. À cet égard, il n'est guère différent de l'échec des négociations conventionnelles de l'an passé où, là encore, nous était opposé cet impératif impossible de légitimer notre utilité sociale afin de la faire mieux reconnaître financièrement.

C'est donc à ce niveau plus fondamental que nous devons nous interroger afin d'orienter notre activité scientifique tout autant que notre action syndicale. Or, que pouvons nous comprendre de ce que nous observons ?

Tout semble se passer comme si la société contemporaine ne tolérait plus l'indépendance qu'elle a autrefois accordée à certains corps professionnels, et parmi eux les médecins libéraux, quand bien même une perte d'indépendance viendrait dramatiquement compromettre toute efficacité dans le domaine qui leur a été confié. À cet égard, la psychiatrie libérale semble encore plus malmenée que les autres disciplines médicales, alors qu'elle offre pourtant une complémen-tarité avec le secteur public bien plus évidente et se maintient dans un dialogue permanent avec les composantes publiques et universitaires de la spécialité. Existe-t-il des structures comparables à la FFP, au CASP ou à la Confédération Française des Syndicats de Psychiatres en chirurgie ou en médecine ? Imaginerait-on un rassemblement interprofessionnel de l'ampleur des États Généraux de la Psychiatrie en obstétrique ? Pourtant, le Plan Cléry-Melin, présenté comme la réponse du pouvoir à ces États Généraux, commence par une tentative d'encadrement de la psychiatrie libérale. Ferions-nous si peur ?

Pourquoi la médecine libérale, et singulièrement la psychiatrie libérale, dérangent-elles à ce point ? Sans doute pour tout un ensemble de raisons complexes et très hétérogènes. Quelques-unes d'entre elles se repèrent facilement dans les discours qui nous sont opposés : pour les économistes nous dépensons de manière inconséquente des sommes énormes qui pénalisent la productivité des entreprises en les accablant de charges ; pour les financiers nous détournons ces mêmes sommes des jeux du marché ; pour les politiques, quelles que soient leurs orientations, nous ne valorisons pas assez les actions de santé publique… Mais, finalement, n'est ce pas surtout parce que nous vivons dans une société où quiconque tente de soutenir l'ordre symbolique dans une position tierce - c'est-à-dire en dehors de tout contrat de gré à gré ordonné à l'illusion d'un échange de jouissance - devient intolérable dans la foire universelle du consumérisme ?

Notre indépendance, tant scientifique que professionnelle, constitue donc le principal enjeu de tous les combats que nous devrons mener dans les mois qui viennent. Les diverses péripéties de ce combat ne doivent pas nous le faire perdre de vue. Or, dans cette lutte, peut-être sommes-nous sur le point de perdre notre principal interlocuteur historique : la CNAM-TS.

Certes, il s'agit là d'un interlocuteur capable de trahisons depuis une dizaine d'années mais voyons les choses d'un peu plus loin. S'il est vrai que la CNAM-TS version MEDEF-CFDT s'est avérée une abomination, elle

conserve l’intérêt de constituer structurellement à la fois une instance tierce entre le Politique et les professions de santé garante d’un certain nombre de règles du jeu ainsi qu’une instance légitime de représentation des patients, même si les chômeurs en sont malheureusement exclus.

Sans doute vaudrait-il mieux que les médecins appellent la CNAM-TS à se ressaisir et à redevenir ce qu’elle doit être plutôt que de se laisser tenter par les sirènes d’un libéralisme outrancier. Il n’est que temps. Qu’en sera-t-il en effet si elle doit être démantelée par la prochaine réforme de l’Assurance Maladie et jetée en pâture aux groupes financiers propriétaires des assurances privées? Quel tiers pourra alors être invoqué pour arbitrer les rapports entre médecins et assureurs sinon le marché et ses aléas dont le Politique se fait si complaisamment le porte parole ? Quelle instance de représentation restera-t-il aux patients sinon des associations diverses et variées qui, quelle que soit leur détermination, avancent en ordre dispersé ? Voilà les questions qui doivent avant tout orienter nos options syndicales.

Certes le SNPP n’oublie pas l’insuffisance des honoraires. Il la combat depuis près de deux ans, et plus vigoureusement que beaucoup d’autres syndicats, par ses consignes de DE élargi. Mais l’engagement dans l’action ne doit pas faire perdre de vue les repères qui la guident. C’est bien pour un CNPSY revalorisé dans le cadre conventionnel que nous luttons, et non pas pour nous perdre dans les jeux du marché ou dans une confiance aveugle au Politique. Croire que l’indépendance professionnelle indispensable à la qualité de nos pratiques puisse être assurée par l’un ou l’autre nous paraît une très dangereuse illusion.

Il semble que notre point de vue devienne original dans le concert syndical ambiant. Il n’a d’ailleurs pas été pour rien dans la rupture du SNPP d’avec la CSMF. C’est pourquoi nous avons voulu consacrer ce numéro du BIPP à mieux expliciter notre position. Vous y lirez plusieurs articles qui tentent de le faire sous différents angles d’attaque.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Actualités syndicales

Yves Froger

Incontestablement, le combat syndical vient de franchir une nouvelle étape ces dernières semaines,

- c'est tout d'abord le mouvement de passage forcé en secteur 2 émanant de quelques coordinations départementales (45, 84, 37, 86) , et d'autres s'y préparent,
- c'est aussi l'arrivée d'une nouvelle vague de menaces de sanction en provenance des CPAM (06, 17, 35, 38, 50, 76, 78, 84, 93),
- c'est enfin le changement de ton de J.-F. Rey, président de l'UMESPE qui dénonce l'absence de tout projet politique consistant pour les spécialistes de secteur 1 et notamment dans les discussions sur la future CCAM.

Rappelons que cela fait maintenant 2 ans que nous appelons à suivre le mouvement des spécialistes :

- grève de la télétransmission,

- usage élargi du DE avec tact mais bien au-delà de son utilisation restrictive antérieure parce que les conditions économiques l'exigent pour le maintien d'un exercice de qualité en dehors de toute revalorisation significative du CPSY, et parce qu 'en l'absence de convention, le RCM donne lieu à diverses interprétations (cf. **études juridiques sur notre site**).

Ces deux mots d'ordre conservent toute leur importance, le premier parce qu'il signifie notre refus de toute collaboration avec les Caisses qui n'ont pas fait le moindre geste à notre égard et qu'il rappelle notre exigence absolue du respect de la confidentialité déjà sérieusement mise à mal par Sésame Vitale 1 et totalement laminée avec le projet Sésame Vitale 2, le second parce qu'il stigmatise notre revendication de revalorisation du tarif opposable après 9 ans de blocage et que quelle que soit la réforme à venir (panier de soins, secteur unique, secteur 2 généralisé etc.) elle se fera sur la base de ce tarif de remboursement minimum qui doit souligner la complexité de notre acte. Quand bien même il existe un espace de liberté tarifaire, il sera référencé au tarif opposable, ne serait-ce qu'au regard des conditions économiques de nos patients. Enfin le relèvement du tarif opposable est la garantie pour tout patient, même en situation précaire de trouver un médecin correctement rémunéré pour son acte de soins, et donc tout à fait enclin à le recevoir.

Ces deux mots d'ordre conservent toute leur légitimité tant pour les patients que pour les psychiatres.

Mais ces deux mots d'ordre sont aussi source de beaucoup d'ennuis pour certains psychiatres qui les appliquent depuis 2 ans.

En effet les CPAM qui avaient déjà sanctionné des collègues (22, 26, 37, 56 etc.) par la suspension de leur participation aux charges sociales ont été rejointes par plusieurs autres qui viennent d'adresser des lettres de menaces identiques pour usage trop important du DE alors qu'aucun chiffre n'a jamais été déterminé et que cet usage du DE pour exigence particulière du patient est à la seule appréciation du médecin, et en aucun cas des caisses. Ces menaces et ces sanctions ont durci en retour les mouvements locaux de résistance.

