Sommaire du BIPP n° 45 - Juillet 2006

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 45 au format PDF

Editorial - Yves Froger

A propos de l'article de M. Pierre-Louis Bras - Martine Fleury

Menace sur la nomenclature - Yves Froger

Sur les psychothérapies : énième lettre au ministre... Jean-Jacques Laboutière

La littérature et l'Inserm ou l'envers de Charcot - Patrice Charbit

Du clivage - Pierre Cristofari

L'AFPEP et le secteur médico-social - Jean-Jacques Laboutière

L'exercice à risque du psychiatre dans le médico-social - Marc Maximin

Harcèlement - Hélène Baudoin

Clinique de la perversion-psychose : les crimes sexuels impulsifs - Jacques Louys

Enfant et éthique - Marc Maximin

Editorial

Yves Froger

Les résultats des élections aux Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) sont maintenant connus et ont déjà été très largement commentés.

Pour notre part, nous retenons la forte poussée des forces de contestation, tant chez les généralistes que chez les spécialistes avec le très bon score de la Fédération des Médecins de France (FMF) et qui atteste du maintien d'une forte combativité pour la défense de l'exercice libéral de la médecine.

Les psychiatres libéraux avaient déjà manifesté leur mécontentement et leur combativité en signant massivement la pétition pour le rétablissement de l'accès spécifique total en psychiatrie et leur désaccord des décisions prises par les partenaires conventionnels dans la rédaction de l'avenant 10 à la suite du rapport des docteurs M.C. Hardy-Bayle et L. Schmitt.

Les signataires pourront-ils rester sourds à toutes ces alertes ?

Concernant l'avenant 10, une évaluation du dispositif est prévue au terme de la première année. Il nous faut donc attendre cette prochaine échéance pour peser sur les décisions.

Concernant la convention plus largement, elle a été signée pour 5 ans et il est pour le moment difficile d'anticiper les nouveaux rapports de force qui vont s'instaurer entre les syndicats et les tutelles sur la base d'une représentativité complètement remodelée.

Nous ne savons pas encore comment vont se définir localement dans chaque région les alliances pour présider les URML et les collèges de généralistes et de spécialistes. Ces alliances sont incontournables, elles seront difficiles dans la mesure où les projets politiques des opposants à la convention sont tout à fait divergents sur certains points. Nous entrons dans une période de mouvance, dont nous espérons qu'elle laissera émerger des idées nouvelles pour la pratique libérale, autre que le strict encadrement promu par les signataires avec tous les effets que nous dénonçons, perte de l'indépendance professionnelle, protocolisation des soins, réduction du rôle du psychiatre au rôle d'expert plus que de soignant. Seul un contexte syndical nouveau peut remettre cette lente évolution en cause car nous savons que les tutelles et les politiques de tout bord prônent ce système.

Yves FROGER
Lorient

A propos de l'article de M. Pierre-Louis Bras (1)

Martine Fleury

Il s'agit d'une réflexion brillante sur un sujet sensible, qui mérite bien cette prise de recul qu'opère M. Pierre-Louis Bras, dont je retiendrai quelques éléments parmi les plus pertinents :

- Le dispositif "médecin traitant" ratifie des pratiques largement répandues et n'aura qu'une influence très limitée sur les comportements. Si tant est qu'il ait une influence, les résultats de ce dispositif sont fondamentalement incertains pour ce qui concerne la qualité des soins et potentiellement coûteux pour les organismes d'assurance maladie (base et complémentaire).

- La logique de l'histoire et de son développement : le conflit au sein du corps médical

- Le gatekeeping en creux, désigne un bouc émissaire, l'assuré au comportement anarchique et désordonné

- L'affirmation du droit des malades est encore sous l'égide du vieux paternalisme où le "bon médecin" en l'occurrence le "bon généraliste" sait mieux que quiconque ce qui est "bon" pour le malade.

Je dirais, pour résumer, que cet article est un petit chef-d'œuvre dans le genre, et qu'il met le doigt sur ce qui fait mal dans la corporation des médecins d'une part et dans la vie politique française en général. La conclusion n'est pas à l'honneur de la médecine, ni des politiques, ni de la vie syndicale.

