Sommaire du BIPP n° 41 - Mai 2005

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 41 au format PDF

Les imprécateurs - Pierre Cristofari

La psychiatrie libérale mise à mal - Yves Froger

Accès spécifique : lettre à signer

Un rayon de soleil - Marc Maximin

D'un enjeu historique à la prothémanie - Patrice Charbit

De quel crédit ? Pierre Coërchon

De la naissance - Françoise Cointot

Obsolète, le secret médical... Pierre Fichet

Logique non-a et psychisme - Jacques Louys

Cornegidouille, une bonne référence est une référence à un référentiel ! Martine Burdet-Dubuc

Les imprécateurs

Pierre Cristofari

Ce texte conventionnel, nous avons assez dit tout le mal que nous en pensions, et en particulier notre indignation d'être ainsi méprisés. Nous devons continuer à essayer d'influer sur son application(1).

Il est médiocre, peu applicable, ouvrira des conflits insolites : il est peu probable de le voir sauver la Sécurité Sociale. Sa lecture détaillée donne cent raisons de s'en méfier, dix de s'en indigner. Il n'est pas vraiment le produit d'un large accord, il a été signé par trois centrales syndicales seulement sur cinq(2), il est à tous points de vue suspect.

Le texte... Parce que la Convention, c'est autre chose.

Refuser un texte est facile : on a toujours quelque chose à y redire. Les libéraux le trouvent trop social, les fonctionnaires le trouvent trop libéral, les uns et les autres se méfient des signataires.

Mais la Convention a au moins aujourd'hui le mérite d'exister. Nous avons oublié, après tant d'années sous le régime du Règlement Conventionnel Minimum, que nous n'avions pas seulement vocation à être à la merci des instances administratives des Caisses. À un point tel que les Caisses ont pris de mauvaises habitudes de penser et de se conduire : mauvais élèves, petit personnel manquant de formation, subordonnés convocables par n'importe quel petit chef et déconventionnables au gré de son humeur, voilà ce que nous sommes.

Nous pourrions, aujourd'hui, choisir de nous enfermer dans une politique du pire, dans un non inconditionnel, dans un discours chroniquement hostile à tout changement, dans la satisfaction de rallier un lot hétéroclite de mécontents de tous horizons.

Nous avons souvent été ces derniers temps du côté des imprécateurs, et on peut penser que nous aurons encore, souvent, l'occasion de l'être dans les temps qui viennent. Mais l'imprécation ne peut, à elle seule, tenir lieu de politique : si nous disons nos immenses réserves sur ce texte, nous disons aussi notre désir d'une convention. Alors, au lieu de se satisfaire de l'attente du pire - la faillite de l'assurance-maladie - nous avons à donner une chance au système conventionnel : ou bien celui-ci devient le lieu d'un consensus mou, ou bien nous y introduisons le débat chaque fois que possible.

Les centrales syndicales ne se réduisent pas aux directions nationales ; les militants locaux ne sont pas toujours nos ennemis ; or, on l'a bien vu, le syndicalisme médical possède une dimension locale fondamentale du fait du pouvoir des CPAM. C'est au niveau local que les sanctions sont prononcées c'est à ce niveau que les alliances peuvent être opérantes. Ainsi, les Comités Paritaires Locaux(3) qui se mettent en place peuvent n'être qu'une chambre d'enregistrement des Caisses. Ils peuvent aussi, dans le meilleur des cas, réveiller la vie syndicale.

J'insiste : souhaiter l'existence d'une convention n'est pas applaudir les centrales syndicales qui l'ont signée.

Mais pouvons-nous nous contenter d'attendre l'arrivée d'un monde idéal, ou avons-nous quelque ambition à nous coltiner le principe de réalité ?

Peut-on dire non à un principe parce qu'un écrit est médiocre ?

Pierre CRISTOFARI
Hyères

(1) Ainsi, la "lettre à tous les psychiatres" du 11 avril 2005 de Jean-Jacques Laboutière et Yves Froger (Président et Secrétaire Général du SNPP) nous a demandé de nous engager sur l'accès spécifique des patients au psychiatre.

(2) CSMF, SML et Alliance. Les centrales FMF et MG France n'ont pas signé. Rappelons que seules les centrales syndicales pouvaient participer aux négociations.

(3) Les Comités Paritaires Locaux (CPL) rassemblent des représentants des caisses d'assurance-maladie (administrateurs et administratifs, dont quelques médecins) et des représentants des centrales syndicales médicales signataires de la Convention.

La psychiatrie libérale mise à mal

Yves Froger

Pendant que nous défendions la psychiatrie libérale au ministère lors des travaux préparatoires du Plan de Santé Mentale, deux institutions et non des moindres, le Conseil de l'Ordre et la Commission fixant les prix du médicament en France, sont venues nous rappeler le peu de crédit que certains accordent à notre exercice.

Conseil de l'Ordre

Vous avez été nombreux à nous alerter après la parution du Bulletin d'avril de l'Ordre des médecins où figure l'article "La psychiatrie : le paradoxe français", dans lequel la journaliste rapporte les propos du Dr

Cressard, neuropsychiatre et membre du Conseil National de l'Ordre mettant en cause l'utilité et l'efficacité des psychiatres privés.

Cette diatribe n'est pas nouvelle, notamment sous la plume et dans la bouche de journalistes de la presse généraliste. C'est évidemment beaucoup plus préoccupant de voir de tels propos infiltrer notre Ordre professionnel dont la fonction est avant tout de veiller à l'observance de la déontologie qui ne peut être garantie que par le respect et la considération pour l'engagement des professionnels dans leur pratique. Le Dr Cressard a perdu de vue ses obligations pour céder au discours ambiant.

Vous trouverez ci-après la lettre que nous adressons au Président du C.N.O.M.