Il n'est évidemment pas question de céder à cette intimidation et un retour en arrière est impossible pour tous ceux qui se sont fortement investis dans cette action. Deux ans de lutte supposent un fort engagement pour lequel un renoncement est inconcevable.

C'est bien entendu localement et en fonction des forces en présence que se dessinera la poursuite du mouvement, mais nous nous attachons à apporter à nos collègues tous les éléments nécessaires, que ce soit pour un recours juridique devant le tribunal administratif, ou qu'il s'agisse de la poursuite du mouvement dans le cadre du DE élargi ou dans le cadre du passage forcé en secteur 2 si celui-ci s'avère plus propice à la poursuite du mouvement entrepris.

Les études juridiques que nous avons fait réaliser, (et qui sont disponibles sur notre site) n’apportent aucune réponse garantissant l’absence de sanctions quel que soit le mode d’action choisi.

Nous avons aussi pu constater que les TASS de différents départements ont répondu de façon tout à fait opposée à la même demande de passage en secteur 2. Ceci confirme que la réponse au conflit sera politique et non pas juridique.

Cela nous rappelle que la fonction d'un syndicat est d'entretenir et de se situer en permanence dans la conflictualité avec les tutelles, conflictualité inhérente à l'organisation de la médecine libérale, qu'elle soit régie par une convention ou par le RCM, et qui nous impose de rappeler toujours et sans cesse la position et les revendications des psychiatres libéraux.

Soutenir la conflictualité suppose des objectifs. Nous les énonçons régulièrement dans nos courriers. Ils participent de la défense d'une psychiatrie de qualité pour les patients et pour les psychiatres :

- cela passe par le rejet des protocoles d'évaluation standardisée et antinomique de la dimension subjective de notre exercice,
- cela passe par le maintien de l'indépendance professionnelle et donc d'une totale liberté dans nos orientations thérapeutiques,
- cela passe par la conservation d'un acte unique de consultation dans la future CCAM sans dissociation de la pratique psychothérapique, et donc par le refus de toute nomenclaturisation des psychothérapies,
- cela passe par la revalorisation des honoraires,
- cela passe par le refus d'amputation et de dénaturation de notre pratique en réponse à des injonctions ministérielles ignorant tout de la nature, de la qualité, de l'étendue et de la diversité des soins que nous prodiguons aux 2 millions de patients qui constituent notre file active (plus importante que celle du service public),
- cela passe par la garantie de l'accès aux soins pour tous les patients.

Soutenir la conflictualité suppose aussi des moyens. C'est notre travail syndical de contacts et d'interpellations permanentes des interlocuteurs concernés. Cela continue de fonctionner avec les services ministériels. Il n'en est pas de même avec la CNAM–TS. C'est l'effet dévastateur du refus des négociations conventionnelles opposé aux spécialistes libéraux par J-M. Spaëth. Cela implique que nous déplacions les contacts au niveau des CPAM par des actions sur le terrain pour lesquelles nous vous avons sollicités. Ces actions sont le pilier de la pression syndicale. Elles ont été initiées et reposent toujours sur l'usage élargi du DE. Cette action a été suffisamment fédératrice pour rassembler un grand nombre de protestataires bien au-delà des psychiatres. Elle s'intègre parfaitement à cette dynamique conflictuelle que nous nous efforçons de maintenir. Elle fait parler d'elle, elle sensibilise les patients, elle entraîne des rencontres au niveau des CPAM, elle réaffirme l'exigence d'une revalorisation des honoraires. Les sanctions peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal Administratif.

Le temps est-il venu de passer à autre chose ? Deux idées se dégagent, le passage en force en secteur 2, et le déconventionnement.

25% des psychiatres libéraux exercent en secteur 2. Comment dès lors contester la volonté de passage en secteur 2 affichée par les psychiatres en secteur 1 menacés ou sanctionnés pour usage élargi du DE et sans autre réponse des caisses. Là non plus pas de garantie juridique ni argumentation certaine. C'est donc en tant que mouvement local massif que cette action doit s'organiser pour déboucher sur une issue favorable qui ne peut être que l'accord d'exercer en secteur 2.

Cette solution satisfaisante sur un plan individuel et donc légitimement recherchée ne répond par contre en rien à nos attentes collectives. Elle laisse en suspend la revalorisation des honoraires tout aussi importante pour les deux secteurs. Elle n'est pas applicable par tous au regard des différences de clientèle, et sa généralisation comporte des incertitudes économiques qui pourraient s'avérer pénalisantes pour les médecins et bien sûr pour les patients les plus démunis. Aussi le passage en force en secteur 2 ne peut constituer qu'une réponse locale à la surdité et à la virulence des CPAM à l'égard des médecins protestataires contraints de trouver une issue. Mais cette action ne s'intègre pas dans la dynamique de la conflictualité. Elle signe au contraire son échec du fait de l'impossible dialogue avec les Caisses.

L'hypothèse d'un mouvement de déconventionnement pose le même problème. Il est avant tout le constat très juste du refus de la CNAM-TS de tout dialogue avec nous et repose sur le pari d'une possible reprise des échanges dans une situation de tension extrême. Hélas rien ne garantit ce cas de figure, et nous pouvons même redouter l'inverse à l'image des événements récents dans la Drôme où les autorités envisagent de rapatrier l'activité des spécialistes libéraux protestataires et scandaleusement sanctionnés dans le secteur public, ce qui ne fait que précipiter des projets anciens et bien connus de certains technocrates du ministère. Là aussi on coupe court à toute conflictualité en séparant définitivement les deux parties. C'est la disparition du secteur libéral pour les spécialistes. Ce n'est pas notre choix. Le choix du déconventionnement reste par contre un aménagement individuel tout à fait compréhensible lorsque cette conflictualité n'est plus tenable.

Tout autant que la revalorisation du tarif opposable, l'aménagement d'un espace de liberté tarifaire apparaît absolument nécessaire et incontournable. Reste à savoir dans quel cadre l'insérer.

- Généralisation du secteur 2 ? Nous avons exprimé nos réserves sur cette solution.

- Adoption du secteur unique ? Ce projet nous paraît plus juste que le secteur 2 pour les patients et plus sûr pour les médecins (cf. courriers antérieurs), mais aucune majorité politique ne semble en mesure de le soutenir.

- Assouplissement et extension de l'usage actuel du DE ? Le mouvement de protestation nous a amenés à expérimenter et promouvoir cette ouverture qui s'est révélée tout à fait intéressante à plusieurs titres. Outre un espace de liberté tarifaire, il s'agit aussi d'un dispositif technique qui nous offre quelques degrés de liberté supplémentaires dans notre pratique quotidienne.

Au moment où la profession se divise sur la question des psychothérapies et sur celle de l'évaluation, il nous apparaît indispensable et crucial de retrouver la cohésion et la solidarité dans le cadre du mouvement de protestation.

Cette analyse nous conduit à penser que les deux mots d'ordre d'usage élargi du DE et de grève de la télétransmission nous permettent de conserver notre cohérence syndicale et d'occuper pleinement notre espace dans la défense de nos intérêts et de nos patients.

Yves FROGER

Motion votée par l'Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP

Comme chaque année, notre Assemblée Générale est l'occasion de voter une ou plusieurs motions qui cadrent les grandes directions de travail pour l'année à venir.

Cette année, nos débats ont abouti à une seule motion de politique générale, essentiellement ordonnée aux menaces que le Plan Cléry-Melin et les projets de réglementation de la pratique des psychothérapies représentent pour l'exercice des psychiatres privés.

Les adhérents de l'AFPEP-SNPP, réunis en Assemblée Générale les 31 janvier et 1er février 2004, ont voté la motion suivante :

L'AFPEP-SNPP adhère pleinement aux conclusions des États Généraux de la Psychiatrie qui se sont tenus à Montpellier en juin 2003. Les motions votées à l'issue des États Généraux rappellent, notamment, les points suivants :

Dans leur mission – … [les professionnels] …– doivent connaître un espace d'indépendance professionnelle qui leur permette d'allier confidentialité et élaboration possible avec des tiers, cadre et disponibilité, art et rationalité.
S'il leur est indispensable de rendre compte de ce qu'ils font, une obsession de transparence est toutefois délétère sur leur action elle-même.
C'est à eux qu'il appartient de définir les soins en psychiatrie.
Toute entreprise de protocolarisation des soins constitue un déni de la singularité en prenant la maladie pour le malade.

