# Sommaire du BIPP n° 40 - Janvier 2005

**Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 40 au format PDF**

**Que penser de cette convention ? Yves Froger**

**Quelques précisions sur la position du SNPP - Jean-Jacques Laboutière**

**Planification - Jean-Jacques Laboutière**

**Nosographie - Pierre Cristofari**

**En perdre ses moyens - Jacques Louys**

**Psychiatrie et progrès social - Pierre Coërchon**

**Soigner ou évaluer - Françoise Cointot**

**Le juste soin au juste prix - Pierre Fichet**

**Soyons enfin sérieux - Chantal Jacquié**

**Permanence ou impermanence des soins - Hervé Granier**

# Que penser de cette convention ?

Yves Froger

Nous avons dénoncé cet été la Loi de Réforme de l'Assurance Maladie qui sous couvert de rationalisation des soins, via le parcours de soins et le Dossier Médical Personnel, consacrait avant tout la volonté des tutelles de formater et protocoliser nos pratiques, et l'incapacité des politiques à faire face au défi que pose à notre société l'évolution de notre système de soins. Celui-ci se caractérise par toujours plus de moyens à la disposition des patients qui formulent de leur côté toujours plus de demande.

Il y a bien sûr lieu de s'interroger sur cette dynamique qui a un coût pour notre société, mais appelle d'autres réponses que la culpabilisation des patients et des praticiens comme c'est le cas dans cette réforme.

Cette culpabilisation a permis aux politiques d'évacuer la question du coût de la médecine moderne, et des moyens à donner aux praticiens pour y faire face.

L'UNCAM n'a pas les moyens financiers ou ne veut pas honorer les soins médicaux à leur juste valeur. Les médecins libéraux en général et les psychiatres en particulier ont mené ces deux dernières années un très long et très dur combat pour dénoncer cette situation et l'inégalité insupportable qu'elle créait entre le secteur I et le secteur II.

En refusant la revalorisation du tarif opposable, les tutelles ont rendu inéluctable un espace de liberté tarifaire symbolisé par la demande d'ouverture du secteur II. Conscients de cette nécessité, mais incapables de s'y confronter, les stratèges politiques ont inventé ce système associant liberté tarifaire et culpabilisation du patient en fonction du mode d'accès pour échapper à leurs obligations réelles.

Il s'agit d'aménager un espace de liberté tarifaire encadré pour le rendre politiquement acceptable et nous pouvons déjà supposer qu'il sera la variable d'ajustement pour faire face aux exigences futures.

La convention qui nous est proposée s'inscrit par nécessité dans le cadre défini par cette loi et repose elle aussi sur le même triptyque. Parcours de soins coordonnés, Dossier Médical Personnel, Evaluation des Pratiques Professionnelles. La seule façon d'échapper à ce parcours tout à fait inapproprié à notre pratique a été de revendiquer d'emblée l'accès spécifique pour toute notre activité et la possibilité d'échapper à l'obligation d'inscription des données dans le D.M.P. En adoptant cette position, nous inscrivons la psychiatrie libérale dans une spécificité radicale qui lui permet de rester en dehors des piliers de la réforme et de la convention. C'est la revendication d'une extra territorialité qui nous place dans une position probablement tout à fait enviable pour bon nombre des autres médecins qui rejettent à juste titre un texte conventionnel porteur d'une multitude de contraintes, ouvrant sur des sanctions et sans réelles revalorisations. Les possibilités de dépassement pour accès direct pour les spécialistes risquent de s'avérer difficiles à appliquer. N'oublions pas non plus les chiffres, le plafonnement limité à 17,5 % par rapport au tarif dans le parcours de soins pour 30 % des honoraires totaux, soit un volume au plus égal à 5 % des honoraires, chiffre tout à fait en deçà des exigences de revalorisation.

Enfin, rien ne garantit que les patients feront le choix de l'accès direct plutôt que le passage préalable par le généraliste.

Nous nous sommes élevés pour la psychiatrie contre le dispositif qui reviendrait à payer pour la garantie de la confidentialité et pour la non protocolisation des soins, puisqu'à l'inverse dans le parcours de soins coordonnés, le spécialiste consulté est tenu de respecter le plan de soin déterminé par le généraliste. C'est pourquoi nous n'avons d'autre choix que celui de revendiquer l'accès spécifique pour la totalité de notre pratique. Ce serait une erreur historique que d'entrer dans une logique de partition comme le propose le S.P.F. Il s'agirait ni plus ni moins d'établir un panier de soins pour la psychiatrie comme le préconisent de longue date les tutelles et la C.S.M.F. Franchir cette ligne c'est faire un pas de plus dans la dénaturation de notre identité libérale.

Nous poursuivons cette logique d'extra territorialité en demandant un droit à dépassement technique propre, étayé sur la spécificité de la pratique psychiatrique. Quand bien même les chiffres actuels sont modérés, cette revendication est fondamentale pour notre avenir, car nous devons craindre que les évolutions tarifaires se feront préférentiellement dans un espace de liberté plus que dans la revalorisation du tarif opposable.

**Yves FROGER**
**Lorient**

# Quelques précisions sur la position du SNPP

Jean-Jacques Laboutière

Les débats qui ont suivi la publication de la position du S.N.P.P. quant à l'avenant conventionnel sur la psychiatrie semblent appeler quelques clarifications, et d'autant plus que nous ne parvenons pas pour l'instant à une convergence de points de vue avec le S.P.F.

Notre position vise quatre objectifs : maintenir la confidentialité sans laquelle nos pratiques deviendraient impossibles ; revaloriser les honoraires et obtenir un espace de liberté tarifaire ; préserver l'unicité de l'acte de consultation ; garantir l'accès aux soins pour les patients. Ces objectifs sont dans la droite ligne de ce que le S.N.P.P. a toujours revendiqué.

Dès que la loi du 13 août 2004 a été votée, le S.N.P.P. s'est adressé au Ministre de la Santé, aux centrales syndicales puis au directeur de l'UNCAM quand il a été nommé afin, d'une part, de dénoncer le caractère inacceptable de cette loi qui oblige désormais le patient à supporter une pénalité financière pour préserver la confidentialité de ses soins, d'autre part revendiquer sur ce point un statut d'exception pour la psychiatrie.

Nous avons été parfaitement entendus lors d'une réunion organisée grâce à la F.M.F. le 8 décembre dernier et à laquelle assistaient le S.N.P.P. et le S.P.F., Frédéric Van Roekeghem a accordé toutes les garanties que nous demandions pour la confidentialité des soins. Il nous a été proposé un accès spécifique pour tous les soins en psychiatrie, sans aucune obligation pour le psychiatre de retour d'information au médecin traitant – y compris pour les traitements psychotropes présentant de possibles interactions médicamenteuses – ni aucune inscription dans le DMP sans l'accord explicite du patient. En d'autres termes, l'accès spécifique en psychiatrie proposé par l'UNCAM présente les mêmes garanties de confidentialité que l'accès non coordonné, ou accès direct, offert aux autres spécialités.

Dès lors, la seule différence entre accès direct et accès spécifique est la possibilité laissée au psychiatre de prendre des dépassements autorisés (DA) en accès direct, alors qu'il n'y a pas de possibilité de dépassements en accès spécifique. En effet, pourquoi le patient aurait-il à payer un dépassement pour préserver la confidentialité qui lui est déjà accordée ?

Pourtant, considérant le faible revenu des psychiatres par rapport aux autres spécialités, lors de la même réunion Frédéric Van Roekeghem s'est déclaré ouvert à l'idée d'un espace de liberté tarifaire pour les psychiatres de secteur 1 dans les mêmes proportions que pour les autres spécialistes, à condition que cet espace de liberté tarifaire ne soit pas le prix de la confidentialité, ni d'aucun autre droit que le patient aurait déjà par ailleurs.

Le S.N.P.P. a alors proposé le " dépassement thérapeutique " qui est argumenté dans le texte que nous venons de faire circuler. Cette proposition a été reçue favorablement par Frédéric Van Roekeghem mais le médecin conseil national a exprimé des réserves, considérant qu'il serait impossible à ses services de contrôler le bien fondé d'un tel type de dépassements. Devant cette objection, le S.P.F. a jugé préférable de renoncer à l'accès spécifique et, faute d'accord entre les deux syndicats, la réunion s'est conclue sur la décision que l'accès au psychiatre et la possibilité d'un espace de liberté tarifaire seraient traités dans un avenant spécifique à signer avant le 1er mars 2005.

Le texte de la convention entérine cette décision mais le SNPP estime que sa rédaction cadre l'élaboration de l'avenant de manière potentiellement dangereuse pour nos pratiques.

En effet, le texte est rédigé ainsi :

" Pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie, les parties conviennent de déterminer les conditions dans lesquelles certains soins pourront donner lieu à un accès spécifique par avenant conventionnel au plus tard le 1er mars 2005. Dans l'attente de la publication de cet avenant, l'accès aux psychiatres, neuropsychiatres et neurologues est considéré comme spécifique pour l'ensemble des soins qu'ils donnent.