Monsieur le Président et Cher Confrère,

Nous avons lu avec quelque étonnement l'article du bulletin de notre Ordre intitulé "La psychiatrie : le paradoxe français" signé de Mme Arlette Chabrol et reprenant des propos qui auraient été tenus par notre Confrère neuropsychiatre, le Docteur Piernick Cressard.
Ces propos, nous voulons le croire, ont été extraits de leur contexte. Nous n'osons imaginer qu'un Confrère, qui plus est, Conseiller Ordinal National, puisse jeter la suspicion sur une spécialité médicale entière.
Nous sommes à votre disposition pour débattre avec vous de la question de fond évoquée par cet article à laquelle nous avons déjà beaucoup réfléchi et travaillé avec nos Collègues du secteur public.
En revanche nous ne pouvons rester sans réaction devant les propos de notre confrère. L'insinuation est un procédé inacceptable, et l'ensemble de cet article est bien peu conforme à la déontologie médicale.
Croyez, Monsieur le Président et Cher Confrère, en l'expression de nos sentiments respectueux.

Jean-Jacques Laboutière
Président de l'AFPEP-SNPP

Yves Froger
Secrétaire Général de l'AFPEP-SNPP

***

Prix du médicament

Dans un autre registre, le laboratoire Janssen vient d'obtenir un prix pour la mise en vente en officine du Risperdal Consta LP, forme retard du Risperdal nécessitant une injection tous les 15 jours. Ce laboratoire a réussi le tour de force de multiplier par quatre le coût de traitement journalier :

Ex. : Risperdal per os 4mg/j CTJ : 3,18 euros

Risperdal Consta LP CTJ : 13,64 euros

et ceci sans justificatif d'un apport thérapeutique important.

Au moment où nous négocions quelques euros d'augmentation du Cnpsy sans obtenir une revalorisation digne de notre acte, ce cadeau somptueux fait à l'industrie pharmaceutique ne peut que nous amener à nous interroger sur la reconnaissance accordée à nos actes dont la valorisation financière est un indicateur

essentiel.

Là non plus, rien de nouveau. Tout le monde déplore le déclin de la clinique et de la relation médecin-malade, mais les innovations médicamenteuses, réelles ou – plus souvent – illusoires se monnaient au prix fort quand le travail de base, qui consiste entre autre à décider de l'opportunité de tel ou tel traitement avec la force de conviction et l'engagement que cela suppose quand il s'agit d'un traitement neuroleptique, n'obtient aucune reconnaissance. Pire, même nos tutelles n'hésitent pas à lancer sur le marché un traitement qui sera essentiellement prescrit par nos collègues hospitaliers qui ont subi de fortes incitations à mettre en place le Risperdal retard, mais dont le coût sera imputé à la médecine de ville car concernant des patients ayant quitté l'hôpital. Dans le même temps, nous connaissons l'obligation qui nous est faite par la nouvelle convention de diminuer le coût de nos ordonnances. Tout ceci est kafkaïen et nous rappelle à quelle place on nous met.

Paradoxalement nos rencontres au ministère ont été plus fructueuses. Là où la psychiatrie privée apparaissait comme une ressource mobilisable à même de parer à tous les déficits de la permanence des soins, pour autant qu'elle soit réellement insatisfaisante, et aux carences de prises en charge des détenus ou des exclus, nous avons réussi à convaincre nos interlocuteurs de la pertinence, de l'utilité et de l'efficacité du champ d'intervention des psychiatres libéraux ; et de renoncer à nous imposer des tâches qui ne nous reviennent pas en propre.

Yves FROGER
Lorient

Accès spécifique : lettre à signer

L'avenant spécifique à la psychiatrie qui devait être signé le 1er mars
est toujours dans les limbes.
La lettre que nous avons envoyée à tous les psychiatres libéraux a déjà conduit
à de nombreuses réponses confortant notre position sur l'accès spécifique.
Ces réponses peuvent peser :
voici de nouveau le formulaire, qui peut également être téléchargé sur le site Internet de l'AFPEP-SNPP.

Je soussigné, psychiatre d'exercice libéral, estime que dans le cadre de la nouvelle convention médicale, les patients doivent conserver la possibilité de recourir au psychiatre sans passage préalable par le médecin traitant ni pénalité financière, ce qui impose un accès spécifique pour tous les soins.

Par ailleurs, la confidentialité fait intrinsèquement partie de la qualité des soins en psychiatrie et le droit au secret doit être scrupuleusement respecté dans le cadre de cette nouvelle convention.

Enfin, en dépit de la récente augmentation d'honoraires, les revenus des psychiatres stagnent toujours au plus bas de l'échelle des revenus médicaux. Il doit être mis fin d'urgence à cette situation inacceptable soit en ouvrant la possibilité d'un espace de liberté tarifaire indépendant du mode d'accès aux soins ou, à défaut, par un relèvement significatif du tarif opposable de la consultation de psychiatrie.

Date Cachet et signature

Enfin ! Un rayon de soleil dans la morosité ambiante qui règne en psychiatrie

Marc Maximin

Non ! ce n'est pas une phase délirante aigue mais simplement un peu d'envolée lyrique pour témoigner d'une satisfaction syndicale dans le champ de l'exercice privé de la psychiatrie.

Après des années de lutte pour la reconnaissance du travail des psychiatres dans le cadre de l'exercice salarié, suite aux négociations, nous vous informons que l'avenant 16 à la convention collective nationale des médecins spécialistes du 1 mars 1979, relatif aux grilles de rémunération a été agréé.

Pour plus de précisions concernant les grilles de rémunérations, les modalités de reclassement et l'ancienneté acquise dans l'échelon vous pouvez vous référer sur le site.

Cet agrément prend en compte une revalorisation, l'ancienneté et l'évolution des carrières jusqu'à 28 ans au lieu de 15 ans.

Cet agrément est une juste reconnaissance pour les psychiatres qui exercent dans ce secteur mais aussi une victoire pour la psychiatrie.

Marc MAXIMIN - Marseille, mai 2005

D'un enjeu historique à la prothèmanie

Patrice Charbit

L'accès libre au psychiatre, en dehors des murs de l'asile, est une bataille politique qui remonte aux années 1880.

La lutte pour leur rayonnement, par-delà l'Église, les juristes et les charlatans, poussa les psychiatres, après leur consécration par la loi de 1838, à sortir de l'asile et à s'installer dans la cité. L'arrivée au pouvoir de Gambetta et l'éviction des réactionnaires de "l'ordre moral" installés après la chute du second empire, permit la consécration de Charcot et de ses ambitions par le prisme de l'appropriation du champ du "demi-fou".