L'AFPEP-SNPP rappelle que, si ces principes ont été reconnus comme indispensables à la qualité et l'efficacité des soins en psychiatrie quel que soit le mode d'exercice, c'est précisément sur eux que la psychiatrie privée s'est construite.

La confidentialité, l'indépendance professionnelle et la possibilité d'accès aux soins pour tous – garantie par le libre choix du praticien par le patient ainsi que le primat de la demande de soins sur toute autre considération a priori – constituent en effet le cadre indispensable à l'efficacité des soins en psychiatrie privée. Remettre en cause un seul de ces points dénaturerait radicalement l'intégralité du cadre de soins, portant du même coup sévèrement atteinte à la qualité des soins.

Or, le Plan d'Action Cléry-Melin énonce un certain nombre de propositions qui, si elles étaient appliquées, auraient sans aucun doute un impact redoutable à cet égard.

Ainsi, la mise en place d'un psychiatre coordinateur sur un territoire de santé donné, dont le rôle serait d'adresser les patients à tel ou tel praticien, constitue une atteinte au principe de libre choix du praticien par le patient et dépossède le patient de sa propre demande de soins.

D'autre part, la distinction proposée par ce Plan entre *"demande de soins"* et *"besoin de soins"*, non seulement procède d'une totale méconnaissance des ressorts de la démarche de soins, mais encore suppose que le psychiatre assume dans un premier temps une position d'expert chargé d'évaluer la légitimité de la prise en charge des soins par l'Assurance Maladie, évacuant ainsi la demande de soins du patient au profit d'une catégorisation a priori d'autant plus pernicieuse qu'elle empêchera que se mette en place la relation entre le patient et le praticien indispensable à l'émergence de la clinique.

Par ailleurs, toutes les propositions de ce Plan portant sur les psychothérapies font implicitement référence à une conception de la psychothérapie dans laquelle les psychiatres privés ne peuvent pas se reconnaître. En effet, les psychothérapies sont à l'évidence réduites ici à des techniques de soins, nécessairement standardisées puisqu'elles devraient faire l'objet d'une nomenclature et éventuellement déléguées à d'autres intervenants moins qualifiés que les psychiatres.

Cette conception de la psychothérapie ne correspond en rien aux effets psychothérapiques produits par les prises en charge des psychiatres privés qui, loin de s'en tenir à la stricte application de techniques codifiées de manière rigide, intègrent leur compétence psychopathologique et leur formation psychothérapique dans une stratégie de soins globale et constamment réajustée en fonction de l'évolution de chaque patient.

C'est précisément pour rendre compte de ce travail permanent d'intégration et d'articulation des différents registres médicaux, psychopathologique et psychothé-rapique de la prise en charge des psychiatres privés que la nomenclature des actes médicaux doit conserver un acte unique pour coter les actes des psychiatres. Cliver artificiellement cet acte entre consultation et psychothérapie reviendrait en fait à dénier ce qui spécifie le travail de psychiatre.

Enfin, tout laisse craindre qu'une conception si réductrice des psychothérapies ne débouche inévitablement sur la tentation d'évaluer leur efficacité. Or non seulement l'essentiel des effets psychothérapiques des prises en charge ne peuvent s'évaluer hors d'une étude clinique minutieuse du parcours de chaque patient, et donc contraire aux méthodologies généralement utilisées en cette matière, mais encore cette ambition d'évaluation serait d'autant plus absurde qu'il s'agirait alors d'évaluer des procédures de soins dont l'inefficacité aurait été préalablement organisée par la méthode d'évaluation.

L'AFPEP-SNPP demande que la reconnaissance de l'importance de la psychiatrie privée – longtemps attendue et enfin réalisée par le Plan Cléry-Melin – se traduise d'abord par le respect des nécessités techniques indispensables à son efficacité. Elle dénonce donc toutes les mesures du Plan Cléry-Melin qui dénaturent cette pratique, patiemment élaborée au cours de 40 ans d'histoire et dont les États Généraux de la Psychiatrie ont confirmé la pertinence.

Cela suppose l'abandon des propositions suivantes :

- Nomenclature des psychothérapies,

- Dissociation de l'acte de consultation et de l'acte de psychothérapie,

- Évaluation des pratiques en fonction de références niant la singularité et la subjectivité de chaque patient.

Enfin, deux problèmes demeurent par ailleurs cruciaux en psychiatrie privée. D'une part le déséquilibre de plus en plus criant entre les demandes de soins et la disponibilité des psychiatres, d'autre part les revenus des psychiatres qui demeurent les plus bas de toutes les professions médicales.

Toutefois, ni l'un, ni l'autre de ces problèmes ne trouvera de réponse en évinçant les psychiatres privés de leur position soignante, au risque de priver de soins les deux millions de patients qu'ils prennent en charge.

Un peu... beaucoup... passionnément... pas du tout ! Existons-nous encore ?

Jean-Jacques Xambo

Une salve d'évaluations d'experts et de projets légaux ciblent récemment la pratique quotidienne du psychiatre et plus globalement le lien social.

Le Sénat vote le 19 janvier 2004 l'amendement 363 proposé par le gouvernement, en substitution du texte proposé par Monsieur Accoyer, sur la réglementation des psychothérapies, texte voté en première lecture le 8 octobre 2003 par l'Assemblée Nationale lors de l'examen de la Loi de Santé Publique.

L'Inserm propose le 26.02.04 un rapport sur l'évaluation des psychothérapies. L'ANAES, confortée par le rapport Cléry-Melin, impose une évaluation conçue pour le modèle cognitivo-comportemental (modèle contenant lui-meme l'autoévaluation comme mode pédagogique transférentiel) et fait apparaître comme obsolète l'orientation psychodynamique. Nous savons la quasi impossibilité de faire paraître dans la littérature scientifique internationale toute communication ne relevant pas d'un protocole chiffrable sur des cohortes, donc est exclu de fait du fond bibliographique de cette étude tout travail psychodynamique dont le mode habituel de communication clinique est monographique intersubjectif, et au "un par un".

Devant tant d'égard et de pression pour notre bien et celui de nos patients, pourquoi nombre d'entre nous sont-il pris d' un profond malaise ? Notre pratique a t elle une validité, une histoire ? Sommes-nous coupables d'ignorance devant l'avancée illuminante de la Science (ou d'une foi moderne appauvrie en son idéologie ?). Sommes-nous de dispendieux idéalistes grevant les budgets publics ? Sommes-nous d'impertinents charlatans ?

Que devient la psychothérapie du psychiatre dans ce vaste champ de bataille cacophonique soulevé en réaction à l'amendement Accoyer ? Que signifie donc notre pratique quotidienne de médecin et thérapeute spécialisé en psychopathologie ?

Nous voilà décriés par la psychanalyse "pure et dure" pour notre coupable tentation soignante, nos interventions concrètes, notre lien à l'enracinement corporel et biologique, notre maniement de la médication (si nécessaire seulement... !). Nous voilà aussi sommés d'avoir à nous conformer ou nous confondre au champ des psychothérapies structurées. Notre pratique doit être aussi évaluée, codifiée, normée, son prix soupesé. Les psychiatres démographiquement diminués sont sommés de s'en tenir à une place expertale d'orientation ou de déléguer leur compétence à d'autres professionnels. Comment pouvons-nous imaginer ouvrir un espace de liberté pour la pensée de nos patients si un tel interdit de rencontre, d'invention et de pensée vient frapper notre pratique sous couvert de rationalisation, accréditation, garantie et surtout moindre coût ?