Dans les situations décrites ci-dessus, le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en terme de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant ".

Ce texte appelle immédiatement deux observations : d'une part, la confidentialité sur laquelle Frédéric Van Roekeghem s'était engagé pour la psychiatrie n'est pas explicitement reprise, même si le texte demeure suffisamment flou pour laisser penser qu'elle n'est pas non plus radicalement remise en cause ; d'autre part et surtout l'accès spécifique se réfère aux "conditions selon lesquelles certains soins etc.".

Ce " certains soins " sonne redoutablement.

En effet, si la négociation conventionnelle a occupé le devant de la scène, elle ne doit pas faire oublier que, depuis des mois, le ministère prépare un plan de santé mentale dont nous savons encore peu de choses bien que nous ayons été très récemment reçus par le ministère à ce propos. Nous savons cependant qu'il est en partie inspiré par des technocrates, voire certains collègues de service public, qui n'ont jamais fait mystère de leur hostilité à la psychiatrie libérale et souhaitent voir les psychiatres libéraux se consacrer prioritairement à la prise en charge de patients nécessitant des traitements psychotropes, les psychologues prenant par ailleurs en charge les patients ne nécessitant pas de prescription.

La négociation conventionnelle ne doit pas non plus faire écran à la loi du 13 août 2004 qui la sous-tend. Cette loi pose l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles et l'instauration à terme d'un panier de soins. Une récente rencontre avec les responsables de la Haute Autorité de Santé nous a confirmé que ces deux aspects de la loi sont étroitement articulés.

Les enjeux sont donc limpides : si l'avenant conventionnel aboutit à la conclusion que " certains soins " seulement feront l'objet d'un accès spécifique et si, de surcroît, ce sont les syndicats de psychiatres privés qui les déterminent, cela veut exactement dire que les syndicats de psychiatres privés auront réalisé et validé le panier de soins dans leur discipline sans même qu'on le leur demande.

En revendiquant l'accès direct et son espace de liberté tarifaire, il ne doit pas être oublié que l'on revendique en fait l'accès coordonné en faisant le pari, pas nécessairement gagné d'avance, que les patients le rejetteront systématiquement. Mais surtout l'on introduit deux degrés de recours aux soins : d'une part les soins qui, dans le cadre de l'accès spécifique, sont considérés comme relevant impérativement de la compétence du psychiatre et ne peuvent donc être soumis à l'évaluation d'un généraliste ; d'autre part, les soins dont la nécessité et la technicité sont plus discutables puisque le généraliste aurait a priori la compétence suffisante pour juger de leur opportunité et éventuellement les administrer.

Or, le panier de soins, c'est exactement cela : ne rembourser que le " juste " soin effectué par l'opérateur présentant le minimum de compétence pour le faire.

Prenons la mesure de cela : si l'accès spécifique n'est pas universel, tout ce qui restera hors de l'accès spécifique sera par définition considéré comme étant de la compétence diagnostique, sinon thérapeutique, du généraliste. Limiter l'accès spécifique en psychiatrie, c'est donc non seulement entériner l'idée d'un panier de soins mais c'est aussi organiser une délégation de compétence dans une discipline qui a pourtant su résister jusqu'à présent sur ce point.

La légitime aspiration à un espace de liberté tarifaire ne doit donc pas masquer les risques de la limitation de l'accès spécifique. Ils sont réels, que ce soit sous l'angle du remboursement (panier de soins) ou pour la qualité de nos pratiques (délégation de compétence de fait aux généralistes).

Pour autant, il n'est pas question de renoncer à un espace de liberté tarifaire même s'il ne peut se trouver dans le cadre de l'accès direct. Cet espace de liberté tarifaire constitue la principale raison pour laquelle il a été décidé de préparer cet avenant conventionnel : l'UNCAM nous met au défi d'inventer un espace de dépassement propre aux psychiatres et subordonné à la qualité des soins. Sans doute escompte-t-elle que nous ne parviendrons pas à résoudre une équation aussi paradoxale...

Quand bien même cette ambition serait vouée à l'échec, les psychiatres privés renonceront-ils à relever ce défi, à notre avis le seul qui garantisse à la fois la cohérence de nos pratiques et la spécificité de nos compétences, et donc l'intérêt des patients ? Préféreront-ils prendre le risque de voir une part de leurs compétences transférées aux généralistes et, à terme le périmètre remboursable de leur activité limité d'autant, pour un bénéfice financier immédiat plus assuré ?

Aucun combat n'est gagné d'avance, c'est pourquoi notre responsabilité est aussi de mesurer ce qui serait perdu en cas de défaite : dans le cadre de la loi du 13 août 2004 nous avons fait le choix que ce ne soit pas

nos pratiques. Mais nous espérons bien gagner : toutes les options restent ouvertes pour l'instant.

C'est cette analyse qui fonde les positions que nous avons prises. Peut-être fallait-il l'expliciter dans l'intérêt de ce débat.

**Jean-Jacques LABOUTIÈRE**
**Président du S.N.P.P.**

# Planification

Jean-Jacques Laboutière

Si brûlante que soit l'actualité conventionnelle, elle ne doit pas faire oublier la publication imminente du Plan de Santé Mentale annoncée par Philippe Douste-Blazy dans les suites immédiates du drame de Pau.

Les propos du ministre avaient de quoi laisser craindre pour nos pratiques puisque, tout en reconnaissant l'utilité et la qualité des soins des psychiatres privés, il posait la question de savoir si ces derniers ne consacraient pas trop de temps à "faire des psychothérapies", ce que des psychologues, éventuellement remboursés, pourraient faire tout aussi bien.

Leitmotiv classique de l'administration depuis des lustres, repris par le plan Piel et Roelandt et même, plus récemment par le Plan d'Action Cléry-Melin. Comme si soigner sans administrer de traitement médicamenteux était une activité indigne de mobiliser un psychiatre, ou, pire encore, comme si soigner sans prescrire de psychotrope n'était pas de la psychiatrie.

Le S.N.P.P. a donc immédiatement demandé à être reçu par le ministère, ce qui a été fait le 4 janvier dernier.

Cette entrevue ne nous a pas appris grand chose de ce que serait ce Plan de Santé Mentale. Il nous a seulement été dit que sa publication est prévue pour début février et qu'il a l'ambition d'organiser la psychiatrie française à la plus grande satisfaction des usagers et des professionnels pour les 20 années à venir au moins, ceci grâce au concours de toutes les représentations professionnelles de la discipline et sans reprendre a priori aucune proposition des rapports et plan antérieurs.

Ambition considérable en quatre semaines : à titre de comparaison il a fallu environ dix-huit mois de travail soutenu uniquement pour organiser les Etats Généraux de la Psychiatrie.

Cette entrevue nous a laissé le sentiment d'avoir été entendus au moins sur quelques points : tout d'abord qu'il n'est pas dans la vocation des psychiatres privés d'élargir l'amplitude horaire de l'ouverture des C.M.P. en fermant leurs cabinets à 17 h pour y succéder à leurs collègues de service public ; ensuite que la psychothérapie est un soin, et non pas un aimable passe-temps, et que c'est faire injure à la psychiatrie toute entière de prétendre que les psychiatres devraient s'en dessaisir au profit des seuls psychologues même si ces derniers ont toute leur place dans le dispositif de soins ; enfin que l'hospitalisation privée en psychiatrie est toute disposée à élargir ses missions, notamment en ouvrant des structures de soins à temps partiel comme le permet désormais la réglementation, mais qu'il conviendrait au moins de lui accorder les budgets nécessaires pour le faire.

Le plus déterminant dans cette entrevue a toutefois été le moment où notre interlocuteur a découvert quel était le revenu moyen des psychiatres libéraux, impression fort opportunément renforcée par la publication dans "Le Monde" de ce jour-là de la pyramide de tous les revenus médicaux. Radiologue travaillant dans le

service public, il n'imaginait visiblement pas que l'on pût gagner si peu en travaillant en libéral. Il a reconnu avec nous que, à ce prix-là, il était effectivement difficile de nous demander d'en faire plus…

Si nous ne pouvons qu'être sensibles à la spontanéité de ce mouvement compassionnel envers notre condition, aucune garantie ne nous a cependant été donnée pour la suite, hormis que nous serions conviés à la présentation de ce Plan afin de formuler nos éventuelles critiques.

La plus grande vigilance demeure donc nécessaire. La convention n'est pas le seul front sur lequel nos pratiques pourraient être menacées et, au regard des préjugés négatifs sur nos pratiques qui infiltrent encore le discours administratif, il ne faudrait pas que ce que nous essayons de sauvegarder dans la convention se perde dans le Plan de Santé Mentale.

**Jean-Jacques LABOUTIÈRE**
**Mâcon**

# Nosographie

Pierre Cristofari

*"J'aime qu'on suffoque dans le doute,*
*mais, qu'on s'y tienne"*
Jean Rostand

Il est commode d'avoir un bouc émissaire.

Taper sur le DSM permet d'éviter de réfléchir à la clinique, à son histoire et à son devenir.

