

Sommaire du BIPP n° 42 - Novembre 2005

[Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 42 au format PDF](#)

Le combat pour l'accès spécifique - Yves Froger

Cela suffit ! Jean-Jacques Laboutière

Avenants dans le médico-social - Marc Maximin

Accès spécifique et métapsychologie - Pierre Cristofari

Un schisme idéologique - Patrice Charbit

Point d'étape - Françoise Cointot

L'autisme : handicap ou maladie mentale ? Jacques Louys

Unis vers... s'y taire - Pierre Coërchon

Site, bulletin, revue - Pierre Cristofari

Le combat pour l'accès spécifique

Yves Froger

Le combat pour l'accès spécifique n'est pas terminé. Aucun avenant modifiant le texte conventionnel n'ayant été signé le 1er juillet, nous pensions que l'idée d'un accès spécifique pour la totalité des soins en psychiatrie avait fait son chemin chez les signataires de la convention.

Erreur, les centrales signataires (CSMF et SML) ont obtenu la désignation de deux experts universitaires chargés de délimiter le périmètre de l'accès spécifique en psychiatrie en vue de la rédaction d'un avenant.

Nous sommes pour le moment dans l'attente du rapport des experts, mais ce nouvel avatar de la vie conventionnelle appelle plusieurs commentaires.

1. Nous rappelons que la direction de la Haute Autorité de Santé a refusé de se prononcer sur cette question faute de données scientifiques pour répondre, et a souligné que cette question relevait plus de données politiques et culturelles, renvoyant les négociateurs à leur responsabilité, qu'ils ne sont toujours pas en mesure de prendre.

2. C'est en effet un comble que deux centrales syndicales supposées défendre la pratique des médecins libéraux fassent appel à deux universitaires très éloignés de cette pratique pour rédiger un rapport à ce sujet. Nous ne pouvons que dénoncer l'inconsistance et l'inconséquence de ces centrales, incapables de tenir dans la négociation la position de défense de la psychiatrie libérale. Ceci ne nous étonne pas et nous rappelons que nous avons quitté la CSMF il y a plus de trois ans maintenant pour cette raison.

3. Il nous faut bien sûr préciser de nouveau les fondements de notre position. Cette convention repose sur l'idée du parcours de soins et sur l'axe médecin généraliste traitant - médecin spécialiste consultant, à qui il est fait appel pour un avis diagnostique ou un acte technique, plébiscité par la grande majorité des protagonistes de la négociation.

Nous pensons que cette partition ne convient absolument pas à la psychiatrie. Nous n'acceptons pas d'être enfermés dans le cadre des médecins spécialistes consultants tant il est évident pour tous que le psychiatre est un spécialiste traitant, c'est-à-dire à qui le médecin généraliste ou le patient lui-même font appel pour l'instauration et la prise en charge du traitement qui se met en place dès la première consultation.

Ceci constitue la spécificité de notre discipline qui nécessite pour cette raison une place à part dans le parcours de soins, que seul l'accès spécifique reconnaît. L'accès spécifique se justifie par les situations où la consultation du spécialiste en premier recours doit être accordée au patient. C'est typiquement le cas de la psychiatrie et il est inconcevable de réserver cette opportunité aux seuls patients à même de faire l'effort financier d'un moindre remboursement, et de l'acquiescement d'un dépassement, c'est-à-dire de s'orienter vers l'accès libre, d'autant plus que ce comportement est considéré comme déviant au regard de la règle avec tous les effets délétères ou dissuasifs que cela peut entraîner dans les soins.

Notre argumentation tient en ces quelques lignes. Nous l'avons très largement exposée et elle n'a jamais été contestée.

La logique du parcours de soins ne peut pas s'appliquer sans exception : la psychiatrie en est une.

Alors bien sûr cela nous prive des possibilités de dépassements-sanctions prévus dans les cas où des patients ne respectent pas les règles du parcours de soins, mais nous pensons que la pratique psychiatrique libérale n'est pas compatible avec un tel dispositif qui repose sur l'assimilation du patient à un délinquant, avec tous les effets de culpabilité que cela entraîne, et sur l'application par le psychiatre d'une punition.

Si d'autres que nous font ce choix pour quelques euros de plus (7 euros par consultation pour 30 % des consultations, c'est-à-dire bien peu au final), nous refusons de notre côté de dénaturer une pratique si violemment attaquée par ailleurs et nous renvoyons les négociations tarifaires à la mise en place de la future CCAM clinique (Classification Commune des Actes Médicaux) précisément chargée de réévaluer les actes cliniques sinistrés, au premier rang desquels la consultation psychiatrique.

D'autres combats nous attendent : la confidentialité et le DMP ; l'indépendance professionnelle et le respect d'une totale liberté de pratique versus évaluation des pratiques professionnelles ; maintien d'un acte unique en psychiatrie dans la future CCAM clinique. Soyons donc vigilants à les aborder en position de force. L'accès spécifique en est une.

Yves FROGER
Lorient

Cela suffit !

Cela suffit que l'intérêt des patients et la qualité des soins soient bradés sur l'autel de l'économie avec la bénédiction de l'Université. Les patients nécessitant de recourir à la psychiatrie ne seraient-ils pas des citoyens comme les autres ? N'auraient-ils pas les mêmes droits ?

Depuis des mois, une campagne ultra-sécuritaire stigmatise les patients pris en charge dans le service public, mettant en exergue leur éventuelle dangerosité sans que les véritables questions soient jamais abordées : manque de moyens, saturation de l'offre de soins, épuisement des personnels infirmiers, etc.

Mais cette exclusion rampante des patients ne se limite pas au service public. Elle gagne maintenant l'offre de soins privée et prétend interdire aux patients de recourir librement au psychiatre de ville sans l'aval de son médecin généraliste.

Cette extension des menaces d'exclusion du système de soins envers les malades devant recourir au système de soins psychiatrique est d'autant plus consternante que, pour une fois, son origine n'est pas à rechercher dans un aveuglement des tutelles mais bien chez certains médecins : les centrales syndicales signataires de la convention médicale et les universitaires en psychiatrie.

Qu'on en juge :

La convention médicale issue de la loi du 13 août 2004 a mis en place le parcours de soins coordonnés, applicable depuis le 1er juillet 2005. Cette même convention prévoyait que les spécialistes exerçant des soins de premier recours bénéficieraient d'un accès spécifique direct permettant que le patient puisse continuer de s'adresser directement à eux sans pénalité financière.

Hormis la pédiatrie – qui n'est pas concernée par le parcours de soins coordonné puisqu'elle s'adresse par définition à des patients âgés de moins de 16 ans – trois spécialités sont concernées par cet accès direct spécifique : la gynécologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie.