La pratique quotidienne du psychiatre, son invention clinique, sa collaboration ancienne avec les différents métiers du soin, est dynamique et orientée par le temps. L'échange psychothérapique sert l'investigation

clinique hors laquelle un modèle diagnostique perd tout sens. Les effets psychothérapiques de cette rencontre avec le patient sont appuyés à la fois sur une écoute humaine et intersubjective, comme sur l'articulation complexe, extraterritoriale, de modèles pluriels, synergiques ou parfois contradictoires, mis en œuvre individuellement et singulièrement selon les besoins et le moment du patient.

Mais au delà des formations psychothérapiques personnelles spécifiques où les psychiatres s'engagent, en s'exposant à l'expérience singulière d'un transfert de formation et d'une élaboration "psychothérapique" personnelle de leur vie psychique, on n'oubliera pas l'originalité de leur formation et de l'expérience médicale qui rencontre la maladie, maladie organique et maladie mentale, là où se côtoient la douleur psychique et le désir, la folie et la mort, la souffrance corporelle et la souffrance sociale. Réaffirmons aussi notre conviction que toute souffrance n'est pas "trouble" ou maladie à éradiquer selon un modèle normatif ou pseudo-chirurgical.

Rappelons également que la psychanalyse conserve sa valeur originale pour le psychiatre, comme théorie éclairant la pratique, comme référence à l'inconscient, à la subjectivité et au désir, comme référence incontour-nable pour le lien inter et intrasubjectif et pour éclairer la relation soignante par la notion de transfert.

D'autres modèles, neuropsychologiques ou cognitivo-comportementaux comme pharmacologiques font partie intrinsèque de la connaissance en psychiatrie sur le versant de sa volonté de faire science, voire d'une visée d'objectivation, à envisager avec une prudence critique hors du champ de la recherche en pharmacologie et neurosciences. La pluralité des modèles, l'implication subjective libre du praticien, sa formation, sa réflexion et son expérience plurielle et complexe doivent justement nous protéger contre les réductionnismes sectaires de tous bords.

Le lien social change. D'intersubjectif il se centre de plus en plus vers l'échange de biens et de jouissances. Être soi-même par son mirage narcissique et ses effets paradoxaux de clonage adultolescent, peut supplanter l'engagement des solidarités. L'espace intime est de plus en plus distordu par une exposition, et une "vidéosur-veillance" de soi et des autres. Évaluer, garantir, et contrôler le lien humain, "gérer" soi et les autres pour un meilleur contrôle de productivité, devient l'idéal d'une technocratie de la consommation et du besoin, jusqu'à la production contrôlée d'un corps machinique, photographié, chiffré, manipulable, génétique et prothésé : véritable figure acéphale du Destin. Prévenir, soigner et punir, contrôler les coûts, protocoliser les pratiques forment un cauchemar climatisé moderne. Dans cette constellation, l'homme désirant et parlant devient un artefact parasite mal maîtrisable et donc banni. Comment ce programme social à la fois vigoureusement adaptatif et excluant pourrait être compatible avec la volonté de libération d'une pratique psychiatrique éclairée ?

Si, psychiatres, nous sommes aujourd'hui exposés à ce malaise qu'en sera-t-il de nos patients demain ?

Jean-Jacques XAMBO

Vous avez dit "opposable" ?

Michel Marchand

Que signifie aujourd'hui défendre l'acte de consultation psychiatrique unique à tarif opposable ? Cette défense est-elle légitime ? Quelle position devons-nous soutenir ? Quel est le sens même de notre combat syndical ?
Nous entendons souvent l'acceptation du discours dominant qui établit les rapports sociaux et humains sous le seul angle économique – ou à défaut judiciaire – ramenant la santé à un objet d'échange entre producteur

de soins et consommateur de soins assujettis aux lois du marché.
Acceptation aussi de l'idée qu'il n'y a plus assez d'argent pour assurer la santé de tous et, en conséquence, qu'il faut abandonner la prétention d'une revalorisation significative de notre activité – la consultation psychiatrique – par les gestionnaires de la santé. Il suffirait dès lors de se tourner vers les patients pour faire l'appoint, laissant aux syndicats non médicaux le soin de négocier les tarifs opposables pour la seule CMU.
Acceptation enfin que comme d'autres pays européens ou d'Amérique du Nord qui se sont délibérément tournés vers l'assurance privée pour se dégager du problème, avec pour corollaire la protocolisation des soins à l'aune de leur possible remboursement, on soit obligé de prendre la même direction.
S'agit-il pour nous de nous contenter mollement de constater ces faits, de les considérer comme inéluctables, et de retirer petitement notre épingle du jeu politique, avec quelques sous au passage ?
Ou, au contraire, avons-nous à considérer, en tant que citoyens et en tant que professionnels, que :

- - la politique de la santé est l'affaire de tous et au premier chef des professionnels de la santé, et qu'il nous appartient d'énoncer le cadre dans lequel les soins doivent se dérouler,

- - les moyens nécessaires sont à dégager pour assurer la santé de tous nos concitoyens sous la responsabilité de l'État, pour que le droit à la santé soit effectif pour tous et non limité aux ressources que chacun peut y mettre,

- - les économies faites dans le budget de la santé sont à rechercher du côté des coûts inutiles et de l'insuffi-sance de la prévention, mais sûrement pas dans l'enfermement des professionnels dans des protocoles et des standards établis par des règles administratives niant la singularité du sujet (qu'il s'agisse du psychiatre, du patient, ou de leur relation duelle),

- - diminuer aveuglément le budget de la santé c'est aussitôt augmenter de façon peut-être moins lisible mais bien réelle les coûts dans d'autres secteurs de la vie de la collectivité (coûts sociaux liés aux pathologies non ou mal traitées : errance, délinquance, criminalité, désinsertion sociale, inactivité professionnelle, et toutes les conséquences délétères sur l'environnement social et familial…).

Nous assistons, dans le même temps, à une convergence de dispositifs qui conduisent de façon coordonnée au démantèlement de la profession. Le plan d'action Cléry-Melin, le rapport Berland, l'amendement Accoyer devenu Mattei, le pôle nomenclature et la future CCAM, forment un ensemble cohérent qui ne peut qu'aboutir à une situation aberrante :

- - scission de la consultation psychiatrique, rangeant la psychothérapie parmi les techniques compartimentées,

- - systématisation des pathologies correspondant à des prises en charge par des assurances différentes (assurance maladie, assurance complémentaire…),

- - glissement de la psychothérapie vers d’autres professions situant le psychiatre au rang d’expert ou de coordinateur et non plus de clinicien en constante élaboration au contact des patients.

L’histoire nous montre que différencier les cotations conduit immanquablement à une dévaluation de l’acte de base.
L’instauration du secteur II a certes permis au gouvernement d’alors de tempérer la grogne des médecins ainsi que les dépenses de l’assurance maladie. Elle a surtout conduit à geler le secteur I pour ceux qui avaient justement choisi une pratique garante de l’accès aux soins pour tous ! La revendication de passage au secteur II ne peut qu’accentuer encore ce clivage et la non reconnaissance de l’acte de base qui fonde notre activité.
Soit nous tenons une position défaitiste en renonçant à défendre le tarif opposable, c’est-à-dire en abandonnant ou limitant le primat de la solidarité sociale concernant le droit à la santé : "puisque c’est comme ça, qu’on n’y peut rien, que l’enveloppe sociale est figée, eh bien ponctionnons tous les patients qui peuvent l’être encore pour retrouver un équilibre économique (provisoire)".
Ce serait nous dessaisir d’un rôle moteur, d’une position syndicale qui se veut partenaire à part entière d’une politique solidaire traitant des questions de santé publique. Ce serait du même coup renoncer à la reconnaissance de la valeur de notre travail par nos partenaires. Ce serait enfin une défaite pour nos patients qui, dès lors, seraient les seuls à assurer la revalorisation de notre activité !
Cela veut dire une liberté tarifaire assurée par les patients. Dès lors, quelle légitimité de notre position syndicale ?
Soit nous considérons que notre rôle s’inscrit et dans une relation spécifique avec chacun de nos patients et comme acteurs d’une politique de santé qui se fonde sur la qualité des soins et la possibilité pour tous de se soigner, dans le respect de la singularité et de la confidentialité de chacun.
C’est là, me semble-t-il, la clef de voûte de la position que nous avons à tenir vis-à-vis de nos partenaires : l’État, l’Assurance Maladie, les patients.
En défendant un acte unique, spécifique et non protocolisable, remboursable dans une proportion acceptable pour les patients, nous défendons nos exigences professionnelles et éthiques, en pleine conscience de notre rôle à jouer pour que la santé mentale soit possible dans notre pays et ait, pourquoi pas, un caractère exemplaire à proposer à nos partenaires européens.
Oui au tarif opposable revalorisé !
Oui à une position syndicale opposable… au discours dominant, au modèle du tout économique et judiciaire !
Voilà qui souligne l’ardente nécessité de redéfinir la convention, dans un véritable partenariat, avec une assurance maladie à défendre en tant que système de répartition où chacun cotise en fonction de ses revenus et soigné en fonction de ses besoins, avec un État porteur d’une politique volontaire.
Redéfinissons une convention respectueuse :