Qu'est-ce qui signera la fin de la clinique ?

La protocolarisation.

Le DSM y est-il pour quelque chose ?

Probablement.

Commode pour la vente de médicaments à la mode, de psychothérapies diverses et variées, de bouquins et de machins, il a connu un succès remarquable, se gavant d'une édition à l'autre d'items nouveaux jusqu'au sourire, puis jusqu'au ridicule.

Le ridicule ne l'a pas tué jusqu'ici, c'est vrai, mais la mauvaise graisse qui s'accumule lui imposera un régime amaigrissant. Quand les TOC avec gratouilles seront bien distingués de ceux avec papouilles et conduiront à des protocoles précis et différents, la bulle se dégonflera.

Les lignes de partage entre les items du DSM sont un symptôme et non une cause. Attaquer le DSM, c'est attaquer le symptôme, quand c'est à l'étiopathogénie qu'il faut s'en prendre. Croire le DSM l'ennemi d'une "clinique française" dont je voudrais qu'elle fut en cours d'écriture, ou mieux, de réécriture, est une erreur.

D'abord, cette clinique française (ou, mieux, européenne) quand elle s'écrivit, ne lésina pas sur le nombre des catégories, sur la richesse et la précision de la sémiologie, sur le langage parfois pédant, sur la tentation

naturaliste. A bien des égards elle peut apparaître aujourd'hui un peu ridicule.

Ensuite, la fécondation de la psychiatrie par la psychanalyse d'abord, par le structuralisme ensuite, n'a pas été fondamentalement différente de la fécondation de la médecine par la physiologie d'abord, par la biochimie moléculaire ensuite, entraînant, à côté du meilleur, des clivages, des simplifications abusives, des dogmes.

Il n'y a pas plus d'écart entre la psychiatrie et la psychanalyse, qu'entre la médecine et la physiologie, qu'entre l'art de l'ingénieur et la physique théorique.

On ne construit pas un pont avec le seul outil de la physique théorique, on ne soigne pas un patient avec le seul outil de la psychanalyse.

Enfin, le discours sur la structure psychique se réduit trop souvent à une fracture entre psychose et névrose et à une réduction diagnostique : si porter un diagnostic se résume à dire de quel côté de la ligne de partage se trouve un patient - définitivement - vive la nosographie américaine, avec ses schizophrénies aiguës qui permettent de ne pas condamner à vie un patient, et qui permet au médecin de garder la fraîcheur de son ignorance, et d'aider le patient à soigner ce qui se passe à l'insu de lui.

Car, à l'inflation syndromique d'un côté a répondu l'appauvrissement nosographique de l'autre. La distinction entre " déprimés " et " psychotiques " n'a fait qu'encourager l'invention des " antidépresseurs " et " antipsychotiques ".

Notre clinique n'est pourtant pas moins riche que celle des classiques, et notre élaboration théorique n'est pas tenue de recopier des dogmes.

Le drame des protocoles est la malhonnêteté intellectuelle qui les sous-tend : faire comme si le chirurgien posait l'indication d'une opération en fonction des critères seulement objectifs, et non en fonction de l'interprétation des symptômes, de la peur du patient et de sa propre peur.

La psychiatrie ne peut être une gnose, elle doit être vécue comme un art et écrite avec une démarche scientifique - la démarche qui n'avance que dans le doute, qui sait que l'observateur n'est jamais étranger à l'expérience, qui a abandonné le rêve simpliste d'une causalité linéaire.

**Pierre CRISTOFARI**
**Hyères**

# En perdre ses moyens

Jacques Louys

En ces temps de nouvelle convention médicale où nous nous demandons toujours comment il sera possible d'exercer dans l'avenir notre profession, interrogeons-nous sur un symptôme bien actuel. Il consiste à présenter un épisode aigu réactionnel émotionnel lors d'une "perte de moyens" d'action structurée. Cette perte peut être une simple inhibition passagère aiguë comme de ne plus savoir quoi dire ni comment faire soudainement dans certaines situations jusqu'aux épisodes massifs de stupeur complète réactionnelle.

Cela arrive chez des personnes qui ont tendance à refouler d'habitude leurs affects, à les "avaler" chroniquement. Ils retrouvent leur côté affectif sous cette forme très désagréable de symptôme émotif quand

leur suractivité de fond ne peut plus se maintenir : crise de panique inefficace, de peur paralysante, de stupeur sidérante, de honte évanouissante, de tristesse soudaine affalante voire de gaieté explosive à la place de l'action attendue et souhaitée. Dans ce texte, sera utilisé par simple commodité et simplification le terme d'affect pour la tonalité affective de base et le terme d'émotion pour le symptôme réactionnel démesuré qui signe l'incapacité soudaine de l'action.

Selon les registres relationnels étudiés, cette exagération émotive de défaillance, ce "symptôme émotif", peut prendre différents aspects. Nous allons en évoquer quelques-uns, registre après registre.

**1) Dans les relations sexuées adultes**, le symptôme peut déjà surgir quand une personne ne peut plus assumer une action sexuée parce qu'elle subit une agression de l'autre ou que l'autre ne tient pas compte de ses envies à elle ou que l'autre la trompe. Mais la plupart du temps, le symptôme apparaît pour le sujet désirant par épuisement, pourrait-on dire, des devoirs sexuels surmoïques qu'il est censé assumer. Il présente alors des crises d'impuissance douloureuse soudaine et de manque de désir au moment où il serait le plus intéressé à l'activer. Il ne peut plus avoir d'érection en situation pour un homme ou il ne peut plus présenter de turgescence et de lubrification sexuelle pour une femme. Cette dernière peut même vivre des épisodes éprouvants de dyspareunie si le partenaire insiste trop pour effectuer une pénétration quand même, l'organe sexuel féminin s'irritant de plus en plus au lieu de finir par s'exciter. La gêne, la honte, la colère, l'abattement réactionnel vont remplir l'espace émotif de ces crises et ce d'autant plus que le partenaire pourra exprimer sa frustration devant l'absence d'excitation manifeste du sujet.

Le soignant psy est pris lui aussi dans le champ sexué relationnel avec ses patient(e)s, champ où son inhibition sexuelle doit rester de règle et de principe. Le fait qu'il puisse rester sans voix et sans capacité d'intervention face à la demande pressante de l'autre de régler ce problème d'impuissance ne doit pas lui faire croire plus que ça au bien-fondé de sa propre neutralité bienveillante si convenable et si commode à cacher son impuissance personnelle. Mais remplacer l'acte sexuel impossible par une action protocolisée substitutive afin de pousser le patient à retourner à l'action structurée va être la démarche la plus tentatrice du soignant qui se détourne ainsi du symptôme pour le "réduire" (pour essayer de revenir au refoulement préalable chronique de l'affect). Cette action protocolisée sous la forme d'une mise en scène perverse à trouver, de préliminaires "bandants" et salivants à la place de l'acte impossible, va être variable selon le substitut sublimé de rencontre sexuelle privilégié par le soignant et acceptable par le patient. Le discours éducatif orientera ainsi vers des rituels sexothérapiques, pour retourner aux apprentissages supposés avoir été mal effectués puisque les fantasmes excitateurs sont censés faire partie des prémices de l'acte sexuel, mais les "éducateurs" commencent à se méfier des procès à la clef. On peut alors remonter aux actions d'excitation magiques dérivées du yoga par les méthodes de rêve éveillé et de relaxation. On peut préférer l'art-thérapie ou du sport-thérapie hygiéniste. Plus le sujet sera dans une tension de performance, devant être sexué à tout prix, plus le symptôme d'impuissance se manifestera et plus l'action protocolisante substitutive sera préconisée, recommandée, imposée et agie.

Bien sûr, la suggestion protocolisée du fantasme peut marcher un temps et a l'avantage d'être "évaluable" en centimètre reconquis ou en minute d'action à comparer à une moyenne - c'est comme ça, par la "mesure" spatiotemporelle chère aux scientifiques, que l'on peut juger de l'efficacité pragmatique d'un protocole ; mais elle ne résoudra pas le problème de fond, c'est-à-dire le manque chronique d'affect amoureux de l'impuissant. On peut suggérer l'envie, essayer de la conditionner, mais on ne suggère pas l'amour…

**2) Dans les relations sociales :** ces relations sont un stade régressif des précédentes et on va donc retrouver la protocolisation sous une forme plus collective.

La décompensation d'un sujet peut se produire pour quelqu'un qui ne peut plus s'identifier au leader conquérant quand il le voudrait bien par défaillance de celui-ci : chef incapable, méchant ou corrompu, par exemple. Ou on l'empêche de tenir son action compétitive sociale et d'y croire de toutes ses forces comme pour l'exercice effectif de sa profession en ces temps de chômage et de mise à la retraite anticipée. Mais ça peut aussi provenir par simple épuisement, par incapacité de soutenir la compétition nécessaire et accrue au

moment où il voudrait redoubler d'effort, gravir un échelon social, se faire élire, prendre le pouvoir, gagner plus, faire des heures supplémentaires, se former à des techniques sans cesse nouvelles ou recommencer un nouveau travail.