Pour ces trois spécialités, le texte conventionnel précise qu'il appartient à la Haute Autorité de Santé de déterminer le périmètre des soins de premier et de second recours. Si les choses semblent n'avoir posé aucun problème particulier en gynécologie ni en ophtalmologie, la H.A.S. a refusé de statuer en ce qui concerne la psychiatrie, considérant que la littérature scientifique ne permet pas de trancher cette question.

Dans l'attente de la réponse de la H.A.S. l'UNCAM avait à juste titre proposé que tous les soins en psychiatrie de ville demeurent en accès spécifique direct afin de préserver l'intérêt des patients. Cette position, reprise dans le texte conventionnel, est une position prudente que le S.N.P.P. a constamment soutenue.

Parallèlement, le texte conventionnel prévoyait qu'un avenant conventionnel, à signer avant le 1er mars, devait régler cette question de l'accès au psychiatre en fonction des recommandations de la H.A.S. Puisque la H.A.S. avait clairement énoncé que cette matière ne pourrait être tranchée, tout laissait donc penser que les choses en resteraient là lors de la mise en place du parcours de soins coordonné au 1er juillet 2005 et que l'ensemble des soins de psychiatrie de ville demeureraient en accès spécifique direct.

Or, sous la pression des centrales signataires de la convention médicale (C.S.M.F. et S.M.L.), une réunion entre l'UNCAM et ces centrales tenue le 19 juillet dernier a remis ce point en cause. À l'issue de cette réunion, il a en effet été décidé de nommer un expert dont l'autorité serait incontestée dans l'ensemble de la profession pour trancher cette question. En fait, ce sont deux experts au lieu d'un seul qui viennent d'être nommés, deux universitaires en psychiatrie qui doivent rendre leur avis pour le 30 septembre prochain.

Tout cela pose un certain nombre de questions qui doivent être portées à l'attention du public car elles sont exemplaires des dérives que l'on est en droit de redouter de la réforme de notre système de soins.

Tout d'abord sur le choix des experts :

La H.A.S., saisie du problème au cours du printemps 2005, s'est récusée après avoir procédé à une étude de la littérature scientifique internationale qui l'a amenée à conclure qu'il n'y a dans l'état actuel des choses aucun fondement scientifique permettant de distinguer les soins de premier et de second recours en psychiatrie, donc aucun fondement scientifique pour limiter le libre accès au psychiatre.

Nommer deux universitaires pour trancher le problème c'est pourtant encore rechercher une réponse du côté de la science. Cependant, est-il croyable que ces deux experts disposent sur ce sujet de lumières que la H.A.S. n'aurait pas ? Est-il imaginable, quand on considère les moyens documentaires dont dispose la H.A.S. ainsi que la qualité des scientifiques qui y travaillent que deux universitaires, par ailleurs probablement déjà surchargés par l'ampleur de leurs propres recherches, leurs activités d'enseignement et leurs activités de soins au sein de leurs services, puissent avoir accès à des sources scientifiques qui auraient échappé à la H.A.S. pour trancher un problème si délicat en si peu de temps ?

Il est permis d'en douter. À moins que ces experts n'en viennent à la même conclusion que la H.A.S. et ne se refusent à leur tour, tout laisse donc craindre que leur avis n'ait qu'une apparence de discours scientifique sans aucun fondement solide. Il y aurait une dérive qui doit être sévèrement dénoncée : quand la science prend la place de l'idéologie pour trancher une question d'ordre politique, c'est la laïcité qui est gravement menacée à terme.

D'autre part sur le fonctionnement des centrales syndicales :

L'intérêt des patients est le premier devoir tant de l'UNCAM que des représentations syndicales des médecins. À cet égard, il est juste que la qualité des soins soit au cœur du débat conventionnel et la référence scientifique est évidemment indispensable à cet égard.

Cependant, lorsqu'une autorité scientifique légitime telle que la H.A.S. prend soin de préciser qu'un point de la négociation ne peut être scientifiquement tranché et concerne uniquement l'organisation des soins, que doit-on penser de l'attitude de syndicats médicaux qui s'acharnent pourtant à rechercher une caution scientifique là où elle fait manifestement défaut ? Devons-nous interpréter cette attitude comme un ultime évitement du débat éthique ?

En médecine, il ne fait aucun doute que là où la science est en mesure de dire où sont les bonnes pratiques, c'est la science qui doit s'imposer ; mais là où la science reconnaît ses lacunes, les considérations éthiques doivent primer sur toutes les autres, faute de quoi la médecine risquerait fort de se réduire à un ensemble de biotechnologies déshumanisées fort éloignées de ses missions et de ses valeurs fondamentales.

Concernant l'accès au psychiatre, la position éthiquement la plus juste semble bien du côté de l'UNCAM. En effet, au regard de la difficulté de sa démarche de soins, conserver au patient qui en a besoin le droit de consulter directement un psychiatre sans être financièrement pénalisé est une position dont la valeur éthique est incontestable et qui doit être d'autant plus saluée qu'elle préserve les patients du discours général de culpabilisation qui ordonne l'ensemble de la réforme de l'assurance-maladie.

Si les centrales syndicales de médecins ne sont pas capables de le reconnaître, quelle crédibilité pourront-ils désormais revendiquer auprès de leurs concitoyens ?

Enfin sur le métier de psychiatre :

Cette question de l'éventuelle limitation de l'accès spécifique direct pose enfin un dernier problème qui touche à la nature même du métier de psychiatre : le psychiatre peut-il réduire sa fonction à la position de

consultant et si oui dans quelles conditions ?

Ce point est délicat et demande à être bien compris. En effet, s'il est possible d'exercer parfois en tant que consultant, c'est-à-dire en appui d'un médecin généraliste afin de lui apporter un éclairage diagnostique ou un avis thérapeutique, il convient aussi de rappeler que la spécificité même de la clinique psychiatrique est de ne pas pouvoir se réduire à une sémiologie objectivante, si fine soit-elle, comme il en va dans les autres spécialités médicales.

En psychiatrie, la clinique suppose en effet pour émerger pleinement que le patient se sente déjà engagé dans une relation personnelle au psychiatre et qu'il ait des garanties absolues de secret sur ce qu'il s'apprête à livrer de son intimité.

Certes, il existe un certain nombre de situations en psychiatrie, et notamment des situations de crises, où l'urgence, le fait que le patient ne soit pas demandeur de soins, voire la dangerosité éventuelle de la pathologie, réalisent des conditions qui ne permettent pas que la décision médicale soit retardée jusqu'à la mise en place de cette relation particulière au psychiatre. Mais si une situation de crise peut justifier que la décision médicale soit prise sur une évaluation clinique incomplète, il serait inacceptable qu'une réduction de qualité des soins tolérable dans l'urgence devienne le paradigme de l'exercice de la psychiatrie.