Rompre "le lien odieux entre la femme et le prêtre" par le biais de la redéfinition de l'hystérie et reprendre la catégorie américaine du neurasthénique, soit les deux catégories du demi-fou dans le cadre positiviste de la iiie République, est la clef conceptuelle (à l'aide d'une technique appelée "psychothérapie" depuis les années 1890) de la politique de conquête des psychiatres de cette seconde moitié du xixe siècle.

La monomanie et le traitement moral avaient été les instruments de la mise en place de la psychiatrie et "du système national d'asiles" ; l'hystérie, la neurasthénie et la psychothérapie devenaient les outils de leur installation dans la société civile, auprès du grand public, sur les terres de l'Église et des médecins généralistes.

Un simple cabinet de consultation suffisait à son art et le psychiatre pouvait échapper aux lourds investissements d'une "maison de santé".

Devenue plus maniable, le rayonnement de la psychiatrie ne s'est plus démenti jusqu'à ce jour ou plus exactement jusque dans les années 1980, période où le mouvement s'est brutalement inversé pour ne plus laisser entrevoir qu'une peau de chagrin.

Nous pouvons donc observer que le passage obligé par le généraliste qui nous est proposé aujourd'hui est, historiquement, l'inverse du processus de développement de la psychiatrie et une tentative de cantonnement qui nie son caractère spécifique au sein des spécialités médicales. Il s'agit là d'un enjeu stratégique.

La maladie mentale envisagée comme une "maladie de la civilisation" (concept à l'origine des théories fondatrices de la psychiatrie et des positions idéologiques ultérieures) est un paradigme abandonné, ce qui représente une coupure épistémologique sans précédent. Ainsi la psychiatrie disparaît pour laisser place à une neurobiologie par ailleurs largement stérile dans ses innovations pratiques depuis un demi-siècle (ce qui en soi dévoile des prétentions idéologiques puisqu'elle est tout de même imposée).

Force est donc de constater que, pour les psychiatres, l'évolution actuelle est de l'ordre d'une régression dans un contexte politique et institutionnel où la place du sujet subit des bouleversements.

L'utilisation abusive de la neurobiologie tend vers une objectivation des troubles psychiques dans un environnement de marchandisation du "capital santé" et la subjectivité devient ainsi une affaire privée qui ne concerne plus la médecine, ce qui institue un recours, dès lors inévitable pour le patient, aux catégories pré-républicaines de juridisme, de religion et de charlatanisme. La demande, toujours présente, continuant, bien entendu, à se chercher une adresse…

Le psychiatre avait su protéger le citoyen de leurs influences non sans le concours de l'État ; la disparition de l'un et l'amoindrissement de l'autre marquent leur retour. Il en est pour preuve que les psychotiques se retrouvent de plus en plus en prison où les traitements sont… juridiques, que les médias (grands représentants des charlatans contemporains) organisent les soins, que les églises récupèrent les âmes… et les passions.

L'histoire de la psychiatrie enseigne que son développement s'est toujours opéré dans le cadre d'une lutte politique et d'un enrichissement nosographique pour ce qui concerne le xixe siècle. Le XXe ne l'a en rien démenti, notamment sur la place des idéologies. Il convient donc d'observer ce qu'il en est du sujet contemporain dit "post-moderne" dont la dimension d'autonomie est une des grandes caractéristiques.

Tout étant théoriquement à sa portée, l'individu ne peut que s'en prendre à lui même si son existence ne correspond pas à certains critères. Là où intervenaient des limites, le sujet se retrouve insuffisant et handicapé.

Il recourt aux techno-sciences pour parer à cette insuffisance et ainsi un homme peut se transformer en femme (et vice versa), les grossesses peuvent s'imaginer à n'importe quel âge, le dopage envahit le sport mais aussi les boîtes de nuit, les "golden boys" et le monde du travail, le viagra, les antidépresseurs généralisés, les anxiolytiques, le clonage, les mères porteuses, les drogues, la ritaline, les manipulations génétiques, les hormones contre le vieillissement, etc.

Partout les techno-sciences “fournissent” sans se soucier du cadre dans lequel elles s’insèrent ; le progrès traque le symptôme, hors de toute symbolique, au nom du marché.

Je propose le terme de PROTHÈMANIE pour définir cette dérive.

La prothèmanie ou “folie de la prothèse” est une maladie de civilisation qui touche les individus à des degrés divers, plus particulièrement ceux confrontés à des difficultés narcissiques. Elle se présente comme un véritable enjeu de société et de santé publique ; elle correspond à une tentative de palier à des carences symboliques par des fétiches techniques en perpétuel renouvellement. Ce renouvellement étant la condition de l’illusion de son efficacité.

Les possibilités d’accès au psychiatre et la prothèmanie ne sont-elles pas des éléments paradigmatiques d’une large transformation, d’une fin de régime républicain au bénéfice d’une “démocratie de masse”* qui jouerait de déficits symboliques ?

Patrice CHARBIT
Paris

* - “Démocratie de masse” telle que la décrit Dany-Robert Dufour dans “Folie et démocratie”.

De quel crédit ? (à propos de l'évaluation du médecin)

Pierre Coërchon

Le nouvellement nommé usager du système de soins a pu recevoir dernièrement, en même temps que son contrat d’union avec son futur médecin traitant, une plaquette informative à visée pédagogique dont le titre, Médecin mode d’emploi, arrête notre curiosité et nous laisse dans une certaine perplexité.

Classiquement et jusqu’alors, le médecin est cet homme qui, fort de son savoir théorique et de son expérience pratique, exerce son art au quotidien à l’endroit de la souffrance, à l’orée du vivant et de la mort. Cette situation atopique d’exception du médecin l’oblige à un forçage de modestie car son engagement de praticien vient ébranler sa position magistrale ou universitaire. Non seulement le médecin se retrouve enseigné par la maladie et ses manifestations symptomatiques, ceci entretenant son désir de savoir et de travail, mais il doit composer avec une évaluation impitoyable et souvent méconnue, celle de son jugement intérieur.