Il va s'écrouler en recherche éperdue d'une communion affective immédiate dont une des plus actuelles est celle du serrage des rangs autour de l'écroulement de la santé ou perte du bien-être. Il s'agit de la santé physique et mentale comme "bien-être" au sens social du terme, selon la définition fournie par les plus hautes autorités planétaires en la matière (anglo-saxonnes). Il va présenter alors des crises hypocondriaques douloureuses l'empêchant de travailler et que personne ne va jamais pouvoir ni comprendre ni guérir.

Très commune aussi est la réaction d'épuisement total quand le sujet veut s'apprêter à faire un effort, sorte de "dépression" sociale réactionnelle au mauvais moment pour la signature d'un contrat, pour chercher un prix, pour regagner un nouveau poste de travail avantageux... De même, est en progression la crise de peur aiguë au moment de sortir de chez soi pour aller "gagner" sa vie. Citons aussi la crise de stupeur totale paradoxale au moment d'agir pour une reconnaissance sociale - voir l'anecdote historique de l'artilleur rapportée par Pinel : "Un artilleur, l'an deuxième de la République, propose au Comité de Salut Public le projet d' un canon de nouvelle invention, dont les effets doivent être terribles; on en ordonne pour un certain jour l'essai à Meudon, et Robespierre écrit à son inventeur une lettre si encourageante, que celui-ci reste comme immobile à cette lecture, et qu'il est bientôt envoyé à Bicêtre dans un état complet d'idiotisme"...

Plus le thérapeute sera déficient à comprendre ce qui arrive, plus les crises d'incapacité du travailleur et du "winner" vont devenir aiguës jusqu'à ce que le thérapeute lui-même devienne un de ces responsables officiels en lesquels on ne peut avoir confiance. Et le patient de fuir tout azimut à la recherche d'un soignant plus crédible. Le psychiatre est ainsi souvent sollicité par des patients en crise de rupture avec leurs médecins pour des souffrances somatiques sans cause apparente et que leur médecin adresse pour faire de la bonne "psychothérapie" et donner le "bon médicament", le temps qu'il finisse par être déclaré incompétent lui-même s'il rentre naïvement dans le jeu de cette demande.

On crée alors de nouvelles pathologies qui ne résolvent rien vu qu'on ne sait pas comment les soigner. Ou on limite politiquement l'accès répétitif des patients aux médecins et aux traitements par des référentiels adéquats pour limiter les dépenses. Les référentiels pertinents, les dossiers médicaux "personnels" (c'est-à-dire collectivisés médicalement, si je comprends bien le langage conventionnel) et autres consensus de bonnes pratiques prennent une grande ampleur et nous montrent l'acuité singulière de ce problème financier créé par ceux qui se révèlent incapables de profiter du "bien-être" et du mode de vie actuel.

Le psy lui-même est sollicité de faire se retourner le patient vers une réinsertion sociale efficace. Il devient alors expert en replaçant le patient qualifié généralement, on ne sait pourquoi, de névrotique ou de névropathe, dans une position de non-malade et de capable de travail authentique si ce n'est de simulateur. Au besoin il mettra le patient qui présente des crises trop fréquentes dans le statut d'handicapé provisoire mais à réadapter énergiquement par des mesures de soutien diverses, par un coaching social efficace et performant. Plutôt qu'être un soignant de toute façon dépassé, devenir un expert, c'est, rappelons-le, devenir quelqu'un capable d'évaluer la valeur de quelque chose, son authenticité ou non, le niveau des dégâts réels subis. La mission d'expertise s'amplifie ainsi pour le psychiatre afin de permettre que les patraques de la compétition soient réintégrés comme travailleurs assistés ou déclarés profiteurs du système puisqu'ils n'ont "rien" afin qu'on puisse leur supprimer leurs indemnités indues pour maladie. Cela ne permettra jamais, bien sûr, à personne de comprendre leur mal-être social et les symptômes y afférent.

**3) Abordons maintenant le niveau des relations narcissiques** (les relations à soi-même et déjà à son propre corps), autre régression possible par rapport aux relations sexuées. La protocolarisation y sera, cette fois, plus intériorisée par le patient. L'action bloquée d'affirmation de soi dans un moi bien construit va se révéler par des symptômes émotionnels spécifiques : la personne ne tient littéralement plus debout, sciée par sa réaction émotionnelle au moment où elle aurait besoin de se prouver à elle-même l'intensité de sa forme. La découverte soudaine de l'atteinte du corps par blessure accidentelle ou agressive ou par maladie ou

simplement par le vieillissement du corps et la baisse des capacités corporelles au fil du temps, va jouer ainsi un rôle premier dans les ruptures de l'instance moïque d'une personne. Mais toute atteinte corporelle qui touche le genre élaboré qu'a pu se donner quelqu'un, la personnalité développée, la "performance" à laquelle il s'est mis à tenir, va pouvoir être la source de telles décompensations.

Les symptômes narcissiques les plus visibles actuellement sont les crises de peur panique avec sensation de mort imminente et les dépressions réactionnelles plus ou moins hargneuses ou chagrines. Mais toutes les émotions peuvent se retrouver qui l'empêchent de prendre en compte son problème physique, de réclamer de l'aide, de sortir de chez lui et de se faire soigner, de s'adapter à la situation et de chérir un peu son corps dans les difficultés rencontrées.

La réponse la plus élaborée pour nier le symptôme et le sens réel de celui-ci (qui est d'être un retour du refoulé dans un manque affectif de fond), c'est de ramener la prise en charge au problème d'une prothèse à trouver qui permettrait au patient de retrouver sa performance d'avant et d'oublier, de gommer le problème d'atteinte du corps. Elles peuvent être diverses, ces prothèses de renarcissisation, mais la plus répandue, c'est la prothèse chimique : médicaments psychotropes stimulant la posture d'action comme les antidépresseurs IRS, dopants somatiques capables de remplacer des hormones défaillantes, officiels ou non, érecteurs sexuels divers... Toutefois la chirurgie a encore un bel avenir à ce propos et pas seulement la chirurgie esthétique.

Le rôle du thérapeute à qui l'on demande de fournir la bonne prothèse et de faire oublier au plus vite le symptôme, va être de s'assurer de la compliance du patient pour que la meilleure chimiothérapie lui soit appliquée selon le meilleur "bon usage" officiel. Faire que le patient devienne le meilleur patient, en lui expliquant au mieux comment "savoir prendre ses médicaments", sera la réussite totale et épargnera au thérapeute et au patient l'écoute de la plainte émotionnelle. Il faut éradiquer le symptôme comme on éradique les cafards et Internet est devenu ainsi un des meilleurs agents de diffusion des solutions prothétiques avec de nombreux fori discutant les meilleures substances du moment élaborées par les laboratoires pharmaceutiques les plus performants et réclamées avant même leur "mise sur le marché".

**4) Finissons par les relations de maîtrise réciproques ou relations de couple**, héritières des relations dyadiques mère-enfant, où le soignant reconnaît le "transfert" à l'œuvre dans une démarche régressive approfondie.

C'est quand un partenaire de dyade veut dominer l'autre, l'entraîner et que l'autre n'est pas vraiment d'accord ou que l'autre "oublie" d'entraîner son partenaire en le "trompant", c'est-à-dire en faisant un autre couplage ailleurs, ou simplement par l'usure du couple qui ne trouve plus de vrais nouveaux projets où se lancer et adhérer ensemble, c'est quand il y a crise de l'action structurée de la dyade que surgissent les symptômes émotifs réactionnels caractéristiques de ce registre.

Ces symptômes émotifs se manifestent particulièrement sous une forme d'imitation forcée caricaturale à l'émotion de l'autre : ne pas pouvoir s'empêcher de rire bêtement quand son proche rit un peu, de pleurer spectaculairement avec lui quand il est un peu triste, d'être complètement abattu quand il est fatigué, d'avoir une peur horrible quand il est effrayé, de faire une crise de rage quand l'autre s'énerve un peu, de trembler de tout son corps d'épuisement quand l'autre fatigue un peu... Cela est diversement apprécié par le partenaire de vie avec qui il est en relation dyadique, qui peut avoir l'impression d'être caricaturé par son conjoint, mais c'est rare. Le conjoint se plaint surtout du manque de maîtrise émotionnelle insupportable de l'autre et est souvent à l'origine de la demande de prise en charge.