C'est uniquement parce que le psychiatre se réserve de nouer ultérieurement avec son patient une relation qui permettra d'explorer pleinement son état clinique que le caractère sommaire de la position de consultant peut être admis. Interdire cette possibilité, ou bien la soumettre à une pénalité financière, revient à dénaturer l'exercice même de la psychiatrie. Or, c'est bien cette question fondamentale qui est au cœur du débat sur les modalités d'accès au psychiatre de ville dans notre système de soins.

Il y a là un danger majeur tant pour les patients que pour l'avenir de la psychiatrie elle-même que les psychiatres se doivent de dénoncer.

En conclusion, le public doit savoir que l'éventuelle limitation de l'accès au psychiatre ne repose sur aucun fondement scientifique, ainsi que l'a reconnu la H.A.S. Il y a donc dans cette recherche obstinée d'une caution scientifique afin de trancher la question quelque chose à la fois de dérisoire et de suspect.

De surcroît, une telle limitation ne constituerait pas seulement une mesure lourde de conséquence pour la qualité des soins mais encore elle reviendrait à dénaturer complètement l'essence même de la psychiatrie, c'est-à-dire la clinique.

C'est pourquoi les psychiatres adhérents au S.N.P.P., rejoints sur cette position par nombre de collègues non syndiqués ou appartenant à d'autres syndicats, soutiennent la position de l'UNCAM qui consiste à proposer un accès direct spécifique pour tous les soins en psychiatrie de ville.

Le public doit aussi savoir que, en soutenant cette juste position de l'UNCAM, les psychiatres renoncent de fait à l'augmentation de revenus que constituerait le droit à dépassement d'honoraires qui leur serait automatiquement accordé dans le cas contraire. C'est assez dire quelle importance ils attachent à cette question.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE
Mâcon

Avenants dans le médico-social : précisions et informations pratiques

Marc Maximin

Suite à de nombreux appels téléphoniques et courriers que j'ai reçus concernant l'avenant 16, il me paraît nécessaire d'apporter quelques éclaircissements.

1/ L'avenant 16 sur la revalorisation a été agréé par la DGAS le 28 avril 2005 et il doit donc y avoir une application stricte de ce texte, tant sur le plan du rappel au 1er janvier 2005, le respect des grilles énoncées, les reprises d'ancienneté et aussi le statut de médecin directeur qui doit dépendre des coefficients des spécialistes chefs de service.

Si je rappelle ce principe de base, qui s'inscrit dans le code du travail et de la CCN 1966 à laquelle nous sommes rattachés, c'est que de nombreuses institutions ne l'ont toujours pas appliqué sous prétexte d'ambiguïté de reclassement et aussi à la demande de leurs syndicats, ce qui est inadmissible et totalement illégal.

2/ Pourquoi cette résistance ? Pour obtenir une augmentation générale des rémunérations prenant en compte une attractivité plus grande au début et le respect d'un déroulement de carrière qui ne s'arrête pas à 15 ou 18 ans mais qui aille comme pour tous les PH jusqu'à 28 ans il a fallu faire des calculs précis et adaptés, en lien avec les écrits et les rencontres avec la DGAS, pour ces nouvelles grilles.

Au vu de cela les coefficients de cinq des échelons de la grille des médecins chefs de services (après 6 ans jusqu'après 18 ans) sont légèrement inférieurs par rapport aux mêmes coefficients de la grille antérieure à l'avenant.

Ceci ne pose aucun problème voire apporte un plus car il ne peut y avoir de baisse de salaire (code du travail) et donc tous les médecins concernés se retrouvent de facto dans la grille supérieure.

Exemple : un médecin chef de service de 16 ans d'ancienneté qui était au coefficient 1807,40 se retrouve avec la nouvelle grille au coefficient 1750, baisse qui ne peut se faire et donc il passe automatiquement à l'échelon supérieur 1814 (après 18 ans), alors qu'il aurait dû attendre 2 ans car on change d'échelon tous les 3 ans (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 28).

Cette particularité ne concerne que la grille des chefs de service, au demeurant peu nombreux vu l'article 5 de la CCN66 qui les définit comme responsables d'au moins 3 médecins effectuant un total d'heures équivalent au minimum à 2 temps complet, ce qui devient de plus en plus rare vu la pénurie de psychiatre et la démedicalisation du médico-social.

Ce reclassement pour les chefs de service avec la revalorisation due à l'application de l'avenant à partir du 1er janvier 2005 n'est pas du goût de nos employeurs et ils voudraient amener une modification avec une application qui remettrait en cause ces données.

Ils nous proposent une "solution" pour remédier à cette difficulté d'interprétation et donc d'application qui les concerne et ils voudraient notre accord...

Nous leur avons répondu que nous voulions l'application stricte de cet avenant agréé et que nous leur faisons "confiance" pour qu'il n'y ait pas de sursis à exécution pour raison d'ambiguïté de reclassement.

3/ L'avenant 16 clarifie aussi le statut de médecin directeur et donc ses modalités de rémunérations.

À partir du 1er janvier 2005 les médecins directeurs dépendent TOUS de la grille des spécialistes chefs de service reposant ainsi une graduation et une hiérarchisation logique entre spécialistes, spécialistes chefs de service et spécialistes directeurs.

Cela amène une revalorisation de tous les médecins directeurs à qui l'on appliquait jusqu'à maintenant la grille des spécialistes (sans reconnaissance de chef de service) et les indices qui correspondent.

Nos employeurs sur ce point, aussi, ne sont pas satisfaits même s'ils n'ont pas le choix et doivent faire avec cette modification.

Vous allez me dire, mais qu'est-ce que signifie tout cela alors qu'ils ont signé avec vous cet avenant ?

Cela peut paraître surprenant, mais depuis le temps qu'on se bagarre (le mot est juste) pour la revalorisation, la dernière réponse de la DGAS qui refusait un dépassement de 0,7 % par rapport au PH a fait qu'on a réagi de suite et proposé des nouvelles grilles de rémunération en réponse.

Cette démarche rapide centrée autour de ce chiffre (0,7 %) a monopolisé les réflexions de tous et a impliqué un écrit rapide. Ce qui paraissait logique pour nous quant aux modalités de reclassement et de prise en compte de l'ancienneté est apparu moins évident par la suite pour nos employeurs ce qui explique la tentative de ralentissement en vue de possible "rajout" à cet avenant pour le modifier à leur guise.