Ces coordonnées du positionnement du médecin - toutes classiques qu’elles soient - ne relèvent évidemment pas d’un héritage anecdotique historique pouvant justifier une exception nourrissant quelque avantage de distinction sociale. Dans ce cas en effet, elles perdraient logiquement toute légitimité au regard du progrès contemporain laïcisant, égalitariste, uniformisateur des différentes places. On comprendrait ainsi le caractère obsolète de la distinction médecin généraliste - médecin spécialiste. On comprendrait alors la nécessité de formation du nouvel usager dans sa façon d’utiliser au mieux le service médical, ce d’autant que dépassé, plus à la page, plus dans le coup, il s’appuierait à tord sur ses références classiques dans la lignée des générations antérieures pour s’adresser au médecin à partir des signes perçus qui le font s’inquiéter. On comprendrait tout aussi logiquement la nécessité du médecin suspecté d’être issu de cette culture historique de se mettre au goût du jour et de se faire contrôler, évaluer, de s’évaluer lui-même, de s’être bien mis à ce

nouvel utilitarisme de bon ton.

Malheureusement, les enjeux ne sont pas qu'historiques, car tout ceci vient dénier la dimension sacrée de la dette et de la fonction symbolique dans son impératif structural au niveau des coordonnées de positionnement du médecin. Au-delà, ce déni – d'autant plus efficace que maintenant prescrit par le pouvoir – touche aussi à la référence sacrée du signifiant. Les conséquences générées sont majeures tant au titre individuel que collectif sur des domaines fondamentaux comme le jugement, la responsabilité, l'autorité, la limite, la liberté, le savoir, le désir y compris le désir au travail, l'exercice du pouvoir...

Pour en donner une illustration, partons du signifiant crédit circulant actuellement beaucoup dans le champ médical et faisons la monstration de sa dérive. Le manque de confiance en soi – soit le crédit que le sujet s'accorde – est devenu une raison banale de consultation auprès du professionnel traitant du psychisme. Ce peut même parfois être la plainte – exprimable seulement en privé – d'un sujet exerçant une profession d'autorité qui vient alors confesser soit une substitution pathologique autoritariste à un déficit métaphorique créditeur, soit son impuissance souvent exprimée par un fréquent "je n'arrive plus à gérer". Ce symptôme approche cette modification du rivage du signifiant crédit en ce témoignage d'un manque de confiance en l'Autre, c'est-à-dire d'un déficit de confirmation crédible en un lieu tiers de référence, rabattant un sujet dans sa relation verticale ou horizontale avec son interlocuteur, au désarroi d'une simple suspicion en miroir vis à vis de l'autre comme de lui-même.

Il est des mots d'usage courant ou cherchant à rejoindre le courant qui, par le simple nettoyage d'une "communication" stérilisante prenant ses ordres auprès des impératifs du marketing, se voient ravalés par ce procès de démétaphorisation ou de désacralisation au rang de simple mot objectal toxique, qui se consomme à n'importe quelle sauce susceptible de masquer son odeur nauséabonde. Ainsi, en est-il advenu du crédit dans les échanges entre le corps médical, le pouvoir et l'usager, dans une disparition de la verticalité métaphorique et dans ce lissage horizontaliste toxique. L'usager commande le dirigeant qui reçoit de la majorité, non pas sa légitimation, mais son label de bonne norme, c'est-à-dire la validation de l'uniformisation de son discours alors assuré conforme. Puisque ce n'est plus le pouvoir qui commande, alors pourquoi ne saurait-il pas mieux que l'ancien et dépassé savant théoricien-praticien ce qui est bon pour tous ?

Nous voici donc dans cette normalisation qui permet de régler son compte à l'altérité. Certes, mais quel compte ? Car à ce compte voici un signifiant crédit d'une tout autre nature, non plus signifiant du manque, non plus signifiant du désir, non plus signifiant de la confiance en l'Autre – ne serait-ce que logique – mais employé au même (dé-)titre que ce nouveau médecin, comme un consommable, un générique. Si ce n'est pas un règlement dont l'autoritarisme témoigne de la suspicion en miroir, c'est alors bien le compte gestionnaire qui règle le fonctionnement de ce nouveau crédit sonnant et trébuchant.

Quelle est la nature de l'économie ainsi réalisée ? Il faudrait être aveugle pour ne pas voir que cette économie ne saurait être que consommatrice car n'oublions pas son credo identique à celui qui dirige l'usage toxique addictif : "quand elle est en panne, il faut relancer la consommation !". Comme toujours et au final, le problème sera de savoir qui va payer ? Ne doutons pas que cette économie toxique d'un crédit démétaphorisé, corrélative du principe de l'accréditation – a-créditation, comme le a privatif l'indique – et de la gestion, risque de nous coûter très cher, et peut-être pas seulement au niveau de nos porte-monnaie.

Pierre COËRCHON
Clermont-Ferrand

De la naissance. Du désir d'enfant, de l'enfant, du langage

Françoise Cointot

Il n’y a pas d’accès possible au langage sans désir de communiquer, il n’y a pas d’accès possible au langage sans accès au monde symbolique et reconnaissance de l’altérité, celle qui est inscrite en soi et celle que l’on découvre chez l’autre.

L’humanisation du petit d’homme est un long cheminement, qui commence bien avant la naissance dans le désir d’enfant porté par l’homme et la femme qui le porteront dans les méandres de leur imaginaire, de leurs fantasmes conscients ou inconscients, dans leur culture et dans leur histoire pour ne pas dire dans leur lignée familiale trans-générationnelle, avant que l’embryon ne se prépare en neuf mois à sa venue au monde.

Langage et désir, langage et communication, entre psychanalyse et intersubjectivité. La particularité de l’embryon, du bébé, puis de l’infans est bien de nous emmener dans cet entrelacs impliquant au plus simple, au plus visible, les deux partenaires de la dyade mère-enfant, au plus complexe, au plus invisible trois partenaires, le père, la mère, l’enfant, voire plus, si l’on parle d’inscription symbolique et socioculturelle.

La naissance est un voyage à travers l’observation du visible, du perceptible et le recueil de l’imperceptible, je veux parler des phénomènes inconscients qui règnent en maîtres sur nos actes et nos pensées, sur nos désirs et nos productions qu’elles soient symptomatiques, créatrices de vie, ou sublimatoires.