Le psychiatre est donc interpellé pour que le symptomatisant arrête de se laisser aller émotivement comme ça. Il est mis en position de "père" de la dyade, c'est-à-dire en position d'utilitaire et de serviteur qui fasse le travail que la "mère" du couple n'arrive pas à faire avec son symptomatisant. Il est mis en position de devoir faire le "service", y compris le service public que tous les conjoints exaspérés contrôlent par l'intermédiaire de l'Etat et de ses institutions garantes de la validité des compétences du soignant. Le psychiatre est maintenant institutionnalisé dans le service public par sa convention professionnelle. Ce service est toujours

trop cher et jamais assez réussi comme l'éprouvent de tous temps les serviteurs que les Maîtres trouvent toujours insuffisants et trop bien payés pour ce qu'ils font. Notons qu'une des façons de récupérer son argent pour le Maître est de mettre le serviteur à l'amende le plus souvent possible. Car le Maître ne perd pas ses moyens, lui. Pour cela, il faut des références qui disent quand le professionnel accomplit son service correctement ou non. Voilà donc le psychiatre prié de faire vérifier régulièrement ses compétences réelles, en commençant par les auto-évaluations et de produire ses "certificats" répétés de bon serviteur, voire de participer de façon dynamique aux diverses certifications demandées et futures, en devenant lui-même certificateur.

Pas étonnant que sa "prise en charge" des troubles émotionnels dyadiques soit de convaincre le patient de s'auto évaluer lui-aussi : on peut enfin faire le top du top du "scientifique" en utilisant la puissance moderne de suggestion de la psychologie expérimentale dans des auto-évaluations cognitivo-comportementales que le patient doit arriver à appliquer. Notons que le chemin ayant déjà été bien déblayé par la dianétique1 des scientologues qui ne supportent pas depuis toujours la "faiblesse" de l'émotionnel et qui utilisent un dérivé des détecteurs de mensonge pour être sûrs de la validité de l'auto-évaluation. Cette vision des scientologues a gagné des secteurs de plus en plus grands de la sphère psy, portée par l'idéologie du garant et de la certification.

Cet accent mis sur l'évaluation évite au psychiatre d'avoir à poser au couple son problème affectif épineux et ça ne fâche personne ; mais c'est, bien sûr, à l'opposé des positions analytiques qui se demanderaient le sens de tels symptômes. Il faut donc démolir au passage la psychanalyse qui est une empêcheuse de tourner en rond depuis longtemps et qui n'est pas évaluable, puisqu'elle voudrait passer de la quantité à la qualité des choses. Et si les psychanalystes voulaient bien entrer dans une démarche "qualité", auraient-ils une chance de se faire quand même entendre ? Les patients pourraient être d'accord : voir les utilisateurs du Viagra et consorts qui, bien que retrouvant leurs centimètres péniens ou leur rubéfiance vaginale, commencent à peine à oser dire que l'érection sans jouissance réelle c'est quand même du pipeau et de l'arnaque quelque part... Les institutions de psychanalystes aussi, qui rentrent dans le jeu actuellement par le biais des psychothérapeutes à certifier…

**Jacques LOUYS**
**Haguenau**

1 La dianétique : En 1950, Lafayette Ronald Hubbard publie " La dianétique: la science moderne de la santé mentale " - Depuis, ce livre a été traduit en 50 langues et vendu à plus de 20 millions d'exemplaires - Il constitue la "bible" de la Scientologie qui se définit elle-même comme une science, une église et une religion. Hubbard apprend au lecteur que la dianétique "… renferme une technique thérapeutique grâce à laquelle on peut traiter tous les troubles mentaux d'origine inorganique et toutes les maladies psychosomatiques organiques, avec l'assurance d'une guérison complète…" . Il y affirme avoir découvert la "source unique du dérangement mental" - Présentation actuelle : " Si vous avez déjà eu l'impression qu'il existait un ennemi invisible qui agissait contre vous, détruisant vos plans et vous empêchant d'être réellement vous-même, vous aviez raison. En fait, la source de vos problèmes, de votre stress, de votre tristesse et de vos doutes s'appelle le mental réactif – la partie cachée de votre mental qui enregistre les expériences douloureuses, puis qui les utilise à votre détriment. La Dianétique vous aide à vous débarrasser du mental réactif. "

In : http://www.dianetics.org/fr_FR/index.html

# Psychiatrie et progrès social : vers une nouvelle clinique et une nouvelle pratique ?

Pierre Coërchon

Sigmund FREUD, initialement neurologue, est interpellé à son époque afin de résoudre un symptôme qui défraye alors la chronique, mais qui laisse le médecin dans l'impuissance : la conversion hystérique. A partir

de ses recherches cliniques et pratiques, S. Freud opère un déplacement qui fait sortir son propos du discours du maître et, sans en abandonner la rigueur ni lui faire quitter le champ médical, l'amène à la découverte humaine fondamentale de l'inconscient. Ce dévoilement, à partir de la stigmatisation d'un symptôme, lui permettra d'avoir accès à la structure même de la névrose, d'en envisager le traitement, de pouvoir en déployer les diverses manifestations méconnues jusqu'alors au-delà des phénomènes conversifs et notamment d'apercevoir la névrose sociale de l'époque tournant autour de la dominance de la figure paternelle d'une part, et de l'empêchement à l'accomplissement du désir d'autre part. Cette découverte permet alors un transfert des demandes de traitement des symptômes vers ces nouvelles figures faisant dès lors autorité en un savoir sur la question : les psychanalystes et les psychiatres.

Il paraît raisonnable d'envisager que nous nous trouvons aujourd'hui après une révolution (un tour dont la fin nous fait revenir au point de départ : l'hystérique conversive acculée par le dévoilement de l'imagerie médicale à déplacer son symptôme et à revenir frapper à la porte des algologues-neurologues) et peut-être une résolution (le droit à l'accomplissement des désirs émancipés de toute figure interdictrice ou de filiation paternelle) dans ces mêmes dispositions sociales qui consistent à focaliser sur un trouble individuel au prix de sa méconnaissance dans le champ social. L'identification de ce trouble, de cette gêne (l'ancien symptôme qui se croit résolu) réorganise une demande nouvelle dans ses modalités d'expression et d'adresse sous forme d'injonction à venir régler ce désordre rapidement, efficacement et à moindre coût tant individuel que collectif. Il est d'ailleurs notable que l'impératif dans la demande adressée à ces censés nouveaux professionnels ne porte plus sur les moyens (force est de constater qu'ils s'amenuisent…) mais sur les résultats.

A l'issue de ce tour, quel serait aujourd'hui le nouveau trouble stigmatisé au plan social au prix de son ignorance au plan collectif ? Nous proposons simplement en ce lieu du trouble le terme devenu tellement banal de consommation. Il s'agit d'une attitude qui garde la structure répartitive du consommateur et du consommé mais qui semble bien effacer la capacité d'analyse au profit d'un caractère nébuleux dans une différence fondamentale avec le refoulement et la division du sujet qu'il engendre. La consommation vient nous indiquer ce nouvel impératif aussi évident qu'énigmatique qui, dans certains discours se réclamant du plus rationnel de la gestion, vient endosser sans malentendu la fonction salvatrice dans l'idée de sa relance quand les indices de la sacro-sainte économie tombent en berne. Ainsi, ce terme de consommation ne nous pose aucun problème dans son acception courante pour des objets produits par l'homme industriel ou technologique. Si nous acceptons implicitement la méconnaissance du rapport fantasmatique à la jouissance qu'il engendre, il nous apparaît néanmoins dans toute son horreur et son obscénité quand la consommation d'un individu devient brutalement sexuelle et qu'elle porte sur un enfant pris comme objet de consommation et non plus comme création précieuse d'un acte sexuel humain.

N'avons-nous pas à déployer comme le fit S. Freud en son temps ce nouveau trouble identifié dans la découverte de ses effets de recouvrement méconnu ?

Nous pouvons remarquer tout d'abord que le symptôme de la théorie freudienne (refoulement et conflit) laisse justement sa place actuellement au terme de trouble issu de la terminologie anglo-saxonne qui suggère cette dimension clinique nouvelle dans le champ du pathos (à l'intérieur même de l'individu qui se demande ce qui ne va pas ou bien comme épinglé par autrui comme ce qui ne va pas chez l'individu) de la déviance comportementale ou cognitive voire de la délinquance.

Nous pouvons observer par ailleurs comment ce trouble vient organiser une modalité de demande différente à l'adresse modifiée du professionnel qui est convoqué pour une expertise venant moins trancher la question de la responsabilité ou d'une analyse que les questions se posant en terme de confirmation estampillée médicalement de déviance ou plus couramment d'aptitude ou d'inaptitude d'un individu. Puis dans une obligation bilatérale le déviant comme le médecin sont attendus de façon convenue à venir régler efficacement le problème afin d'enrayer tout risque non plus de répétition mais de récidive.

Un autre constat s'impose à nous comme venant aussi radicalement modifier les modalités de demande et d'adresse au médecin du psychisme : il s'agit (comme Charles Melman le met judicieusement en évidence) de l'application à notre champ clinique et pratique d'une modalité de réglage voire de règlement de la relation d'échange selon la nouvelle forme du contrat. Le contrat, système dorénavant perçu comme idéal, est importé du champ des échanges économiques et s'applique à présent à l'échange langagier avec son psychiatre. Ce système extrêmement séduisant à traiter le conflit, la division, les difficultés de gouvernance et de maîtrise paraît se déployer sur deux versants au plan médical.