Vous vous doutez bien que nous sommes (les trois syndicats de médecins) opposés à cela et que nous allons tout faire pour que cet avenant s'applique, comme cela a été décidé par nos tutelles, et le plus rapidement possible pour les institutions encore réfractaires.

L'avenant 16 est sur le site du SNPP. Vous pouvez me joindre pour toutes précisions au : 06.72.70.16.98 - fax : 04.91.31.16.13 ou par e-mail : marc.maximin@club-internet.fr.

Marc MAXIMIN
Marseille

Accès spécifique et métapsychologie

Pierre Cristofari

De façon un peu grandiloquente, on dira que le SNPP était dans le sens de l'Histoire. L'accès spécifique pour la psychiatrie, dont la nécessité allait de soi, ne nous met pas, comme on l'a dit à tort, en marge de la médecine. Il nous met au contraire en plein dedans. Le psychiatre, comme le médecin généraliste, est un médecin qu'on consulte en première intention quand on se sent mal. Est-ce dire qu'il est à part des autres médecins spécialistes ? Sans doute. Qu'il est à part d'une technicisation croissante, dérapante, cartésienne ? Sûrement. Les batteries de tests et d'examens complémentaires sont en psychiatrie d'une modeste utilité. Or, à tous points de vue, c'est dans ce registre de la technicité que sont confinés la plupart des spécialistes. Cette technicité, pourtant, ne peut se concevoir que comme le prolongement de l'interrogatoire, de l'examen, du colloque singulier, de l'acte clinique. Un examen paraclinique qui n'est pas sous-tendu par un examen clinique a un sens en santé publique, il n'en a aucun en médecine de la personne. On peut décider tel test, tel dépistage, telle réponse à l'intention de telle partie de la population et améliorer ainsi significativement la santé de la population concernée ; on peut même affirmer de façon fort logique que cette réponse, améliorant la santé d'une partie de la population, améliore la santé de l'ensemble de la population. C'est une tout autre approche que celle de la médecine générale, qui aborde le sujet souffrant à partir d'une unicité irréductible aux cohortes des statisticiens, l'argument de fréquence n'étant plus, en face d'un patient, qu'un argument parmi d'autres - alors qu'il est, par essence, le plus important de tous en santé publique.

Dans la position de bon sens qui met sur le même plan le recours au médecin généraliste et au psychiatre, il y a plus, beaucoup plus, qu'un compromis administratif. Il y a l'affirmation de l'unicité du sujet, il y a l'idée

que quelqu'un qui souffre essaie d'exprimer sa souffrance comme il peut, avec le langage dont il dispose et qu'il essaie, avant tout, de se faire entendre. Cet accès spécifique doit être entendu comme un refus de morcellement du sujet, comme un refus de la dualité corps-esprit : quels que soient les symptômes d'appel, c'est un médecin que le sujet qui souffre va voir. Mieux, c'est celui qu'il va voir qui est mis en position de médecin. La liberté de cet accès ne dit pas, pas du tout, qu'il y a des médecins pour le corps et des médecins pour l'esprit ; bien au contraire, il laisse flotter la demande qu'exprime un patient avec ses symptômes, lui donnant la possibilité de la reformuler.

Voici un rappel utile de l'unicité du sujet : retour à une pensée archaïque ? Certainement. Au sens de la pensée archaïque (en termes de psychopathologie), exprime sûrement plus de vérité du sujet souffrant, que bien des élaborations ultérieures.

Le cartésianisme, avec son cortège de dogmes, avec le psychologisme qui en découle, n'a pas apporté grand-chose à la psychiatrie. Peut-être Descartes n'était-il pas plus cartésien que Lacan n'était lacanien, et ce n'est pas faire le procès d'une œuvre que de remarquer que beaucoup de paroles découlant de cette œuvre n'ont guère apporté à l'art de soigner.

Curieusement, anecdotiquement peut-être, cet épisode conventionnel, rappelant que la psychiatrie est du côté de la médecine générale, récuse le morcellement de la personne humaine. Il nous invite à un regard plus humaniste sur la médecine, s'appuyant sur une philosophie médicale, plutôt que sur une métapsychologie médico-administrative paternaliste et bête.

Pierre CRISTOFARI
Hyères

Un schisme idéologique

Patrice Charbit

Le remarquable article de Cécile Prieur (Le Monde en date du 23 juin 2005) concernant l'état actuel de la psychiatrie et en particulier, le schisme entre tenants des psychothérapies et tenants de la neurobiologie, n'est pas sans appeler certains commentaires.

Il conviendrait d'identifier les raisons d'une telle évolution, car si c'est d'un schisme dont il s'agit, cela suppose qu'une coopération préalable a été de mise (depuis la découverte des premiers psychotropes dans les années 50) et d'ailleurs, nous pouvons observer que, malgré tout, celle-ci est restée vivante à bien des égards. La logique de cette séparation est riche d'enseignements car elle contient des éléments politiques qui dépassent les catégories diagnostiques et thérapeutiques de la psychiatrie moderne. Il revient aux psychiatres, d'en exposer les ressorts.

La psychiatrie française est née avec la Révolution de 1789 et ses éléments fondateurs, en particulier le Traitement moral de Pinel et la Monomanie d'Esquirol, se sont inspirés de la philosophie des lumières, tout spécialement celle de Rousseau. La psychiatrie a donc été fabriquée avec les outils qui avaient servi à façonner la République.

Son rayonnement, sur tout le xix^e siècle, est contemporain des luttes républicaines contre l'Église, les juristes et les charlatans. Pendant tout le xx^e siècle, l'influence des idéologies est massive, de l'hygiénisme à l'eugénisme nazi, au marxisme, en passant par la « neuroleptisation soviétique des déviants » et j'en passe. Les liens entre psychiatrie et politique sont patents et l'inscrivent, de ce fait, dans un cadre plus éthique que scientifique. Elle est une spécialité médicale (de l'art médical devrait-on dire), mais n'est pas « toute médicale » puisque toujours sensible aux débats contemporains.

La psychiatrie, telle que nous la connaissions jusqu'à ces dernières années, est née du processus de désaliénation qui porte le nom de « politique de secteur ». Inspirée des thérapies institutionnelles de Tosquelles, d'une idéologie citoyenne et résistante qui avait eu affaire aux idéologies conservatrices et vichyssoises, forte des avancées de la psychanalyse qui était la « théorie profane de thérapie des aliénés » que Pinel avait tant souhaitée dès 1801, la psychiatrie moderne n'a eu de cesse d'insérer convenablement le malade dans la cité, de lutter contre la ségrégation asilaire.