- - de l’éthique professionnelle,

- - du libre choix des patients et de l’accès aux soins pour tous, quel que soit le lieu de résidence ou la situation économique (démographie à reconsidérer, revalorisation de la consultation psychiatrique),

- - de la confidentialité,

- - de la liberté de réponse thérapeutique,
- - de l’indépendance professionnelle : assurance professionnelle, télétransmission, formation et évaluation,
- - de chacun des partenaires qui la signent !

Soyons plus nombreux encore avec l’AFPEP – SNPP pour inscrire notre action dans une véritable politique de santé et dans une relation conventionnelle non dévoyée.

Michel MARCHAND

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : point d'humeur

Marc Maximin

La psychiatrie infanto juvénile traverse une crise fondamentale qui doit nous interpeller et nous faire réagir sur les enjeux et les risques.

Ce secteur riche d’une pluridisciplinarité, d’une dynamique, d’une recherche et d’un étayage théorique toujours en question se retrouve aujourd’hui de par sa spécificité comme le maillon le plus faible face à la mutation de l’organisation du lien social.

Mutation qui est la suite logique d’une évolution dans nos fonctionnements et qui, faute d’être identifiée et prise en compte, nous laisse sans repères, dans une recherche permanente de responsables et sans "protection" face aux demandes auxquelles nous sommes confrontés.

En effet, l’éclatement des familles avec une disparition ou une reconfiguration des modalités de solidarités et d’échanges, la quête à l’individualisme et à la "bonne" santé permanente, la dominance des technosciences comme moyen d’explication et de réponse à tout problème ont amené un fonctionnement collectif qui s’est émancipé de toute référence, de toute position de tiers.

Cette modification par rapport à une position d’extériorité ou de transcendance remet en question la reconnaissance symbolique de la légitimité de la place de responsable, de celui qui est en position d’autorité (parents, éducateurs, enseignants, médecins, etc.).

Ce mode permettait la reconnaissance collective de la différence des places et aussi de l’incomplétude qui fonde aussi bien la vie psychique du sujet que la vie collective.

On assiste à une réorganisation selon un régime qui se veut complet, qui fonctionne dans l’immédiateté et "la réponse à tout".

La démarche de transparence à tout prix, dans un contexte de codification permanente et de réductionnisme sur un mode de causalité linéaire, s’inscrit dans cette mutation.

L’enfant est le premier touché par cette perte de repères, il est aussi et surtout la première cible de toutes les "attentions" de ce nouveau fonctionnement.

La psychiatrie infanto juvénile a toujours défendu cette notion de différences des places, d’incomplétude et donc de singularité subjective. Elle est actuellement mise à mal tant sur le fond que sur la forme.

L’approche symptomatologique qui est dominante actuellement fait le forcing devant ce dernier bastion de la psychiatrie qui se défend encore par une classification (Mises) face à la déferlante statistique du DSM.

Il suffit de constater le développement et l’évolution crescendo, aux dépens de la clinique psychiatrique, du fonctionnement sur le mode de la réponse chimiothérapique et neurologique aux problématiques.

On est alors confronté à un rapport au savoir qui se veut dans une pseudocertitude scientifique, qui laisse peu de place au doute et à la remise en cause.

Cette rationalité scientifique semble souvent vouloir cautionner des hypothèses et des méthodologies fondées sur d’autres considérations sans doute plus mercantiles…

Mais peut être le plus impressionnant se masque-t-il sous le vocable de prévention où l’on assiste à des protocoles de prise en charge thérapeutique à l’école, dans la famille, voire dès la naissance, qui sous couvert d’une caution scientifique se révèlent très dangereux.

Il ne s’agit plus alors de psychiatrie mais d’une technologie aux ordres d’une demande sociétale d’un toujours plus correct, toujours plus efficace, et qui ne peut que dériver vers un rôle de régulateur social avec ses dérives normatives.

On assiste à une attaque organisée de la pédopsychiatrie qui commence par un démantèlement en règle du secteur public. Les enfants et adolescents qui présentent des troubles de la personnalité, sont pris en charge pour plus des 2/3 dans le secteur médico-social et l’ouverture de lits d’hospitalisations, au vu de la carence dans le public, se fait actuellement majoritairement dans le secteur privé. Alors que le secteur médico-social a été à la pointe de la psychothérapie institutionnelle, on est confronté actuellement à une démédicalisation importante avec sa conséquence qui est une socialisation voire une approche purement rééducative des problèmes psychologiques.

Par ailleurs l’hospitalisation privée se trouve interpellée de plus en plus souvent, du fait de l’absence quasi-totale d’accueil de jeunes en crises et, devant l’absence de moyens pour répondre à ces demandes, elle risque de s’inscrire dans une réponse en miroir sur un mode exclusivement chimiothérapique.

Quant à l’exercice libéral de la psychiatrie infanto juvénile, il essaie de tenir et de s’exercer dans les meilleures conditions possibles, face à l’impossibilité qui lui est faite par les charges et contraintes qui pèsent sur lui. Ce mode représente souvent la dernière réponse, le seul lieu possible d’accueil, d’écoute et d’échange face à la souffrance.

Les adolescents sont à la mode, surtout pour les conduites addictives qui sont très médiatisées : la manière dont les services universitaires se sont emparés de ce domaine en témoigne.

Par ailleurs l’adolescent a toujours fait peur. Actuellement devant cette mutation qui ne lui laisse plus la possibilité de faire appel à une extériorité repérante, il est mis en demeure de renégocier et de remanier tout ce qui le concerne, et cela se fait souvent dans le tumulte et l’opposition.

La pédopsychiatrie est souvent interpellée pour réguler tout comportement considéré comme "déviant". Il est important qu’elle ne psychiatrise pas les problématiques sociologiques générales et empêche ainsi un vrai débat de fond.

Paradoxalement il est laissé dans le champ social de plus en plus de pathologies psychiatriques "lourdes", du fait souvent de la pénurie de lieux d'accueil et de soins en dehors de l'urgence.

Tout ceci pour dire que cette déstructuration du service public de la pédopsychiatrie et le glissement insidieux de la prise en charge, soit sur le mode du social, soit sur un mode strictement médicalisé, correspond à un champ d'expérience et à une première étape qui va s'étendre à toute la psychiatrie et entraîner la disparition de la clinique psychiatrique.

Le privé ne peut fonctionner que si il y a le public et vice versa, et il faut faire attention de ne pas être attiré par des sirènes qui nous entraînent vers des impasses…

Devant l'évolution vers une psychiatrie athéorique, normative et complètement inféodée aux laboratoires, il est indispensable de résister, il s'agit là de notre responsabilité politique de psychiatre et l'on ne peut s'y dérober.

La défense du secteur privé et public en pédopsychiatrie doit être notre mot d'ordre.