Le désir d’enfant prend sa source dans l’histoire œdipienne et narcissique de la mère : désir d’enfant infantile auquel la petite fille a dû renoncer et qui se réactive avec le partenaire sexuel, devenant un désir d’enfant pas toujours vécu consciemment et qui peut même être vécu de façon ambivalente et source de rejet.

La vie fantasmatique maternelle joue donc pour l’élaboration de son désir d’enfant autant que pour le bébé imaginaire avec lequel elle établit déjà un dialogue, enrichi par les divers examens complé-mentaires en particulier les échographies puis les premiers mouvements du fœtus dès le quatrième mois.

Les recherches sur la vie fœtale apportent de plus en plus de précisions sur le développement sensoriel du fœtus surtout pendant la dernière phase de la gestation : il est intéressant de constater la précocité du développement de la fonction auditive comparée aux autres fonctions sensorielles, ce qui inscrit le fœtus dans un environnement déjà marqué de façon singulière et privilégiée par la voix humaine.

Le corps du fœtus réagit également au corps de la mère (tension musculaire, accélération cardiaque), qui lui-même réagit à ses propres affects, par le biais de la voie neurovégétative. Le corps du fœtus est un lieu de résonance des affects de la mère bien avant qu’il ne soit en mesure de ressentir ces affects, de les mettre en mots, il va par conséquent inscrire dans son corps des préformes ou des traces qui le prédisposent à lier perceptions et affects.

M. Bydlowski dans **"la Dette de vie"** en 1997 parle d’une "transparence psychique" des mères pendant la grossesse et surtout en fin de grossesse, état qu’il définit comme un état de fragilité particulière, lié à une levée partielle du refoulement avec pour conséquence une grande perméabilité aux représentations inconscientes, proche de ce que l’on peut constater chez certains patients psychotiques. Cet état induirait "un état d’appel à l’aide latent et quasi permanent… conditionnant une aptitude particulière au transfert médical" et le fait que pour ces femmes, "la corrélation entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles va de soi, sans soulever de résistance notable". Pour cet auteur "la grossesse offre donc les conditions d’une alliance thérapeutique avec le narcissisme maternel, favorisant le dévoilement de fantasmes et de souvenirs ordinairement refoulés, qui, partagés avec un thérapeute perdront au fil des entretiens leur charge pathogène".

Le travail psychique maternel dans la périnatalité consiste à réduire l’écart entre l’inreprésenté de l’événement et sa propre vie psychique, à composer du connu non pas avec de l’identique mais avec du familier à partir de cet inconnu en elle.

Le travail psychique par le biais du transfert participe à l'investissement actuel de l'enfant mais aussi permet de donner à l'enfant futur une place dans la trame des générations, d'où l'importance préventive des psychothérapies de femmes enceintes, quand il y a souffrance exprimable ou seulement repérable.

Le travail si bien nommé d'enfantement ne s'avère pas n'être qu'un travail physique pour la mère, celle-ci a aussi un travail psychique d'enfantement à mener. C'est ce que souligne le remarquable article de J. Rochette sur le temps du post-partum immédiat paru dans **"Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence"** de février-mars 2005 et dont je reprends ici les grandes lignes. Freud comparait le travail psychique d'enfantement à celui du rêve et du deuil, comme nécessaire à la psyché pour métaboliser les événements. L'événement naissance est toujours un moment propre à déborder les capacités d'élaboration individuelle et groupale et à engendrer du traumatisme. André Carel, dans **"Transfert et périnatalité psychique, la fonction alpha à l'épreuve de la naissance"**, parle même de "traumatose familiale" pour évoquer ce traumatisme à la naissance, après Freud dans **"Introduction à la psychanalyse"** en 1916-1917.

Dans son aspect groupal, il s'agit à la fois de métaboliser les effets de l'accouchement :

- physiques par les perturbations hormonales et le vide qu'il procure,

- psychiques par la confrontation entre le bébé imaginaire avec le bébé réel, par la survenue d'un être nouveau en faisant de la place dans la psyché, afin de lui donner une assignation dans le groupe familial, et de composer avec la réactivation de l'infantile et de l'archaïque de chacun des deux parents.

La mise au monde est une affaire de famille et de communauté, la naissance est une étape initiatique qui déborde les seules capacités d'élaboration individuelle. D'une culture à l'autre on retrouve des rituels d'un soin social de la mère et du bébé : tous ces rites culturels permettent de marquer le passage d'un état (la grossesse, la symbiose) à un autre (la séparation première, le travail psychique du post-partum), en épousant les différentes phases d'une temporalité de la naissance. Il est intéressant de reprendre la description ethno-psychiatrique de Van Gennep en 1909 des rites de passage :

- Rites de séparation : coupure rituelle du cordon, bain à la naissance, traitement du placenta. Ces rites entraînent une effraction ou une mise à l'épreuve du pare-excitation maternel, avec afflux sensoriel et excès pulsionnel dans l'accouchement et la rencontre avec le nouveau-né, ébranlement identitaire et changement de place dans les générations, potentiel traumatique.

- Rites de marge ou de réclusion : quarantaine où mère et bébé sont tenus à l'écart du socius, mère déchargée des tâches domestiques, "aux petits soins", en contact avec les seules personnes proches, souvent affaire de femmes, mère alitée. Ces rites permettent la constitution d'une unité narcissique primaire, avec maintien d'un sas psychique, d'une grossesse psychique paradoxale mais utile, mise en latence de la conflictualité, introspection, primat du sensoriel, hiérarchisation du fonctionnement psychique autorisant la mère à ne traiter qu'une petite quantité d'énergie à la fois pour s'ajuster à son bébé.

- Rites d'agrégation ou d'intégration au socius, avec pour la mère, purification, retour de couches social, cérémonie des relevailles ; pour le bébé, présentation du bébé à la communauté, baptême, sacrifice d'animaux et rites conjuratoires. C'est le temps des relevailles avec le passage d'une position régressive à la position verticale, le deuil de la grossesse, la censure de l'amante (Lacan) et la triangulation précoce pour le bébé, la conflictualité œdipienne (Mélanie Klein), la remise en route des processus secondaires, la reprise des activités de symbolisation, la capacité de rêverie maternelle ou fonction alpha maternelle (Bion), la préoccupation maternelle primaire (Winnicott).