Tout ne s'est pas passé aisément ; les résistances au mouvement se sont exprimées au sein de la profession elle-même, par idéologie ou par immobilisme, mais toujours est-il que les psychiatres privés et publics ont fait des percées majeures, divisant le nombre de lits hospitaliers par trois, la durée d'hospitalisation par six et suivant plus de 80 % des patients en ambulatoire pour ce qui est du secteur public, dans le souci du respect du patient.

Comment ces succès ont-ils été obtenus ? Par une alliance de la psychanalyse, des médicaments et du médico-social dans le cadre citoyen des thérapies institutionnelles qui avaient su faire tomber les murs de l'asile. Il ne s'agissait donc pas de jouer d'une pratique contre une autre mais, bien au contraire, d'équilibrer chacune selon des cas particuliers.

Si la psychiatrie est si sensible aux idéologies, quelle est celle en cours à ce jour ? La politique du médicament et celle gérant la psychiatrie de manière plus générale, sont, à ce titre, paradigmatiques.

Malgré leur non-spécificité, malgré l'absence de modélisation animale ou moléculaire, malgré l'absence de nouvelle classe thérapeutique ou d'augmentation de l'efficacité depuis 50 ans, les médicaments psychotropes sont présentés, à grands renforts de marketing, comme une panacée. Alors que la médecine fait de grands pas dans tous les domaines, la pharmacopée psychiatrique non seulement n'en supporte pas la comparaison mais est prescrite à une telle échelle qu'elle est devenue une grave question de santé publique. Dans le même temps, la psychiatrie, celle qui fait ses preuves au quotidien, disparaît peu à peu par manque de moyens et d'effectifs, sous les coups d'un redoutable harcèlement (accréditation, évaluation, fermeture de structures, absence d'innovation...).

La situation à laquelle nous assistons est donc que ce qui fonctionne est détruit alors que ce qui ne progresse pas est monté au pinacle.

Il ne peut s'agir que d'une décision idéologique.

Les médicaments couplés aux techniques cognitivo-comportementales, sont une image d'une pseudo-modernité qu'une idéologie veut imposer. J'en veux pour preuve que l'enseignement universitaire des trop rares psychiatres en formation a balayé deux siècles de réflexion d'un revers de main pour n'évoquer que de nouvelles catégories inventées par l'industrie pharmaceutique et le monde des assurances. Le médicament psychotrope quitte donc sa place du sein de l'arsenal psychiatrique, « n'est plus parlé », n'est plus expliqué quand son application le nécessite, il est administré au nom de l'utilisation actuelle de la neurobiologie, sous les oripeaux de la science.

L'idéologie appliquée est celle d'une gestion des soins compatible avec les impératifs du marché qui n'a plus rien à voir avec l'exigence républicaine de situer le citoyen au centre des attentions. Là où une politique de santé devrait s'imposer surgit un retentissant recul de l'État. Pour ce qui est des soins psychiatriques, la République est mourante.

Le piège est donc grand de devoir choisir son camp entre psychiatres psychothérapeutes et neurobiologistes. Il s'agit d'observer qu'ils coopéraient parce que la politique prescrivait d'être au service du citoyen alors que l'idéologie d'aujourd'hui, parce qu'elle prescrit aux différents acteurs d'être soumis à une fétichisation marchande, les sépare.

Patrice Charbit
Paris

Point d'étape

Françoise Cointot

C'est quoi la différence entre un pédopsychiatre et un psychiatre ? me demandait un collègue dans un colloque.

La seule chose qui me venait à l'esprit c'est que le psychiatre avait affaire avec l'adulte et le pédopsychiatre avec l'enfant dans la réalité.

Mais au fond était-ce si clair que cela, qui plus est de nos jours, où l'enfant servait de réceptacle à des dépôts d'enfant inélaborés de la part de son entourage et se trouvait bien souvent mis à mal pour en faire quelque chose, qui lui serve structurellement et dans sa croissance, dans un contexte culturel - mais peut-on parler de culture ? - délivrant du traumatique et de la cellule de crise, dans un malaise des institutions garde-fou qu'étaient auparavant la justice, l'enseignement et la médecine ?

“Docteur mon fils se touche, est-ce que vous pouvez vérifier si il a été abusé ?” : médicalisation de l'autoérotisme d'un enfant en phase œdipienne, confusion des pulsions partielles et des théories sexuelles infantiles ou de la curiosité sexuelle infantile avec une effraction de la sexualité phallique parentale... abus incestueux, voire crimes sexuels.

Car c'est plus souvent qu'avant que le traumatique sexuel fait irruption dans la consultation pédopsychiatrique, avec une demande procédurière sous-jacente. Qui de nous n'est pas confronté à des demandes de consultations pour vérifier des suspicions d'abus sexuels lors de l'exercice des droits de garde d'un des parents... Qui de nous n'est pas tout autant mis en demeure de traiter les effets

de barbarie sexuelle sur des enfants, pour lesquels toute curiosité devient du traumatique mortifère et marqué à vif ?

Le climat sociétal sent parfois plus qu'à l'ordinaire la violence, la crudité, à travers nos consultations, n'épargnant dans ses messages mondialisés ni les enfants ni les adultes. Entre cellule de crise et psychologisation à tous crins, entre éducation y compris sexuelle, et positions phobiques avec ses nouveaux retranchements défensifs que représentent le monde virtuel, et internet, sommes-nous confrontés à un “bug” de la perversion sexuelle polymorphe infantile, c'est-à-dire à une pseudoérotisation de la sexualité déssexualisée ?

Freud définit dans les trois essais sur la théorie sexuelle, la pulsion comme “le représentant psychique d'une source continue d'excitation provenant de l'intérieur de l'organisme, différenciée de l'excitation extérieure et discontinue”. Organiser la pulsion suppose donc un certain travail psychique, et chez l'enfant en particulier cela suppose que des repères pare-excitants puissent lui être offerts par son entourage parental, en fonction de son âge c'est-à-dire en fonction de son degré de maturité physique et psychique mais aussi par la culture, le temps qu'il puisse l'organiser psychiquement lui-même.

Nous constatons de plus en plus souvent des enfants “babysittés” par la télévision, éduqués à travers le monde virtuel des écrans de tout poil, en dehors de toute relation humaine, livrés à une excitation pulsionnelle qui n'est plus relayée par une pare-excitation et une contenance relationnelle parentale.