En premier lieu, dans la relationmédecin-malade, le contrat permet d'homogénéiser les deux parties dans un donnant-donnant égalitariste. Il place alors le médecin au rang de simple prestataire voire de guichetier d'un service calibré, codifié, réglementé, protocolarisé et dû à tous. On vient chercher au cabinet non plus un savoir dont l'autre, le médecin, serait le détenteur, mais la simple application de ce qui est dorénavant convenu et attendu. Un système de cette nature est très tentant car il tourne tout seul sur lui-même, il n'entretient pas de dépendance à l'altérité et dispense les deux interlocuteurs de toute référence éthique. C'est donc en clair un système qui évite de penser. La pensée trouve ici son traitement par son évacuation puisque c'est bien elle, cette pensée sur notre existence, qui nous précipite dans cette culpabilité fondamentale si douloureuse et cette absence de certitude. On viendrait alors chercher la confirmation chez le psychiatre que la meilleure façon de soulager cette douleur morale ou éthique serait tout bonnement de se brancher directement en mode téléguidé et d'arrêter de penser. Il est clair que ce type de traitement a l'avantage indiscutable de ne pas valoir grand-chose donc a priori de ne pas coûter cher. C'est sans compter sur les conséquences de la disparition de l'instance morale, conséquence majeure et pourtant méconnue qui relève quant à elle de l'inchiffrable tout en risquant bien sûr de nous coûter très cher à terme.

En second lieu, un autre versant curieux de l'utilitarisme contractuel se déploie dans la relation entre le médical et le politique et nous montre une fois de plus, comme si c'était encore nécessaire, combien définitivement ces deux champs n'ont pas de rapport. Néanmoins même sans rapport une relation entre ces deux pôles ne les empêchait pas de se parler dans un échange qui a pu jusqu'à un enrayement assez récent aboutir à des compromis conventionnels. Ainsi régulièrement une discussion pouvait s'ouvrir sur la référence de la lignée des textes conventionnels antécédents et permettait les réactualisations pratiques indispensables. Comment doit-on juger le texte pseudo-conventionnel actuel qui, bien que se proclamant de la référence, se débarrasse de la pensée de ses pères, c'est-à-dire de l'élaboration des générations antérieures et qui dans une évidente indistinction se rabat aux pairs, les deux la faisant cette paire ? Ainsi le spécialiste hier détenteur d'un savoir particulier et distingué pour cette raison ne devient que le prestataire de service d'un généraliste qui au passage, remarquons-le, devient le référent dans une curieuse bascule du système même de la référence. Il s'agit bien d'une stérilisation, d'un nettoyage de l'index de la différence qui opère un déplacement du savoir du praticien vers le lieu du pouvoir. En effet, le généraliste, référent maintenant, devient lui-même le délégué de l'organe dirigeant qui, quant à lui, prétend détenir le savoir sur le bien, la bonne pratique, le bon parcours de soin, le bon protocole. Notons ici le risque pour le généraliste de voir rechercher sa responsabilité par le patient mécontent des conséquences qu'il imaginerait, à tort ou à raison, résulter du refus de l'avoir dirigé vers un cabinet spécialisé, du retard dans la décision d'accéder à cette demande, ou même de l'oubli d'avoir suggéré une telle possibilité. Tout ceci constituant bien évidemment des manquements aux obligations professionnelles qui s'imposent à tout médecin. La révolution pourrait encore se poursuivre en imposant de ce fait aux généralistes des primes d'assurance à la mesure de ces nouvelles responsabilités et donc évidemment bien supérieures à celles de leurs confrères spécialistes. On ne peut que constater le caractère révolutionnaire de cette dérive organisant de véritables et majeurs déplacements structuraux logiques au niveau des places du savoir et du pouvoir. Nous illustrerons simplement notre commentaire de cette petite vignette historique qui relève que, si dans la société dirigeante et pensante grecque, le médecin est en place d'honneur (comme nous l'indique Platon dans les discussions du Banquet), à la période suivante, dans l'empire romain, il se retrouve déchu au rang d'esclave. La nouvelle relation contractuelle ainsi instaurée crée du rapport là où il y avait une impossibilité structurale entre le médical et le pouvoir politique, débarrassant le médecin de sa filiation éthique et donc aussi bien de sa tentative de penser sa clinique que de la possibilité de diriger sa pratique. Cette stérilisation fonctionne bien

en paire ce qui n’est pas sans nous inquiéter devant ce nettoyage de la pensée, c’est-à-dire de la fertilité tant du côté médical que de celui des agents du pouvoir.

Si le progrès social semble bien nous amener à une résolution collective du vieux symptôme névrotique, c’est son mode de procédure par la stérilisation qui doit nous alerter et probablement en retour nous conduire à interpeller les organes du pouvoir dans le rétablissement d’une possibilité d’échange sur cet inquiétant constat. En effet, si résolution il y a, force est de constater que, d’une part celle-ci a lieu sans travail et sous la simple pression d’un objet enfin adéquat à satisfaire, et que d’autre part elle amène des conséquences majeures qui du progrès ne retiendrait que sa dimension de mouvement mais certainement pas celle de la qualité de la vectorisation. Une des conséquences majeures réside en un retour massif sur la pulsion et ce, directement en une demande éparpillée et sans fin. Car, tout adéquat qu’il est, l’objet technologique efficace ne saurait pour autant résoudre l’insatisfaction fondatrice de l’être parlant.

Dans un social ainsi épuré du symptôme, le psychiatre n’a-t-il pas à regagner sa place de clinicien et de praticien, en dehors de cette logique simpliste qui consiste à faire appel à lui comme à un banal consultant ? Devant cette folie sociale qui se méconnaît, loin de rester dans une position défensive (d’ailleurs toujours perçue comme réactionnaire car ramenant au vieux symptôme névrotique), le psychiatre n’a-t-il pas, plus que jamais à l’heure où il n’est probablement plus reconnu, un important travail de relecture clinique, d’élaboration pratique, et de replacement éthique ?

Car si le vieux symptôme névrotique se guérit collectivement et sans travail individuel et donc sans professionnel spécialisé nécessaire, la folie de la demande quant à elle enfle alors, que, faute de lieu Autre, le social reste bouché, sourd et aveugle à la recevoir.

**Pierre COËRCHON**
**Clermont-Ferrand**

# Soigner ou évaluer ?

Françoise Cointot

Nous sommes dans une ère de mutation de culture et de civilisation, avec des glissements sémantiques qui ressemblent à des glissements de terrain : "procédure", terme juridique plutôt que processus, au sens du cheminement, "gestion de l’urgence" plutôt qu’inscription dans une temporalité, "évaluation et qualité" plutôt qu’expérience et praxis, "utilisateurs de soins" plutôt que patients, "crise" en place d’initiation, "transparence groupale médiatisée et totalitaire" plutôt que respect de l’intime… Dans notre spécialité, fondée sur les représentations qu’induit ou qui sont induites par le langage et les affects ou pulsions qui s’y rattachent, ces glissements ne sont bien sûr pas sans effet sur les cadres législatifs, administratifs qui nous régissent, sur les psychismes plus globalement des sujets que nous sommes et que nous soignons.

Le monde dans son chaos structurel se replie sur une recherche vaine de certitudes, de preuves sur les modèles :

- sécuritaire de l’enquête et du procès

- simpliste et binaire des sciences informatiques

- économique de l’évaluation

- superficiel du symptôme

La modernité dans ce monde "désenchanté" serait-elle advenue trop vite, effaçant transmissions, croyances et sacré, diffusant de façon stéréotypée et stérile du traumatique et de la cellule de crise ? Enfants et adultes à travers leur malaise généralisé, sont porteurs de ces effets, et échouent sur des non-lieux, perdus dans du symbolique en béance, à cours de cadre véritable d'humanisation de leurs parcours individuels, "globalisés".

A l'inverse comment ne pas voir l'expertise, l'évaluation comme des symptômes, des béquillages symptomatiques, des pis-allers, des tentatives de reconstruction de symbolique en place de sa béance ?

Dans une société où la crudité et la vulgarité sont de mise, en particulier sur certains balcons de l'audimat et de la publicité, rompant les tabous protecteurs de l'intime, où l'information boulimique et globale, médiatisée et généralisée, prend la place de la transmission d'être à être, où l'idéal du moi et ses pièges narcissiques de toute puissance, de tout ou vite-savoir sont prônés comme des valeurs monétaires de l'investissement de soi, en place du cheminement individuel et groupal, plus difficile, moins glorieux, moins performant en termes d'images mais porteurs de plus de risques de vérité et de liberté, de limites et d'interdits, de manque et de désir.

La clinique psychiatrique devient alors plus bruyante, plus interactive, et moins intra-psychique, elle exprime plus la rupture, ou l'errance avec plus de violence dans les attaques de ces modèles institutionnalisés.

C'est pourtant à partir de cet état des lieux, de cet espace morcelé que nous sommes appelés à soigner la souffrance psychique qu'il occasionne ou accroît. Comment continuer à investir en amitié avec nos patients cette mouvance chaotique, sans dogmatisme ni rigidité, et en tenant compte des nouvelles cliniques de l'âme ?