Le SNPP va continuer à se battre pour faire reconnaître à sa juste valeur l'acte du pédopsychiatre dans le mode d'exercice libéral avec tout ce que cela comporte en spécificité, en énergie, en lien et donc en temps avec les différents intervenants concernés (famille, école, travailleurs sociaux etc.). Cette possibilité d'accueil et de soins est fondamentale tant dans son articulation avec les différents modes de prises en charge que pour sa particularité, sa richesse et sa souplesse de fonctionnement.

Le SNPP va essayer de faire un état des lieux de la pédopsychiatrie, avec votre collaboration, au vu de l'absence d'une représentation globale et clinique de ce secteur pour bien mettre en évidence la représentativité et l'importance du privé.

On ne peut plus continuer à laisser faire sans donner notre avis, surtout quand on voit le poids des querelles de "clochers", l'influence des modes et le peu de prise en compte du travail et de la place du secteur privé en pédopsychiatrie.

À partir de là, l'on pourra élaborer des projets qui prennent en compte les différents modes d'exercices, leur complémentarité, leurs indications et surtout mettre nos tutelles devant leurs responsabilités.

Faudra-t-il attendre qu'un problème grave et médiatique surgisse pour que nos tutelles se rendent compte que le médico-social assure une part très importante des soins en pédopsychiatrie avec une pénurie dramatique de médecins ?

La non reconnaissance de ce travail pour les psychiatres, tant sur le plan du temps que financièrement, la maltraitance dans laquelle se retrouvent les usagers mais aussi les salariés qui sont isolés et sans soutien face à la souffrance psychique, la maladie mentale et les crises, nous font dire que cette situation est inadmissible.

Le Comité d'Entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés, lors de sa réunion plénière du 3 décembre 2003, a manifesté sa grande inquiétude devant l'absence ou le temps trop réduit des psychiatres en médico-social, entraînant non seulement une diminution de la valeur thérapeutique des institutions mais une recrudescence de l'épuisement des accompagnants.

Il a demandé une audience aux ministres concernés pour leur faire part des risques et dangers de la situation afin d'avoir une réponse rapide et amener ainsi les remèdes nécessaires.

La synergie et l'impact que représentent la Fédération des Syndicats d'Employeurs, le Comité d'Entente des associations et la totalité des syndicats de Psychiatres vont former un moyen de pression plus énergique au niveau politique pour amener une prise en considération sérieuse de la nécessité des soins et de leur qualité dans le secteur médico-social.

Une démarche groupale et forte de tous les intervenants concernés va donc se faire auprès de nos ministres, élus et tutelles pour obtenir rapidement les réponses indispensables pour la continuité d'un travail de qualité dans ce secteur.

C'est un droit et un devoir pour nous de défendre nos patients et donc notre outil de travail, c'est aussi une obligation pour nos responsables de garantir la qualité des soins et donc le respect des soignés et soignants.

Marc MAXIMIN

Les machines de l'évaluation

Jean-Louis Place

Nous apprenons que l'INSERM a enfin réussi à évaluer les psychothérapies et cela n'étonnera personne que les techniques cognitivo-comportementalistes aient brillamment réussi à s'imposer.

Que les français aient réussi là où les autres nations ont échoué démontrent une fois de plus que nous avons bien fait de choisir le roi de la basse cour comme emblème national !

Maintenant, il ne faudrait pas non plus que les praticiens de la psychanalyse et des thérapies qui s'en réclament se désolent ou s'indignent de ce résultat.

L'indignation est vraiment par trop un sport national.

Nous avons peut être d'autres combats plus légitimes et universels à mener que d'accepter d'entrer dans ce jeu de dupes.

Car quels sont les enjeux aujourd'hui ?

- Démontrer, preuves à l'appui que ce travail d'experts était prévisible comme l'était certain précédent rapport sur la psychiatrie et la santé mentale qui reproduisait dans la conclusion l'énoncé de l'instance administrative qui le missionnait ?

- Analyser les modalités de l'étude et repérer les biais d'information et de sélection qui pourraient infirmer les résultats à l'instar du chercheur noctambule qui sélectionne sa zone de recherche à celle éclairée par le réverbère ?

- Confondre les techniques qui demandent une évaluation de leur efficacité parce qu'elles contiennent dans leur corpus théorique les modalités quantitatives de cette évaluation ?

- Désigner de toutes ces techniques évaluées celle qui ouvre un champ aux outils conceptuels de son épistémologie et de sa philologie (suffisamment ouvertes en tant qu'univers de discours pour se prêter aux autres techniques) ?

Nous sommes psychiatres. Après 7 ans d'études médicales dûment évaluées, nous avons choisi de nous occuper du psychisme pour le reste de notre vie professionnelle.

Cette double connaissance de la maladie nous permet après quelques années de pratique de s'offrir à l'autre avec un corps, des silences et des mots qui le mettent en travail. Nous n'avons appris ni recette, ni protocole ; il nous a été recommandé la bonne pratique de ne donner ni jugement, ni conseil. Mais cet exercice de dépossession de soi dans une écoute exclusive du patient dans sa singularité est un travail digne qui n'a pas de justification à donner.

Nous ne sommes pas les mécaniciens du psychisme.

L'évaluation ne peut s'auto-évaluer elle-même sans le recours à la normalisation.

Il n'est possible de comparer deux façons de soigner une attaque de panique qu'à la condition de croire – c'est le seul verbe qui convienne – que ce diagnostic existe en tant que tel dans une discrétion par rapport aux autres termes de la nosographie contemporaine.

Il ne peut être envisageable d'appréhender cette attaque de panique en tant qu'objet d'étude que si la conception de cette expression d'un conflit psychique a le même sens, la même adresse pour les uns et les autres d'une cohorte expertisable.

Si dépression et position dépressive, qui partagent une symptomatologie commune, sont alignées sur le même front de l'expérimentation, si "la maladie est une tentative de guérison du sujet" ou "un sujet n'est pas en un seul corps" sont des aphorismes de mal pensant, alors oui, la psychiatrie peut être une discipline évaluable. Oui, elle peut bénéficier de la démarche qualité importée du secteur industriel et les protocoles de traitement peuvent s'aligner sur ceux de la mécanique automobile qui ne met pas en doute le clonage constitué par une cohorte de spécimens de voitures montées la même année sur la même chaîne.

Mais nous avons reçu un enseignement différent basé sur l'étude des monographies. La recherche clinique, avant l'arrivée du DSM III, dans notre discipline – la psychiatrie – (et non exclusivement la psychanalyse) s'autorisait à limiter son champ à une réalité pour autant pleine et entière. Loin d'isoler un symptôme ou un syndrome par nécessité d'étude d'objets reproductibles, nous avons appris à travailler la psychopathologie sur une histoire, sur l'intrication d'une biographie et d'une anamnèse. Ce n'était pas tant le trouble mental circonscrit qui nous préoccupait et nous préoccupe encore aujourd'hui que l'interstitiel, les liens que tisse le patient à nous et à sa maladie. Nous sommes alors symptôme avec lui mais avec le devoir de ne pas l'encombrer avec nos métaphores et nos représentations.

Théoriser sur une ou quelques histoires de cas cliniques nous a permis d'embrasser toute la pathologie parce que la psychothérapie d'un homme ou d'une femme atteint de maladie mentale nécessite l'appréhension de toute la pathologie réunie. Dans une observation "à l'ancienne", il nous était enseigné que l'étude du diagnostic différentiel devait prendre le pas sur la pose du diagnostic et que chez l'adolescent, nous pouvions nous autoriser à ne pas en poser.

Ce qui fait notre semblable est sa singularité. Ce qui fait un déprimé pour un autre déprimé, un attaqué par la panique d'un autre habillé du même diagnostic, c'est que la perte pour les premiers ne sera pas du même objet et que l'angoisse pour les seconds ne répondra pas aux mêmes représentations. Dans ces appariements, ce que nous aurons à dire ou à entendre de l'un ne pourra se reproduire avec l'autre.

Que des personnes, fort estimables et instruites, désirent sincèrement faire le bien du citoyen en appliquant des techniques enfin modernes et scientifiques à la psychiatrie – nous ne devons pas nous en étonner.