Que l'excitation, la pulsion soit enracinée dans le vivant et que de la tension qu'elle procure entre le besoin réveillé en interne et le manque de sa satisfaction réelle soit à l'origine du désir, et donc au cœur de la vie, est une chose, mais les enfants que nous recevons en consultation sont soumis soit à des programmes télévisés, profondément seuls pour en transformer la teneur excitatoire en du pulsionnel intégrable psychiquement, soit

assommés de discours explicatifs des dangers d'ordre sexuel du monde extérieur, sous le primat de la transparence et de l'information. Confusion du côté des adultes entre transmission et décharge, et laissant les enfants bien en peine d'en faire quelque chose.

Le pédopsychiatre est confronté aux dépôts excitatoires de l'adulte et de la culture chez l'enfant, dans un monde qui confond libertés et initiations, droits et apprentissages, satisfaction et désir, offre d'excitation et travail de la pulsion.

“Privé de soi, privé de ses moyens, on est bien vite privé des autres”. (Hervé Bazin).

**Françoise Cointot
Saint-Malo**

L'autisme : handicap ou maladie mentale ?

Jacques Louys

L'autisme, handicap ou maladie mentale ? De la définition même du problème découle la manière d'y apporter des solutions. Quatre associations de familles saisissent le Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé cet été 2005 pour dénoncer les traitements des personnes autistiques par des méthodes de psychiatrie psychanalytique en France, “méthodes obsolètes et abandonnées depuis de nombreuses années aux USA et dans les pays scandinaves”. Il s'agit de promouvoir les projets thérapeutiques et éducatifs intégrant les données de la psychologie cognitive et de l'analyse comportementale.

Comme psychiatre libéral, je me demande bien de quelles méthodes psychanalytiques de traitement de l'autisme il est question en psychiatrie. Puis, je réfléchis plus loin : quels sont, en fait, les modèles utilisés pour aborder l'autisme en psychiatrie ? J'en vois trois principaux, de modèles, et non pas deux, qui donnent une façon différente de voir ce que sont un handicap et une maladie.

Le premier modèle est le modèle spiritualiste. C'est celui qui envisage une âme incorporée, capable éventuellement de se détacher du corps, d'avoir une énergie propre de fonctionnement et même de se réincarner. Cette façon de voir a des racines très anciennes, notamment platoniciennes (ve siècle avant J.-C.). Elle a toujours refait surface au cours des siècles. Derrière le corps et ses limites (handicaps ou maladies évolutives), l'âme est censée être intacte et c'est à elle que l'on va faire appel pour l'aider à dépasser les limites parfois affreuses de ce corps. On retrouve, par exemple, cette recherche dans les essais de communication assistée. On y aide l'autre à communiquer en interprétant intuitivement ses attitudes, ses comportements, ses incohérences. Ou alors on considère que ce corps est occupé par des esprits pollueurs qu'il faut éliminer au moins en les ignorant et en parlant directement à la belle âme muette et cachée afin de la soutenir et de lui montrer qu'on l'écoute et qu'on écoute sa souffrance. On pratique alors une “psychothérapie de soutien”. On parle donc à la personne atteinte comme si, derrière le tableau clinique, cette âme parfaite par nature pouvait nous entendre au-delà de son handicap. C'est l'âme intacte qui est alors handicapée et limitée par les maladies du corps. Qui n'a pas fait un jour ce genre de projection avec une personne autiste ? Le psychiatre trimballe ce modèle lui aussi comme tout le monde et l'utilise même à son insu.

Chez les psychiatres qui se réclament de la psychanalyse, beaucoup sont en fait des spiritualistes qui font de la communication assistée ou du soutien psychothérapique. Chez les comportementalistes, ça se retrouve aussi facilement. J'entends, dans leur mode de fonctionnement réel avec les personnes autistes. Et c'est souvent un mode d'approche des parents à ce qu'il me semble, car ce modèle reste important en pratique.

Depuis la même Antiquité, avec Aristote, il y a le courant idéologique contraire du premier qui est celui du matérialisme et aujourd'hui de la psychologie cognitivo-comportementale. C'est le modèle de la mouche du fumier : le fumier macère, des mouches en sortent et les corrélations statistiques sont là pour le prouver. Aujourd'hui, on parle de compétition darwinienne de gènes qui aboutit à l'éclosion de la vie et, in fine, à l'apparition de capacités psychiques de plus en plus élaborées qui sont des capacités corporelles par essence. Il n'y a pas d'autonomie psychique envisageable. C'est, en biologie, l'extension d'une notion physique qui est la propriété d'émergence ; vous fondez du sable avec un liant et la matière vitreuse qui en résulte a une propriété émergente qui n'existait pas auparavant : la transparence.

Mais la matière ne change pas de nature dans cette émergence, c'est juste une propriété nouvelle qui surgit si les paramètres adéquats le permettent. Des maladies génétiques et fœtales entraîneraient ainsi des défauts d'émergence de facultés psychiques par de mauvais paramétrages de base et vous obtenez à la fin un handicap social. La notion de handicap est devenue sociale notamment depuis l'élaboration de la Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, en droite ligne de cette idéologie de strates successives. Dans ce modèle, il y a au départ plutôt une maladie, essentiellement génétique, qui débouche à la fin sur un handicap. Les corrélations statistiques nous montrent, en effet, dans l'autisme comme dans la psychose en général, que les données génétiques sont importantes. Un seuil n'a pas été franchi chez certaines personnes qui permettrait l'émergence de fonctions spécifiques.

Travailler sur cette notion de seuil est important. Je pense, par exemple, aux débordements sensoriels que présentent nombre d'autistes qui ne supportent pas les bruits forts ou les sensations de contact physique. Ils ont un seuil de sensibilité sensorielle trop bas, un manque de filtrage à ce niveau. Mais voir tout le problème de l'autisme sous cet angle et préconiser toutes les prises en charge à partir de ce modèle comme le voudraient les cognitivo-comportementalistes, me semble toutefois exagéré et entraver la recherche scientifique en confondant ce qui est trait de caractère avec ce qu'est un symptôme. Car ne sachant pas bien dans leur modèle distinguer les deux, ils ne peuvent comprendre comment leurs interventions rééducatives peuvent faire apparaître ou majorer certains symptômes. Certains reprennent à leur compte les notions psychanalytiques de "prescription du symptôme" mais si on ne sait pas réellement ce que c'est un symptôme, cela reste un méli-mélo. Cela dit, ceux qui pourraient intervenir à ce propos, les partisans du troisième modèle, ne sont manifestement pas à la hauteur de la tâche actuellement.