Notre tentation serait grande de ne regarder la souffrance que sous l'angle du symptôme ou de la pathologie du lien, notre travail que sous l'égide de l'évaluation, en abandonnant le pulsionnel et le travail entre pairs. Il nous faut pourtant en passer, dans la clinique quotidienne, de plus en plus souvent par un travail de construction de cadre, de contenant, pour créer un espace analytique dans un premier temps, où pourra se construire dans un second temps le contenu, c'est-à-dire la vérité du sujet, grâce à un travail sur le pulsionnel.

Et il nous faut aussi ne pas laisser les cadres de l'évaluation imposés dans notre pratique, par les instances institutionnelles ou politiques qui nous gouvernent, vider notre praxis de son sens, de son humanité, de son but : c'est-à-dire un travail en partenariat avec l'économie psychique du patient, avec l'inconscient, le nôtre et le sien, pour, à partir du symbolique et du langage, construire avec le patient une scène, sur laquelle dans un ou plusieurs temps ultérieurs, pourront s'élaborer les fantasmes originaires, les défenses psychiques.

Rester les garants, non pas du "meilleur des mondes", avec sa cohorte de faux-semblants, de preuves et de contrôles, d'évaluation à dessein de maîtrise comptable, mais garants de la subjectivité du sujet avec ses manques et ses limites, garants du désir de vérité et de libération, y compris à travers les effets de réel de ce monde chaotique.

Rappeler et nous souvenir de notre serment hippocratique : "primum non nocere", ce que nous devons entendre par la nécessité de ne pas abandonner la clinique du sujet et je rajouterai opposer une résistance de bon aloi, c'est-à-dire élaborative à tout ce qui tenterait de stériliser notre pensée associative et nos cadres symboliques de réflexion et de transmission.

**Françoise COINTOT**
**Saint-Malo**

# Le juste soin au juste prix ?

Pierre Fichet

*Une société fonctionnant au niveau de l'économie dispose de suffisamment de moyens de mettre hors circuit celui qui a été vaincu, celui qui n'a pas réussi, voire un simple gêneur, et de le mettre hors d'état de nuire par une méthode non violente, pacifique et, en termes concrets, de le laisser mourir de faim s'il ne se soumet pas de son plein gré.*

(Carl Schmitt: La notion de politique - Champs Flammarion Février 1992 – 1ère édition)

*Le langage de la philosophie des valeurs, dont la logique implique non seulement des réévaluations mais des dévaluations, des dénis de valeur et même des affirmations sur l'inanité des valeurs, et qui peut donc se mettre à véhiculer une agressivité des plus redoutables. Des questions comme la légitimité ou la légalité sombrent alors dans l'universelle convertibilité des valeurs. Cet aspect des choses, la "tyrannie des valeurs" et sa justification de l'anéantissement de la non-valeur, ne sera évoqué ici qu'en passant.*

(Carl Schmitt : Théologie politique-nrf Editions Gallimard Août 1998
2 essais écrits en 1922 et 1969)

Le prix de l'acte dans le CMPP où je travaille est d'environ 115 Euros. Dans d'autres CMPP ce coût peut être très différent.

Dans cette institution l'acte est celui de la consultation, de la séance ou du soin. Que cet acte soit effectué par le pédopsychiatre, le psychologue, l'orthophoniste, ou le psychomotricien, le prix reste le même.

Qu'un enfant nécessite peu, ou au contraire beaucoup de synthèses, que ce soit entre nous ou avec les partenaires (santé, éducatif, scolaire, justice...), c'est toujours le même prix.

Le prix de la consultation ou de la séance du pédopsychiatre libéral est de 34,30 Euros. Là aussi, peu importe le temps qu'il y passe, que les parents soient reçus ou pas, que cela nécessite ou non synthèses à l'extérieur, etc.

Pour le CMPP comme pour le pédopsychiatre libéral, que cet enfant consulte pour un simple malaise plus ou moins défini, des difficultés ou des pathologies névrotiques, qu'il s'agisse de pathologies limites ou de psychoses, tout cela n'a encore à ce jour aucune incidence sur le prix.

Horreur diront certains, injustice, non-sens économique diront d'autres. Où donc est la bonne mesure ? "Je vous imagine grands vérificateurs, tenant ferme les fils des cerfs-volants, bordés de chiffres et de calculs. Pourvu que tout soit répertorié et tienne sa mesure pour dite. On peut toujours laisser du lest : les corps en seront plus souples et beaux", dit le poète(1)

Mais le mot d'ordre est aujourd'hui : ÉVALUONS.

Les évaluateurs et les économistes ont une conception où la mesure, in fine, est celle de l'argent (bien placé ?).

Ce que vient dire aujourd'hui cette disparité apparente, c'est que notre travail n'a pas de prix (inestimable). Il n'a pas de prix, car la subjectivité n'est pas à vendre. Cette subjectivité, c'est même le précieux de l'homme.

C'est pour cela qu'une psychanalyse doit être chère, mais aussi que pour les médecins(2) et les psychiatres les honoraires doivent être honorables (ce qui n'est plus le cas aujourd'hui – est-ce un hasard ?) et modulables (avec tact et mesure).

Cette disparité dans le système économique ultralibéral qui est le nôtre montre qu'il existe encore des îlots où des restes d'économie solidaire (comme la nomme Bernard Friot) subsistent (pour combien de temps encore ?).

Cette disparité laisse encore prédominantes les questions relatives à la problématique du don et de la dette, dette symbolique qui n'a rien à voir avec le "tu vas payer"(3) usuellement entendu sur cette question.

C'est ce que l'économie libérale avec sa tyrannique évaluation veut effacer, la possibilité du don, en s'y substituant comme valeur que celle de l'échange.

Assurément, nous n'avons pas fini de subir le coût symbolique de cette hégémonie économique. Evitons d'en être les complices.

**Pierre FICHET**
**Amiens**

1 Traité de la toile cirée (Jean-Louis Giovannoni) - Didier Devillez Editeur, 1998, BP 1463 – 1000 Bruxelles1.
2 L' acte médical n'est pas que technique, il a aussi son efficace dans sa fonction symbolique.
3 Je pense ici aux défenseurs d'un acte comptabilisé selon le temps passé, mais aussi à ceux qui comptent sur l'effet thérapeutique de la loi pénale, etc.

# Soyons enfin sérieux !

Chantal Jacquié

Nous ne pouvons pas continuer à assister les bras croisés à ce curieux mélange dont on peut mettre en doute la bonne foi, entre d'une part l'indignation vertueuse des politiques et gestionnaires qui prétendent ne pas comprendre pourquoi les Français consomment autant d'antidépresseurs, et la conviction peut-être moins vertueuse que tout irait mieux s'il y avait moins de psychiatres , ce qui est d'ailleurs en train de se réaliser… avec la bénédiction des soi disant financeurs.

Bref, effectivement les Français semblent consommer beaucoup d'antidépresseurs.

Ces antidépresseurs représentent à eux seuls en terme de coût, l'ensemble des actes des psychiatres libéraux… Il faut cependant noter que justement ils sont prescrits en grande majorité (plus de 80 %) par des médecins généralistes qui sont actuellement en première ligne vis-à-vis des problèmes de santé mentale.

Les généralistes sont en effet la cible idéale pour les labos soucieux d'écouler profitablement une telle manne.

Loin de nous d'ailleurs l'idée de les mettre en cause.

Ils font ce qu'on leur a conseillé de faire, dans un contexte où il faut un délai important pour avoir un rendez-vous chez un psychiatre, où l'on sort assez souvent un peu prématurément de l'hôpital psychiatrique, et où il est convenu que les médicaments doivent parer à tout.

On leur explique aussi que les antidépresseurs seraient efficaces sur pratiquement tout en psychiatrie (tocs, troubles alimentaires, phobies, anxiété généralisée, etc.), et même préventifs !!!! N'est-ce pas merveilleux ?

En tout cas c'est ce que pensent les actionnaires de certains labos que je ne citerai pas.

En effet même des week-end de formation par ailleurs très intéressants, ne peuvent remplacer une formation clinique approfondie en psychiatrie, qui donne en particulier une approche de ce qu'il peut y avoir derrière un symptôme apparemment dépressif…

Il faut lorsqu'on prescrit un antidépresseur, d'abord être sûr qu'il s'agit bien d'une dépression au sens médical du terme (et non pas au sens économique par exemple), être certain que l'on n'a pas affaire à un patient qui présenterait sous-jacente une pathologie psychotique qui "flamberait". Prescrire un antidépresseur, le choisir, le doser n'est pas un acte anodin, et nécessite souvent de surcroît un suivi rapproché. Ce ne peut d'ailleurs pas être l'unique réponse thérapeutique dans le cas d'une dépression avérée.

Si nous insistons sur le fait que l'état dépressif est un symptôme psychiatrique précis, renvoyant le plus souvent soit à une mélancolie soit à une pathologie névrotique décompensée, c'est que ceci a été quelque peu perdu de vue et le mot devenu fourre-tout.

Bref, la dépression en tant que maladie n'est pas le malaise dans la civilisation !