C'est insister sur l'importance d'un travail de mise en liens, autour de la mère enceinte, pour que celle-ci ne soit pas désaffférée de ses contenants culturels et familiaux, et pour garantir des espaces transitionnels autour d'elle, afin de lui permettre le meilleur accueil possible de son enfant, dépendant de ce travail psychique du post-partum.

Françoise COINTOT
Saint-Malo

Obsolète, le secret médical...

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 (1)

Le **"Nouvel Âne"** du 17 janvier 2005 titre : "L'informatisation fait craindre des viols du secret médical" et en effet une large part des critiques faites au Dossier Médical Personnel sont de cet ordre tant la garantie de secret en informatique est très relative et les sécurités aisément "crackables". Nous ne sommes pas sans savoir que les tentations seront fortes dans une société où l'information est le nouvel or. Il est évident que le contenu du DMP sera convoité par toutes sortes d'entreprises (assurances, banques, employeurs) pour ne citer que les principales.

Ce type de critique présuppose que le risque principal consiste en des actes délictueux de personnes, de groupes ou de sociétés mal intentionnées.

Les partisans du dossier médical informatisé répondent à ce type de questionnement par un renforcement des mesures sécuritaires et pénales, toujours illusoires et faisant d'autant plus craindre pour les libertés(2).

En laissant entendre que le problème du DMP tient essentiellement à la malveillance de quelques-uns, ces critiques font l'impasse sur les effets nocifs que l'on peut attendre de ce DMP sans même qu' il y ait forcément intention malveillante de l'un ou de l'autre.

Le P de DMP a été l'objet d'un débat important dans la bureaucratie sanitaire et sociale. Fallait-il dire Partagé ou Personnel ? Que l'on ait tranché pour personnel, ne vient que mieux souligner que l'objet de ce dossier est surtout d'être partagé, et la question de ce personnel/partagé n'est rien moins, bien que voilée, que celle du privé/public ou encore : intime/public.

Cet effacement de la frontière entre l'intime et le public(3) était déjà dans la loi du 4 mars 2002, concernant les mineurs puisque tout parent peut demander à consulter le dossier médical et par conséquent psychothérapique de son enfant, et que s'il s'avérait que l'enfant ne le souhaitait pas (faisant au passage l'impasse sur l'immaturité de structure de la parole de l'enfant) la tâche du thérapeute serait alors de convaincre celui-ci du bien-fondé d'une telle demande (mesure aux antipodes de la nécessaire confidentialité pour aider une subjectivité plus ou moins défaillante à mûrir).

Hanna Arendt en 1958 dans **"La condition de l'homme moderne"**, parlait déjà de la distinction qui avait cours dans la Grèce antique entre privé et public, de l'effacement de cette frontière dans la modernité, effacement qui permet selon Foucault l'introduction des données biologiques (tant sous forme individuelle du corps que sous forme collective de l'espèce) au grand jour du domaine public.

Ce travail d'Hanna Arendt est le préambule au travail sur le bio-politique développé par Michel Foucault (**"Histoire de la sexualité, la volonté de savoir"**), dont une face regarde vers le corps humain en tant que machine de production et appelant "son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, son intégration à des systèmes de contrôles efficaces et économiques" et l'autre côté centré sur le corps espèce, traversé par la mécanique du vivant (prolifération des naissances, longévité, niveau de santé…).

Ce que Foucault a montré, c'est que le corps et sa domestication est un des enjeux cruciaux du politique moderne, et c'est pourquoi ce qui touche à la santé aujourd'hui n'est pas anodin, et le nouveau malaise dans la civilisation me semble lié à ce bio-politique.

Mais il existe une lecture plus structurale du bio-politique par Giorgio Agamben (Homo sacer, 1995) (4), soutenant que le bio-politique ne relève pas d'une période historique donnée (la modernité et le capitalisme pour Foucault) mais est le secret par excellence du pouvoir étatique. Pour cela il se distingue de Foucault qui parle de l'introduction de la zoé (la vie nue, non qualifiée chez les Grecs) dans la polis, il relève et complète Foucault en notant que la zoé finit progressivement par coïncider avec le bio faisant que exclusion et inclusion, extérieur et intérieur, droit et fait entrent dans une zone d'indifférenciation irréductible.

Homo sacer se présente donc comme un corps dépouillé de ses signifiants, et pouvant de ce fait être éliminé sans autre forme de procès.

Si A. Katsiogianni(5) dans un article fort intéressant ("Synapse" – janvier 2005), montre comment la figure d'Homo sacer, un corps vide de sens, permet finalement l'inscription des signifiants maîtres bio-politiques. (Une des conséquences est le "sujet psychosomatique").

L'ouverture du secret médical dans le DMP revient à un vol des signifiants de la population et des sujets afin d' y substituer des signifiants plus serviles, signifiants que nous pouvons entendre déjà dans les discours sanitairement corrects (entre autres).

Ce que présage le DMP (ou informatisé) c'est la suspension du droit au secret médical, prémisse d'un "état d'exception", c'est-à-dire d'un lieu où la suspension du droit a une valeur juridique. (cf. Homo sacer).

Pierre FICHET
Amiens

(1) - In : **"La notion de politique"** - Champs Flammarion. Fév 1992. Cette citation de Carl Schmitt, car il n'y a pas à être dupe des incitations financières ou a contrario des sanctions pour qui collabore ou non à l'établissement des données dans le dossier informatisé.

(2) - Dans son livre **"Impasse Adam Smith"** (ed Climats 2002), Jean-Claude Michéa montre combien l'homme rationnel libéral qui pense et agit au "mieux de son intérêt bien compris" est forcément un prédateur pour l'homme, et que les mécanismes juridiques pour en limiter les effets pervers sont illusoires et inefficaces.

(3) - Un autre exemple de cet effacement des frontières entre intime et public : une adolescente me disait cette semaine, emménageant dans un collège tout neuf (Arthur Rimbaud – Amiens), l'ancien devant être détruit, que tous les couloirs de ce nouveau "top collège" étaient équipés de nombreuses caméras vidéo.