Le troisième modèle est celui de l'homéostasie fonctionnelle. C'est un modèle intermédiaire entre les deux précédents. Il admet un psychisme autonome par rapport au corps mais, en même temps, c'est un psychisme qui n'a pas d'énergie propre, qui ne peut jamais être réellement indépendant. Le psychisme dépend du corps pour fonctionner quantitativement, même si, qualitativement, il réalise une distance par rapport au corps en filtrant et en modulant les informations reçues et les actions à effectuer à travers un filtre inconscient qui n'est pas un filtre neurologique. C'est ce paradoxe que Freud avait essayé de formaliser de différentes façons il y a un siècle sous la notion de pulsion, en gardant toujours l'antagonisme de pulsions contraires.

Cela explique qu'un certain nombre de psychiatres français se réclament toujours du freudisme sans que cela soit exclusif car les progrès de l'éthologie, la science des comportements animaux, ces dernières décennies sont venus apporter des notions précieuses sur le fonctionnement des êtres biologiques, notamment à propos de l'imprégnation mère-enfant dans la constitution des fonctions psychiques du rejeton.

L'homéostasie est une notion de physiologie essentielle en médecine qui dit que les fonctions physiques ou psychiques sont nécessairement contradictoires et qu'elles s'équilibrent sans cesse de cette façon par des rétroactions dans des oscillations pseudo-régulières. Ce sont ces antagonismes qui sont primordiaux pour que cela fonctionne physiologiquement. Le corps chauffe et refroidit s'il le faut mais il n'y a pas de thermostat central, ce sont des rétroactions entre systèmes fonctionnels opposés qui s'autorégulent. C'est la même chose au niveau psychique entre des fonctions contraires. Dans l'autisme, sous cet angle, lors de la phase d'autonomisation de l'enfant, des fonctions contraires ne s'équilibrent pas ou très mal. Par exemple, des fonctions de construction d'un moi secret, isolé, ne s'équilibrent pas bien avec les fonctions de construction d'un moi idéal. Elles deviennent trop fortes par rapport à la construction réflexive et cognitive issue du stade

du miroir. Il y a aussi des fonctions sociales qui se déséquilibrent de la même façon, notamment celles qui participent au langage etc. Les causes en seront toujours multiples mais déjà en grande partie génétiques, comme on le sait maintenant, et les handicaps génétiques possibles, ici on va parler de handicap, ne vont pas donner la force nécessaire au psychisme de l'enfant pour s'équilibrer, pour s'harmoniser entre fonctions contraires. On va avoir comme résultante un développement dysharmonique qui débouche sur la construction d'un caractère anormal. L'oscillation psychique se passe mal et certains traits sont trop prégnants en face d'autres pas assez élaborés. Des souffrances psychiques particulières peuvent en découler qui viendront faire souffrir la personne présentant déjà une dysharmonie fonctionnelle de base. On pourra donc parler de maladie psychique chez les autistes : par exemple des crises d'angoisses affreuses ou des phobies terribles comme celle du regard d'autrui. Ce sont en fait les fonctions pas ou mal élaborées qui vont surgir de travers et de force dans des symptômes par un effet de retour du refoulé. D'abord en crises aiguës, puis par périodes de plus en plus rapprochées à mesure que la personne ne tient plus son caractère de base. On considère dans ce modèle, à l'envers du précédent, qu'on a plutôt des handicaps au départ, génétiques ou/et d'imprégnation par exemple, qui aboutissent à un caractère anormal. Et que peuvent se surajouter d'authentiques maladies mentales à la fin par le fait même du fonctionnement psychique global qui va lutter pour sauvegarder sa fonctionnalité oscillatoire, pour forcer l'oscillation contre les blocages locaux.

L'autisme est donc à prendre en charge dans le champ éducatif ou rééducatif pour son problème de caractère anormal, avec des méthodes éducatives qui concernent d'abord les éducateurs même si le psychiatre peut donner son avis à des fins préventives. Mais il concerne aussi plus directement le psychiatre dès qu'un symptôme émerge à des fins de traitement symptomatique et curatif. Dans ce dernier cas, il s'agit de "prescrire le symptôme", c'est-à-dire d'obtenir que la fonction qui émerge péniblement dans le symptôme puisse prendre sa place effective et permettre au psychisme de fonctionner plus harmonieusement. C'est plus vite dit que fait, bien sûr, comme dans tout le champ de la psychose. Voilà en tout cas comment répondre dans ce dernier modèle à la notion de handicap ou de maladie. Il y a un handicap mental certain dans l'autisme et il y a des maladies psychiques potentielles qui peuvent venir se surajouter. L'autiste, en plus de son handicap de caractère, peut très bien et souvent tomber malade psychiquement et le psychiatre avoir à s'occuper et à se casser la tête sur les symptômes qu'il présente.

Reconnaître ce qu'est un symptôme et la douleur de celui-ci, faire prendre en considération le symptôme qui n'est certainement pas un trait de caractère et la nécessité de son traitement, est donc le métier de base du clinicien dans ce modèle ou devrait l'être. Ce n'est pas forcément facile et les traitements envisageables ne sont pas très élaborés. La modestie de la recherche clinique en psychiatrie est lamentable. J'espère de tout cœur que les coups actuels des partisans du modèle matérialiste vont réveiller les énergies et relancer la recherche.

**Jacques Louys
Haguenau**

Unis vers... s'y taire

Pierre Coërchon

Septembre 2005

Tous unis vers... quelque chose, dont il sera ici tenté l'explicitation... et s'y taire, c'est-à-dire fermer sa trappe, puis me permettrai-je d'ajouter (mais tout de même hors du titre)... s'y laisser retourner.

En ces temps où la psychiatrie est aussi mise à mal tandis que le malaise dans la civilisation et de fait la demande à l'adresse d'un supposé spécialiste du mental ne cesse de croître, nous nous retrouvons devant un paradoxe où l'on (cette figure énigmatique du « on ») ne s'y retrouve plus. Perdu, on ne sait plus où donner de la tête et on ne sait plus sur ou plutôt avec qui ou quoi compter. Il s'agit en effet, au grand dam de tous, d'une affaire comptable impliquant donc, comme toute comptabilité, des conséquences déterminantes sur le plan du lien social. Or, un médecin n'a pas à se défendre et espérer échapper à la logique économique. Son engagement professionnel le convoque à en rendre compte de la place qui détermine sa légitimité, d'autant plus en cette période d'indistinction, de suspicion généralisée et de discrédit. S'il nous prenait de vouloir coloriser l'affaire aux tons et à la mode de l'actualité, nous pourrions bien faire remarquer que c'est à s'intégrer à une certaine éco-logie, soit une logique de tri et de traitement du déchet, que le psychiatre se trouve invité, alors que d'autres se chargent de la récupération.

Nous avons donc à présent urgence et obligation à élaborer une analyse logique de la situation.