Le malaise social n'est pas une maladie. Les antidépresseurs n'ont pas à être le nouvel " opium du peuple " même si cela est tentant d'entendre certaines plaintes comme cela.

Enfin les psychiatres revendiquent cette particularité de vouloir soigner des sujets et non pas des maladies. Il fut un temps où l'on reconnaissait cette dimension de leur art.

Aujourd'hui on voudrait la gommer et l'aligner sur des protocoles purement chimiothérapiques sur le mode bijectif : symptôme, médicament.

Tout sujet ayant eu une fois dans sa vie besoin d'une aide dans ce domaine sait que cela est totalement virtuel, dangereux et insatisfaisant.

C'est pourquoi les psychiatres, dont la pratique est aujourd'hui menacée, rappellent qu'il sont les détenteurs d'une clinique spécifique, et qu'il sont à ce titre les seuls à pouvoir prendre en toute connaissance de cause la responsabilité de prescrire les antidépresseurs (comme les antipsychotiques d'ailleurs) en première intention. Nous demandons donc solennellement que ceci soit instamment pris en compte dans le cadre actuel de la "maîtrise médicalisée" des dépenses de santé.

**Chantal JACQUIÉ**
**Saint-Brieuc**

# Permanence ou impermanence des soins

Hervé Granier

Depuis plus d'un an, l'UNCPSY sous l'égide de la Générale de santé élabore un projet de déréglementation **de la permanence des soins dans les cliniques psychiatriques, c'est-à-dire la permanence d'une présence médicale 24 heures sur 24** imposée aux établissements par la célèbre annexe XXIII du décret de 1956.

Quand les psychiatres ne l'assurent pas eux-mêmes, elle est en général confiée à des médecins généralistes salariés en liaison avec un psychiatre d'astreinte à domicile, selon des modalités propres à chaque établissement. Contrairement aux cliniques MCO, le principe retenu par la loi est donc celui **d'une garde non spécialisée** qui garantit une sécurité sanitaire et une qualité des soins, en tenant compte, à la fois, de la spécificité des prises en charge en psychiatrie et de l'insuffisance de compétences des psychiatres en matière d'urgences et de médecine somatique, de par leur formation et leur orientation clinique.

Ce projet de "modernisation de la permanence des soins" dicté par le souci pragmatique d'alléger les charges financières et organisationnelles qui pèsent sur les cliniques, propose de supprimer les médecins résidents et de "sous-traiter" la médecine somatique et ses urgences à des intervenants extérieurs à l'établissement, selon différents réseaux. On y retrouve les mots magiques, chers aux experts de santé publique : mutualisation des moyens... optimisation des ressources.... développement des réseaux de soins dépassant la structure même des établissements... etc. pour inciter le secteur privé à gérer la pénurie de moyens. Choisir de rompre la compacité de l'ensemble institutionnel au profit de réseaux flottants, par essence impersonnels et impermanents ne serait pas sans conséquences sur la qualité de l'hospitalisation psychiatrique privée, sur les responsabilités des psychiatres déjà fortement sollicités et les conditions de travail des personnels soignants, invités à se former à des gestes d'urgence , certes nécessaires, mais bien éloignés de leur vocation première.

Démédicaliser les cliniques et en balkaniser les soins n'est peut-être pas la meilleure solution de modernisation et l'insistance de l'UNCPSY sur cette question appelle de notre part une double réflexion sur l'utilité et le financement de la présence des généralistes participant à cette permanence des soins.

**Place des médecins généralistes en clinique psychiatrique**

Leur rôle ne peut évidemment pas se réduire au traitement des urgences somatiques artificiellement séparées, dans ce projet, des urgences psychiatriques. Dans les institutions qui ont une capacité et une activité importante, leur présence dépasse bien souvent les traditionnelles gardes de nuit et de week-end .Ils assurent **la continuité des soins mais aussi la continuité des liens** avec les équipes soignantes indispensables à la cohésion et la coordination des soins.

Leur présence et leur connaissance de l'institution rassurent les malades et les soignants ainsi soutenus dans leur engagement relationnel. Ils interviennent en position tierce pour désamorcer des conflits et résoudre des problèmes de souffrance psychique ou organique dont l'intrication est bien souvent de règle dans les pathologies psychiatriques, au quotidien comme dans l'urgence. Pour le dire autrement, si le Sujet est divisé, les patients ne sont pas , pour autant... divisibles.

Enfin, ils prennent en charge les affections somatiques intercurrentes ou secondaires aux pathologies mentales qui réclament une véritable attention et s'impliquent dans les programmes d'éducation sanitaire (alcool, drogues, nutrition, consommation médicamenteuse) qui vont revêtir de plus en plus d'importance.

Entourée de quelques précautions, cette collaboration collégiale de psychiatres et de généralistes sensibilisés à "la chose psy" permet de mieux répondre à des patients particulièrement "demandeurs de soins" et de privilégier l'écoute et la prise en charge psychothérapeutique de leur souffrance en les préservant, paradoxalement, des pouvoirs iatrogènes d'une médicalisation excessive ou d'un recours massif aux traitements psychotropes.

Cette approche multidisciplinaire et institutionnelle est au fondement des **soins spécialisés en psychiatrie.**

**Le financement de la permanence des soins**

Il s'agit d'un sujet difficile, source de conflits récurrents et de contentieux entre les CME et les directions administratives. L'imprécision et l'ambiguïté des textes réglementaires de référence avaient déjà forcé la

commission permanente de la NGPA à statuer sur cette question et à rendre ses conclusion en avril 99.

*"L'article 20 des dispositions générales n'impose pas aux psychiatres qui perçoivent des honoraires de surveillance constante, la charge de la permanence des soins telle qu'elle est définie à l'annexe XXIII du décret de 56 ( article 20 )" . Elle a par ailleurs réparti clairement le champ des compétences entre"une surveillance psychiatrique assurée par les psychiatres de façon constante (joignables si nécessaire) que l'on peut qualifier de continuité des soins et une surveillance médicale réalisée par un médecin non spécialisé présent sur place de façon permanente que l'on peut qualifier de permanence des soins".*

En effet, une surveillance constante n'est pas synonyme d'une présence permanente ce qui serait d'ailleurs contraire à l'indépendance des praticiens protégée par le code de déontologie. Cette argumentation sémantique qui échappe parfois aux représentants des Caisses, est retenue par les différentes juridictions.

L'organisation et le financement de la permanence des soins incombent donc aux établissements. Elle ne peut être transférée aux psychiatres pour les raisons déjà évoquées et relève des négociations tarifaires menées par les fédérations hospitalières. Si l'annexe XXIII demande une présence médicale 24 heures sur 24, aucun texte ne prévoit les médecins de garde salariés ni ne précise leur fonctionnement ce qui facilite le désengagement des tutelles. Quant à l'astreinte à domicile à laquelle sont déjà soumis les psychiatres, malgré l'arrêté de classement des établissements de 1977, elle garde un statut plus déontologique (la continuité des soins) que réglementaire puisque la nomenclature n'a pas été modifiée pour autant. Rappelons, par ailleurs, qu'une démarche de qualité tend actuellement vers une présence continue des psychiatres dans la journée.

Cette regrettable absence de clarté du législateur donne lieu à des appréciations divergentes d'une région à l'autre, ou d'une clinique à l'autre. Les directeurs ont parfois du mal à accepter de financer seuls un système qui participe au confort de travail des psychiatres et la classique "main invisible" du libéralisme et de la **responsabilité partagée** conduit fréquemment les psychiatres à participer aux efforts de ce financement par l'intermédiaire de leurs réversions d'honoraires.

La refonte de ces textes s'impose donc rapidement et la négociation d'une nouvelle CCAM clinique devra y contribuer car seule une politique commune et claire plutôt que des arrangements particuliers mettra un terme à cette confusion.

**En conclusion**, la permanence des soins pèse de façon inégale sur l'équilibre financier des établissement. Elle est quasi inabordable pour les structures de très faible capacité pour lesquelles des aménagements pourraient être proposés. Pour les autres établissements, la présence permanente de médecins qui est encore une des forces de l'hospitalisation psychiatrique privée, demeure un enjeu de qualité que les psychiatres et les directeurs d'établissement ne doivent pas sacrifier. Il serait en effet bien difficile de faire admettre aux patients et plus largement à la société civile que des cliniques sans médecin offrent une qualité et une sécurité sanitaire comparables.

Ce n'est donc pas faire offense à nos confrères de l'UNCPSY et de la Générale de santé, soucieux d'un véritable partenariat avec les psychiatres travaillant dans leurs établissements, que de refuser ce démantèlement et de les inviter à poursuivre nos discussions déjà engagées sur ce sujet. Le risque est grand, en effet, de précipiter les cliniques sur la pente de la démédicalisation, déjà descendue par d'autres secteurs hospitaliers où il est difficile à présent, pour des patients, de rencontrer des médecins.

Cette présence médicale fantomatique devrait hanter notre réflexion et nos prochaines négociations.

**Hervé GRANIER**
**Montpellier**