(4) - La figure de l'homo sacer dans le droit romain, cet homme que l'on ne pouvait ni condamner, ni sacrifier, mais que n'importe qui pouvait tuer sans commettre de crime, figure que l'on retrouve dans le loup-garou, mais aussi chez le juif non-citoyen de l'état nazi, mais également dans le cliniquement mort qui autorise le chirurgien à prélever les organes, mais qui a aussi exonéré une personne de son acte d'avoir tiré sur le néo-cadavre puisqu'en tirant il ne faisait ni plus ni moins que le dit chirurgien (États Unis).

(5) - Doctorante CNRS Paris 7 – (Zafiropoulos, P.L. Assoun).

Logique non-a et psychisme

Jacques Louys

Les partisans du conditionnement sont des partisans de la logique aristotélicienne. Pour eux, il y a des renforcements positifs et négatifs, il n'y a pas de conditionnement tiers. Il n'y a pas de conditionnement qui soit à la fois positif et négatif ou de conditionnement qui ne soit ni l'un ni l'autre. Nous entrerions alors pour eux dans le champ des distorsions cognitives, c'est-à-dire des erreurs de jugement. Or, il ne s'agit pas seulement de relativiser l'interprétation des événements dans le sens de ne pas être trop catégorique sur le classement en vrai ou faux ou en bon ou mauvais événement de vie. Il ne s'agit pas de nuancer, il s'agit de pôles logiques différents, d'une logique tétravalente, à quatre pôles, d'un tétralemme (qu'on peut formuler simplement : oui/non/oui et non/ni oui ni non) et non d'un dilemme (oui/non). En logique, on démontre que les pôles les plus opposés dialectiquement sont ceux du oui et du ni oui ni non d'une part, et ceux du non et du oui et non d'autre part.

Les partisans du conditionnement pratiquent une abstraction sélective paradoxale en ne considérant que les pôles logiques d'affirmation concrète (oui versus non) au détriment des autres possibles (oui et non et ni oui ni non). Ils s'enferment dans le dilemme, réduction outrée du champ psychique par rapport à son objet. Pour eux, un traitement va guérir ou pas, avec des nuances : il va guérir à 50 % si vous avez la moitié moins d'obsessions qu'avant. D'où l'importance des statistiques qui montrent où en est le patient sur la ligne entre le bien et le mal, entre le vrai et le faux, entre la réalité et l'erreur. Pousser le curseur du bon côté, du côté du bon conditionnement, de la bonne habitude à prendre pour remplacer la mauvaise, va être le but de la manœuvre des psychothérapies conditionnantes. La première bonne habitude à prendre est celle, bien sûr, de se dire guéri, tout au moins amélioré par la prise en charge, ce qui améliore considérablement les statistiques !

Le problème de cette réduction logique est que cela empêche une réelle prédictibilité clinique d'advenir et donc à une réelle scientificité de percer. Car il manque un pan entier du psychisme, qui est celui qui permet à un choix et à un libre arbitre d'émerger, ce que les psychanalystes essaient d'exprimer en parlant de désir. Mais faute d'articuler convenablement de même ces problèmes logiques, ces derniers prennent le risque de se faire identifier et de s'identifier à ce qui n'est pas logique, au sens de la logique aristotélicienne et d'être rejetés dans la psychose et l'irrationnel. Le pli pris, pour la majorité d'entre eux, de dire la psychanalyse non scientifique pour échapper au scientisme ambiant est une erreur fondamentale. Ils donnent à leurs adversaires les bâtons pour se faire rosser et déconsidérer.

Quant aux partisans du conditionnement individuel ou social, ils s'identifient sans le faire exprès à la problématique de la névrose-perversion qui est, justement, de pratiquer cette réduction logique aristotélicienne à outrance.

En clinique, nous allons retrouver cette problématique de la façon suivante :

- dans la névrose-perversion, il y a surinvestissement des pôles logiques aristotéliciens ; la névrose incarne le pôle logique du faux absolu (par le jugement falsifiant outré) tandis que la perversion incarne le pôle logique du vrai absolu (par l'action d'appropriation outrée),

- dans la psychose, il y a le surinvestissement des pôles logiques non aristotéliciens ; la psychose affective incarne le pôle logique du ni vrai ni faux absolu (par l'émotion inhibante outrée) tandis que la psychose dissociative incarne le pôle logique du vrai et faux absolu (par l'action d'élimination outrée).

Chaque surinvestissement d'un pôle logique s'expose au retour calamiteux du refoulé dans le pôle logique opposé, sous forme d'un symptôme. Dans la névrose-perversion, ce seront des symptômes psychotiques - non aristotéliciens - qui affoleront la personne. Dans la psychose, ce seront des symptômes névrosés-pervers - aristotéliciens - qui viendront gâcher la vie de la personne. Névrose-perversions et psychoses apparaîtront donc comme des radicalisations contre l'émergence possible d'un symptôme, comme des modes de défense.

Une prédictibilité clinique peut s'établir à partir de là avec des émergences privilégiées de symptômes pénibles chez des personnes présentant des modes de défense de tel ou tel type. À l'inverse, on peut prédire dans le cas de l'émergence de tel ou tel symptôme comment va se résoudre la situation si la personne arrive à lutter assez contre cette émergence pour retrouver ses défenses d'avant.

De plus, le fait de comprendre quel pôle logique émerge dans le symptôme permet de prescrire ce pôle logique afin d'arriver à le faire émerger correctement. Plus que de prescrire le symptôme, ce qui peut sembler un peu paradoxal rationnellement, il s'agit de prescrire le pôle logique correspondant à travers les registres psychiques concernés par le symptôme.

Je prie donc la communauté des psys et déjà celle des psychiatres privés de bien vouloir s'intéresser à ces problèmes de logique et de logique tétravalente afin de construire une réelle démarche scientifique en psychiatrie. La clinique est un endroit privilégié pour identifier cette problématique et je ne peux que me féliciter des volontés de renouvellement de la clinique qui se manifestent ici ou là.

Jacques LOUYS
Haguenau

Cornegidouille, une bonne référence est une référence à un référentiel !