Qu'une planification rigoureuse, au nom de critères universels et quantifiés, parce qu'elle a réussi à s'imposer, ait démantelé la machine complexe et enviable pour les autres nations que représentait

l’organisation française des soins en psychiatrie – nous ne devons pas nous en étonner.

Que des responsables administratifs entourés de conseillers et d’experts élaborent des textes sur l’évaluation des praticiens et non pas des avocats, des hommes politiques, des grands administrateurs, des responsables de tous les corps d’état, pour se protéger du fantasme de la toute puissance médicale – nous pouvons le comprendre.

Mais que ce soit de l’intérieur de notre profession, par nos propres collègues – dans une collaboration active à cette ouverture vers l’obscur – alors là, nous avons peut être le droit de nous fâcher et de nous compter parmi les adeptes d’une pratique éclectique, inventive qui n’aurait qu’une seule obligation : celle de soutenir l’autre, le patient, dans son travail pour exister.

Nous évaluons notre travail d’une façon permanente, à chaque entretien, à chaque fois qu’évolue la pathologie, que survient un épisode fécond, une réactivation des défenses psychiques. Nous répondons la plupart du temps à l’ensemble des demandes qui nous sont faites – nos échecs peuvent faire aussi le succès de nos collègues.

La seule évaluation que nous pouvons reconnaître est celle qu’autorise le libre choix de son médecin par le malade. Si un jour vous devez être évalué, priez pour que cela se passe mal et que vous soyez dévalué. Si par malheur vous recevez la certification et la médaille du bon psychiatre appliquant la bonne pratique pour le bon malade, craignez de devenir un docteur pétri de certitudes, et que vos patients deviennent des objets de vos bons soins

Jean-Louis PLACE

Lettre aux psychiatres

Jean-Jacques Laboutière, Yves Froger

Cher(e) Collègue,

Le débat initié il y a trois ans par le projet de loi Accoyer suit son cours.

Après un passage très médiatisé au Sénat début janvier, il revient à l’Assemblée Nationale sous une nouvelle forme intitulée amendement Mattei, qui instaure le titre de psychothérapeute et dans lequel ne figure pas la moindre référence à la spécificité de la pratique du psychiatre.

Notre réflexion s’articule autour de quatre points :

- Le souci du législateur d’éviter la prolifération des gourous en tout genre et d’interroger les ressorts de leurs pratiques.

- Le statut de psychothérapeute revendiqué par ces mêmes gourous auquel nous nous opposons, non seulement au regard des dérives observables quotidiennement, mais aussi dans le souci d’une cohérence conceptuelle. Accepter le statut de psychothérapeute, y

compris pour les psychiatres ou les psychologues, c'est considérer la psychothérapie comme une entité à part, ce que nous récusons.

- En revanche nous rejetons une conception de la psychothérapie réduisant cette dernière à une ou plusieurs techniques de soins codifiées ; nous soutenons au contraire la notion d'une dimension psychothérapique, intrinsèquement liée au travail clinique spécifique de la pratique quotidienne du psychiatre.

- La psychothérapie du psychiatre précisément. Notre position sur la psychothérapie du psychiatre n'a pas varié par rapport à ce que nous avons écrit durant l'automne dernier. Nous reconnaissons la nécessité pour tout psychiatre d'une formation à la psychothérapie, formation impliquant l'engagement dans une démarche personnelle avec ses effets de transmission, une formation théorique et une pratique clinique réélaborée en continu au contact des patients, du dialogue avec les pairs et d'un corpus théorique et éthique. Si l'Université joue un rôle d'initiation nécessaire, cette formation à la psychothérapie, parce qu'elle suppose un engagement subjectif et relationnel ne peut évidemment pas être assurée de façon académique ; les psychiatres ont toujours su se donner les moyens de l'obtenir par ailleurs.

- La psychanalyse dont la spécificité est évidente et pour laquelle la formulation de l'amendement Mattei nous paraît tout à fait conforme, comme nous l'ont confirmé la très grande majorité des associations psychanalytiques.

Vous retrouvez ces quatre points dans la lettre que nous vous adressons et qui nous semble pouvoir être reprise par une grande majorité de psychiatres.

Nous vous demandons de la diffuser le plus largement possible à tous vos collègues publics et privés et de l'adresser ensuite aux députés de votre département.

Nous espérons ainsi faire entendre le point de vue des psychiatres qui n'a guère été pris en compte jusqu'à maintenant.

Nous adressons de notre côté ce courrier aux présidents et secrétaires généraux des autres syndicats et associations de psychiatres avec l'espoir de rencontrer les mêmes préoccupations et les mêmes intentions de protestation afin de susciter un front du refus de la profession unitaire.

Bien cordialement.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE
Yves FROGER

Lettre aux députés

Madame, Monsieur le Député,

Vous allez prochainement examiner à l'Assemblée Nationale l'amendement (Mattei) 363 de la Loi de Santé Publique, initialement intitulé amendement Accoyer avant son passage au Sénat.

L'objectif initial de cet amendement était de clarifier l'offre de soins en santé mentale en déterminant quels professionnels sont à même de conduire des psychothérapies afin de protéger les usagers ayant recours à des professionnels s'intitulant psychothéra-peutes sans aucune qualification reconnue et sans lisibilité quant à la nature de leur pratique.

Or, les propositions retenues lors de la discussion au Sénat s'écartent de cet objectif sur deux points fondamentaux :

D'une part, la création du titre de psychothérapeute, dans lequel bon nombre des professionnels concernés chercheront à s'engouffrer, accroît la confusion déjà existante autour du terme psychothérapeute dont l'usage galvaudé a débouché sur l'exigence d'une loi de clarification. L'introduction de ce nouveau statut nous paraît donc exactement contraire à l'ambition de mieux assurer la sécurité du public, et ceci d'autant plus que ce texte omet de rappeler la compétence du psychiatre en matière de psychothérapie.

D'autre part, le fait que ce texte ne précise pas ce qu'est la psychothérapie risque d'être source de grandes confusions. La psychothérapie est une dimension des soins psychiques qui ne peuvent être prodigués que par des professionnels dûment formés, psychiatres et psychologues, clairement inscrits dans le domaine de la santé. Sa pratique repose sur une formation initiale universitaire et une formation complémentaire à la psychothérapie impliquant une démarche personnelle, une formation théorique et une pratique clinique réélaborée continuellement au contact des patients et de ses pairs.

Nous déplorons donc que la compétence du psychiatre, la spécificité et la complexité de la dimension psycho-thérapique de notre pratique soient complètement niées et amalgamées à celle d'autres professionnels. Cela montre bien que la psychothérapie ne peut en aucun cas se réduire à une technique et nécessite en revanche une inscription pérenne du professionnel dans le champ sanitaire.

Ces deux points soulignent les risques de dérives si l'amendement soumis à votre délibération devait être adopté en l'état.

Concernant l'exercice de la psychanalyse, la formulation retenue dans l'amendement Mattei paraît tout à fait conforme à cette pratique.

Aussi, le meilleur texte de Loi ne serait-il pas que nul ne devrait se prévaloir du titre de psychothérapeute ? Cela maintiendrait la psychothérapie dans le domaine du soin où elle doit demeurer, tout en offrant au public la garantie de formation des professionnels du champ sanitaire. De ce fait, les professionnels d'autres champs non réglementés seraient conduits d'eux-mêmes à exposer plus explicitement leur formation ainsi que l'objet de leur pratique, ce qui contribuerait également à une meilleure orientation des usagers.

Conscience et libertés : la psychiatrie entre science et humanisme

Jean-Jacques Xambo

Exercer une psychiatrie ouverte et rigoureuse c'est soulager la souffrance psychique et traiter la maladie mentale. Mais ce programme technique suppose l'espace d'une rencontre personnelle qui entende la

complexité subjective du lien interhumain pour permettre au patient d'y retrouver la dignité de sa liberté subjective et de ses places sociales entravées. Au delà de la vérité de cette rencontre en elle même humanisante, le projet thérapeutique requiert une indépendance professionnelle compétente du praticien, sa disponibilité psychique et sociale pour recevoir la demande du patient, et la dégager, en ouvrant un réel libre choix des traitements disponibles. Le choix du traitement par un patient informé fait appel aux modèles scientifiques du praticien comme au dialogue ouvert de la consultation. Le soulagement et l'écoute recherchés par le sujet s'appuient sur les qualités humaines du praticien comme la stabilité et la durée des cadres psychothérapiques. Enfin l'humour chaleureux, l'invention et la surprise… la liberté de la parole, la spontanéité… l'attention à l'inconscient sont bienvenus… et il n'est pas interdit de rêver !