Dans une perspective qui viserait à nous désengluier des références imaginaires spectaculaires si prégnantes aujourd'hui, il nous apparaît difficile de faire ici l'économie d'un outil lacanien majeur, d'une boussole efficace quand on la perd : les mathèmes tétraédriques des quatre (voire plus) discours organisateurs du lien social isolés par Lacan.

Premier point, force est de constater la position mal commode de la psychiatrie depuis sa naissance somme toute encore assez récente à l'intérieur de la Médecine. Dilemme originaire qui prend à la fois ses ordres du discours de maîtrise médicale, mais qui dans le même temps s'en démarque sous le constat des impossibilités ou de la iatrogénie des commandements de maîtrise dans la relation aux patients et sous l'effet de l'exposition (avec tous les dangers qu'elle comporte de réflexion y compris en miroir, de pollution voire d'envahissement...) au discours hystérique d'une part, mais aussi d'autre part aux tentatives d'échappement à l'aliénation intrinsèque de la division du sujet et de toute structure de discours (réserve de prise de partie du fameux courage de l'obsessionnel, déni du prix à payer du pervers qui tient absolument à en profiter, rejet catégorique et condamnation fondamentale de toute ordonnance signifiante du psychotique). Son instabilité fondatrice, mélange explosif ou sédatif, conduit ainsi la Psychiatrie à la plus grande des fragilités en ce qui concerne son ancrage et lui suggère une issue nomadique voire exploratrice souvent inconfortable, mais indubitablement au plus près de l'actualité, visant aussi, comme une intéressante possibilité de liberté désaliénante, à sortir du constat d'échec du rapport entre le discours du Maître et celui de l'hystérique. Semblant de liberté, car la logique structurale de l'économie des discours organisateurs du lien social ne lui laisse finalement que le peu de choix découlant de ses courageux désarrimages initiaux.

Deuxième point : laissons de côté les affres de l'errance pour souhaiter à la Psychiatrie une assise, une adresse, une prospérité pourquoi pas, et même une patrimonialité et une transmissibilité en une reproduction naturelle. Quelles autres voies logiques de discours s'ouvrent alors devant elle ? Inutile de signaler que, pour autant qualifiés de psychiatre que nous sommes, embarqués de fait dans l'ivresse vertigineuse de cette aventure exploratrice post-moderne et progressiste, à titre personnel et au plus fort de la tempête, nous nous sommes attachés et nous nous cramponnons toujours à notre boussole lacanienne. Néanmoins ce n'est pas le cas le plus courant et d'autres voies ont ainsi pu massivement se trouver investies ces dernières années. Deux directions ont remporté la palme en un plébiscite quantitativement massif en Psychiatrie dans le dernier quart de siècle. Deux discours qui, main dans la main, et d'une façon avantageuse, se sont développés en une parfaite alliance d'objectif et peut-être même une complétude de rapport pour un certain biais. Qui pourrait, en effet, nier le franc et massif succès d'audience des discours alliés universitaire et capitaliste ? Dans le champ médical, le discours universitaire a sans nul doute pris la main sur le système de transmission du Maître à l'élève. Puis, nous avons pu constater en un second temps une union de l'Université au discours capitaliste par le biais de l'industrie qu'elle soit pharmaceutique, technique ou d'imagerie. Nous pouvons même nous demander si de cette union, celle de l'impératif de savoir sur l'objet et celle de l'impératif du sujet à la production de cet objet, ne sortirait pas le fameux objet hybride technologique utilitariste si prisé actuellement et dont toute remise en cause s'avérerait d'ailleurs vaine.

Mais alors, d'où pourrait bien venir cet accord si cordial de dialogue logique de ces deux discours universitaire et capitaliste ?

C'est le troisième point que je me propose d'avancer ici et qui, s'il s'avère valide, devrait nous mener à la logique finale du retournement. En effet, quel est le point qui finalement ne fait pas conflit entre le discours universitaire et le discours capitaliste ? À l'examen des mathèmes proposés par Jacques Lacan, la complicité de nos deux compères pourrait bien résider dans le fait que ces deux discours courent vers le même objectif en vérité à savoir le signifiant maître. C'est alors, à l'issue de cette révolution scientifico-marchande, qu'a beau jeu le maître de cueillir et retourner nos deux complices en les renvoyant à leur impuissance, car quant à lui maître, le signifiant maître, il n'a jamais pensé courir derrière, mais l'a placé dès l'origine comme promoteur de son discours, semblant certes, mais toujours d'une efficacité redoutable et hypnotique dans la fascination qu'il exerce.

Aurions-nous d'autres possibilités, mis à part bien sûr la désimplication dans un manquement à l'acte qui nous ferait nous retirer du jeu, le déni structural visant à piquer la jouissance ou la folie rejetante d'une exception nominative ?

Chercheurs ou trouveurs ?

Pierre COËRCHON
Clermont-Ferrand

Site, bulletin, revue

Pierre Cristofari

Avec quatre numéros par an, adressés aux seuls adhérents, le BIPP a dû s'adapter.

Les temps changent, les budgets aussi. Celui de l'AFPEP est bien géré, toutes les économies possibles sont traquées ; il y a beau temps que les indemnités des dirigeants n'existent plus, qu'on ferme son cabinet pour une entrevue à la CNAM ou au Ministère sans la moindre contrepartie, que les frais de déplacement des membres du Bureau et du CA ne sont remboursés que partiellement, que bien des factures sont payées par la poche de l'un ou l'autre. À part les salaires de notre trop peu nombreux personnel, tout y passe.

Avec le seul budget des adhésions - en régulière augmentation, ce qui est rare dans la désaffection syndicale actuelle - le nombre des missions, dans le domaine du rapport avec nos tutelles, du médico-social ou des cliniques privées, augmente.

Situation qui nous réjouit, montrant que de plus en plus, nous sommes la référence en matière de psychiatrie libérale. Mais situation de plus en plus coûteuse en temps, en énergie et en argent.

L'immédiateté de l'information relève du site Internet (www.afpep-snpp.org). Les élaborations théoriques d'envergure de la revue « Psychiatries ». Le BIPP est, dans le cadre de nos moyens actuels, l'articulation entre le site et la Revue, complété par les lettres que nous vous envoyons de façon ponctuelle en fonction de nos actions. Articulation qui suppose un aller-retour permanent entre la réflexion théorique et clinique et l'action syndicale.

Nous ne trouvons plus de soutien publicitaire de l'industrie pharmaceutique. Est-ce un mal, quand elle envahit tout ? Forcés d'être libres, nous y gagnons une sérénité à laquelle il sera difficile de renoncer.