Martine Burdet-Dubuc

Comme Ubu, dans la pièce célèbre du talentueux homme de l'art Jarry, on parle là un jargon que tous comprennent je l'espère ! Plus sérieusement devons-nous maintenant, nous, médecins de l'âme, construire un système de RÉFÉRENTIELS pour traquer l'ennemi-maladie moderne qui met l'État dans l'embarras des dépenses(1).

Par exemple la dépression : maladie très moderne qu'il faut vaincre et qui ressemble à un nouveau challenge tant dans les publicités pharmaceutiques que dans l'actualité des médias spécialisés !

Justement à propos de la dépression, alertée l'an dernier par l'enquête d'un de nos confrères Avignonnais (Q.M. du 15/04/04) je notais que les médecins sont particulièrement concernés par cette maladie puisque pour la même catégorie d'âge (de 35 à 65 ans) il y avait 14 % de suicides réussis chez les médecins alors qu'il n'y en avait que 5,6 % dans la population générale. Deux facteurs facilitants étaient relatés : les pressions administratives et le rythme excessif de l'activité professionnelle.

Puisque nous sommes concernés nous devrions facilement trouver des références pour mieux comprendre et pour mieux soigner.

À l'heure de la santé publique je vous propose d'examiner d'abord le questionnaire reçu il y a quelques jours au cabinet médical à propos de l'enquête de l'assurance-maladie sur la dépression, espérant y trouver quelques points qui nous orienteront pour une meilleure… "prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte" comme l'indiquait le titre de ce questionnaire.

Citons quelques points de ce référentiel : tout d'abord la durée de la prescription des antidépresseurs (comment cette mesure si aléatoire peut-elle faire l'objet d'une référence ?) puis le type de prise en charge (TCC ou psychanalyse par exemple comme si pour un type de maladie, voire de malade, une indication

anonyme pouvait se poser extérieurement à la relation soignante).

On trouve aussi d'autres questions type *"assurance-automobile" :*

"Avez-vous renseigné le patient sur :

- *le diagnostic,*

- *les effets secondaires,*

- *le risque d'échec du traitement ?"*

Pouvons-nous vraiment espérer un meilleur traitement des patients à la lumière de ces questions ?

Enfin il faut noter également qu'il n'est mentionné nulle part dans ce questionnaire le diagnostic sur l'examen clinique, il n'est proposé que des tests divers pour l'aide au diagnostic: repérage ANAES, MINI (?), HAD, Hamilton…

Cette logique administrative et juridique (des mesures "objectives" pouvant nous servir pour une procédure éventuelle ?) pour éviter d'oublier ce qui serait un danger pour nous-mêmes ?

Prévenir le patient que s'il se passe quelque chose de désagréable on n'y est pour rien, de là à s'en laver les mains !

Que faire alors dans la relation à chaque patient tout au long de la journée de consultation… éviter de s'oublier ?

Je pense qu'au contraire il faut en partie oublier ce que l'on sait pour se laisser guider par celui qui nous parle de sa souffrance comme d'un repère. (Pourrait-on considérer comme une référence le type de souffrance exposée par le patient, sans l'étiquette "dépression" qui risque de lui faire clore le bec ?) (2).

Tant qu'à faire des questionnaires, voici ce qui serait souhaitable.

1/ Le patient au centre de la relation thérapeutique :

- lui permettre (il faut s'oublier) de nous parler comme s'il se parlait à lui-même,

- et que les mots lui échappent (ses maux aussi ça va de paire),

- qu'il puisse réaliser en parlant comment il situe sa douleur pour lui-même globalement dans son histoire (comment cela guide sa dynamique vitale), pour les autres, ceux de son environnement proche ou pas,

- enfin à travers cette relation thérapeutique dans la confiance établie par l'écoute qu'il puisse construire son propre projet thérapeutique.

2/ Des critères de cette confiance peuvent être notés dans des cases à cocher s'il le faut :

- les défenses qui sont souvent plus importantes au début du traitement,

- la recherche d'une bonne image de soi-même vis-à-vis de la famille, de la société,

- les résistances à se mettre personnellement en cause : c'est toujours la faute des autres ou des circonstances,

- la capacité à mobiliser sa reconnaissance au sens littéral (naître avec), la curiosité qui cherche à exploiter les données,

- la prise en compte de la donnée modifiable pour transformer une situation,

- la recherche d'autres situations comparables (à travers l'art justement, Cornegidouille !).

Sans doute, si ces cases-là étaient à cocher il serait possible de voir que les défenses se réduisent ainsi que les résistances qui vont décroître. L'importante énergie liée aux images véhiculées par les rapports de force régénère en se libérant le rapport au monde des semblables donc la capacité à se mobiliser.

On peut craindre qu'un questionnaire anonyme ne soit pas en mesure de libérer l'énergie prise dans les comparaisons imaginaires car le rapport que j'appelle "de force" y est visible entre les lignes, les éléments faisant valoir les patients les plus coûteux ! Le questionnaire même s'il est anonyme n'en est pas moins soutenu par le thérapeute en face de son patient et celui-ci sait que la logique de l'entretien est bien de permettre de dépenser moins à l'avenir !

Pour conclure, quelques mots sur cette logique des plus et des moins, qui est ubuesque car quand des salariés sont mis au banc de la société on risque (des statistiques le montrent) d'en faire des malades et l'argent qui est économisé sur un poste supprimé peut générer plus de dépenses pour l'assurance-maladie (entre le chômeur et le salarié harcelé d'être rentable pour deux).

En pédopsychiatrie je constate que pour les enfants de ces deux personnes potentiellement malades (le chômeur et celui qui est harcelé) cela fait des petits patients qui cherchent désespérément un lieu d'accueil car la capacité à transmettre est bien endommagée chez les adultes tutélaires. La référence qui manque ici ne serait-elle pas le travail pour tous dans la société ?

Martine BURDET-DUBUC
Villiers-sur-Marne

(1) - Les dépenses de l'assurance-maladie ne sont pas en pure perte comme on pourrait le croire d'après les discours des tutelles. Une étude du CREDESS en son temps avait démontré que ces dépenses créaient elles aussi des richesses ailleurs (salaire, TVA, investissements, etc…).
(2) - Voir "L'Ordre Médical" de Jean Clavreul (ed. Le Seuil).