A - L'indépendance professionnelle du praticien :

Le professionnel de santé, cela va de soi, doit pouvoir fonctionner selon sa déontologie et son éthique, dans un cadre démocratique : la psychiatrie ne saurait être utilisée comme outil d'oppression ou de discrimination sociale. Nos aînés ont dû le manifester plusieurs fois dans l'histoire récente, mais la société médiatique moderne dans un style "cool et soft" n'est pas à l'abri d'utiliser des "psys" banalisés et "loftisés" comme caution douteuse à des manipulations marchandes et exhibées.

Les pratiques soignantes sont de plus en plus bordées, encadrées, voire déformées par des procédures de protocoli-sation, évaluations ou contrôles… Où la quantification débouche sur la pression sociale du contrôle du coût des soins : pourtant pas de psychiatrie ni de recherche sans moyens financiers et humains, donc sans choix en politique de santé.

Du côté du patient, la liberté de son choix thérapeutique suppose un nombre suffisant de praticiens (et de médicaments !) disponibles : un remboursement des soins fait donc partie intégrante de cette disponibilité sociale et financière du soin et en permet en grande partie la faisabilité.

La diversité des modèles scientifiques ou du côté des sciences humaines, la richesse de leur articulation complexe font la richesse des pratiques et de la pensée en psychiatrie, loin des réductionnismes utilitaristes. La compétence c'est aussi la valeur des formations universitaires… et de l'auto ou l'inter formation entre pairs. Les psychistes ont aussi une tradition ancienne de choix de formations personnelles indépendantes hors des structures universitaires et de certification normée : par exemple, l'ouverture individuelle à l'écoute de l'inconscient par la psychanalyse personnelle et la supervision, avec les différents collèges de formation psychanalytique ; ou plus récemment le pragmatisme des formations cognitivo-comportementales. Ces instituts ont d'ailleurs individuellement à se poser la question de leur liberté : au regard de la médecine, au regard de la reconnaissance sociale, comme autour des liens de parrainage éventuel par l'industrie pharmaceutique… et doivent bien sûr s'écarter radicalement du dogmatisme sectaire ! La pluralité de ces formations psychothérapiques, si elle fait sourire les tenants d'une Vérité "désossée, nue et unique", ou ricaner la science "dure" ou plutôt ses dérives idéologiques simplifiantes, permet aussi la liberté et la richesse diverse des psychistes.

B - La demande du patient , la parole d'un sujet :

À travers le colloque singulier et une écoute psychothérapique, le praticien dégage la singularité d'une demande individuelle, différenciée de la demande sociale voire d'une commande politique globale à la profession. La douleur psychique doit être entendue et soulagée dans sa singularité individuelle et le symptôme doit renvoyer autant à la discrimination diagnostique d'une maladie qu'à une formation subjective de compromis à valeur symbolique. Le praticien plus prosaï-quement se trouve souvent aussi face à la demande contradictoire de soins ou de soulagement bien différents entre un sujet et sa famille qui sont à entendre et à informer spécifiquement. La question ici d'un tiers payant et/ou d'un paiement personnel rencontre la contradiction entre liberté individuelle et prise en charge sociale, recherche d'un soin accessible pour tous et accès à la liberté d'une jouissance personnelle libre de sa vie… "parce qu'elle le vaut bien ?" sans trop de dette symbolique. Ou quand le sujet et le désir se mettraient à compter…

C - La liberté thérapeutique :

Le praticien se trouve à l'articulation complexe d'exigences parfois contradictoires qu'il doit pouvoir trancher avec son patient selon des choix éthiques : soulagement de la souffrance personnelle, pacification du symptôme ou du comportement, usage de la pharmacopée, dégagement d'une position subjective… Idéalement retour à la liberté d'agir d'être, de désirer et de créer (horizon idéal qui heureusement n'est pas visé, seulement la médecine et les praticiens de l'esprit !). Quelle impossible recette y concourt ? Quel croisement métis d'idéaux et d'exigences ? Bien sûr la compétence scientifique, l'expérience humaine, l'ouverture libre à l'écoute, viser une solidité des accompagnements individuels et sociaux mais aussi recourir à une pluralité dialectique de modèles : neurobiologiques, cognitifs, psychosociaux, psychodynamique et exégèse psychanalytique etc. Vaste programme nécessitant de l'espace psychique et du temps ! Et qu'il n'est pas choquant de rémunérer en conscience à sa juste valeur ! Retour de l'économique : qui paye ? À qui ? Pour quoi faire ? Etc.

La liberté thérapeutique c'est aussi l'information du patient sur les techniques disponibles avec un accompagnement ouvert à ce choix, comme ce n'est pas disqualifier un individu et un sujet parlant et désirant par un réductionnisme neurobio-logique obtus : on ne soigne ni seulement un organe, un processus ou une maladie mais un individu social digne, un sujet désirant et parlant capable de dégager une position subjective, et d'engager subjectivement l'éthique de ses choix. Éthique du professionnel, éthique du patient... l'un et l'autre sujets et citoyens !

Jean-Jacques XAMBO

Pour dire au-revoir à Laurence...

Dominique Jeanpierre

Pour dire au revoir à Laurence Roux-Dufort, notre amie, qui s'est éteinte le 21 février, malgré son désir de vivre, de rester dans la beauté des choses...

Parler avec Laurence, c'était un vrai plaisir, un moment à part, c'était être un peu ailleurs. Le temps, on ne le comptait plus, on ne le volait même pas, il se glissait dans les mots, parce qu'il s'agissait toujours, dans le fond, de dire la vérité.

À ce qui se présentait de la réalité commune, Laurence donnait une autre dimension : elle tissait les pensées, en faisait de précieuses étoffes marquées du sceau de son intelligence, de sa poésie et de son humour léger.
Laurence était vraiment habitée par le monde de l'enfance, elle en était une messagère, en connaissait la langue et le courage, sur le bout de doigts.

Elle était pour cette raison légèrement décalée, extrêmement proche de l'essentiel chez les autres. Elle regardait droit dans les yeux, appelait avec douceur un chat un chat, semblait parfois désemparée par les discours mais ne lâchait pas le fil de ce qui lui semblait important. Comme en témoignent ses textes, dont certains inachevés, d'autres à paraître, elle se passionnait pour la psychanalyse d'enfants et voulait donner à d'autres l'envie d'y venir et d'y prendre goût.

Elle adorait son travail de rédactrice en chef à la revue "Psychiatries" et y passait un temps fou. Elle lisait les textes, s'en imprégnait, y revenait, en extrayait parfois l'or fin sous les fatras grammaticaux, discutait ou correspondait avec les auteurs. Elle était attentive au moindre mouvement de leur pensée, intéressée par ce qui se produisait dans leur esprit, gardienne des idées qu'ils cherchaient à transmettre et dont elle voulait laisser une trace juste.

Très peu de temps avant sa mort, et alors que son beau regard était déjà loin, elle continuait à réfléchir et il émanait encore d'elle cette présence particulière que nous lui connaissions, cette proximité familière, entre charme, confidence et entêtement. Je regardais ses peintures : des arbres emmêlés de vent, de force et de mouvement, des arbres qui restent et résistent.
Laurence pouvait raconter l'histoire singulière de chacun d'eux.

Aussi, dans nos forêts, je crois qu'à la manière des biches, elle a laissé des traces légères et belles, qu'à la manière des tigresses elle a voulu se défendre d'une clôture à la liberté.

Dominique JEANPIERRE