Mais j'ajouterais pour reprendre la notion de M. Bras ("le gatekeeping en creux désigne un bouc émissaire"), que son article, aussi pertinent soit-il, ne peut à lui tout seul analyser tous les paramètres en amont de ce fourre-tout disparate qu'est le système médecin traitant-parcours de soins DMP-EPP.

Une thèse n'y suffirait peut-être pas, mais l'essence même du propos de cette pseudo-réforme est de limiter les dépenses de santé. Il n'y a que la Cour des Comptes qui puisse nous renseigner très précisément sur le sujet, mais les rapports de la Cour des Comptes restent lettre-morte… hélas !

Alors, derrière tout ça, qu'y a-t-il en creux ? Qu'est-ce qui coûte si cher ?

L'hôpital, sans doute, et là on réintroduit la fameuse scission public-privé, où la qualité, on le sait, ne se mesure pas à l'aune des dépenses… Mais jamais, on ne voit une seule fois le mot qui fâche et dont je ne voudrais pas qu'il soit interprété lui aussi comme un bouc émissaire : l'industrie pharmaceutique.

Comme dans les séances avec nos patients où nous savons que le plus important c'est ce qui n'a pas été dit, l'absence de cette notion dans l'article de M. Bras ou dans les discussions conventionnelles est bien le révélateur de cette tache aveugle dans le discours médico-politique français. Le coût humain dans les soins est certes important, mais on sait l'inflation des coûts pharmaceutiques depuis cinquante ans. Sujet tabou.

Je n'ai ni les compétences d'un historien ni celles d'un analyste financier pour repérer la totalité des enjeux et l'enchaînement des causalités. Mais je parierais volontiers que dans ce combat perdu d'avance pour la revalorisation des honoraires (et en particulier pour les psychiatres !) la seule à tirer son épingle du jeu, sans avoir jamais participé officiellement aux débats, est cette industrie pharmaceutique, forte de ses titres en bourse et de ses emplois…

Martine FLEURY
Rouen

(1) Pierre Louis Bras : « Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique », in « Droit Social », janvier 2006.

Menace sur la nomenclature

Yves Froger

Les travaux de la Classification Clinique des Actes Médicaux (CCAM) reprennent et les premiers éléments que nous avons ne manquent pas de nous inquiéter.

Les signataires ont d'abord pris soin de réformer la CCAM technique retardant d'autant la revalorisation des actes cliniques. Nous avons à de multiples reprises dénoncé ce retard qui arrange les affaires et les comptes de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) mais repose sur le choix des centrales signataires de privilégier depuis tout le temps la revalorisation des actes techniques. Les publications régulières des échelles de revenus des médecins nous rappellent constamment cet état de fait.

Néanmoins, les contacts ont été renoués pour reprendre ce dossier et les premiers commentaires que nous avons lus sous la plume du docteur Jurin, premier vice-président de l'Union des Médecins Spécialistes (U.ME.SPE), qui pilote ce dossier pour son syndicat, nous plongent dans l'incompréhension. En effet, de nombreuses réunions auxquelles ont participé plusieurs psychiatres de l'AFPEP-SNPP et des autres associations scientifiques aussi bien publiques que privées sous l'égide de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), avaient abouti à un accord avec le pôle nomenclature de la CCAM sur le principe d'une cotation unique pour l'acte psychiatrique reconnu de haute complexité au regard des multiples dimensions qu'il renferme.

Cette première étape fondamentale était du ressort des sociétés savantes. La réflexion était coordonnée par la FFP et nous avons très largement œuvré au sein de cette instance pour faire admettre la conservation d'un acte unique dont nous savons que c'est le souhait de l'immense majorité des psychiatres.

La seconde étape, du ressort des syndicats devait être limitée à la discussion portant sur la valorisation financière des actes proposés par les sociétés savantes.

Hélas, nous venons d'apprendre, dans les commentaires de M. Jurin, que les centrales s'arrogeaient le droit de revenir sur les conclusions déposées par les sociétés savantes, ce qui revient à dire que le très long travail de la première phase peut être remis en question lors de la seconde phase au mépris des procédures retenues.

Qu'adviendra-t-il de l'acte unique en psychiatrie quand nous savons que le principal négociateur, psychiatre qui ne représente que lui-même quand il parle de psychiatrie, y est opposé ?

Nous savons depuis l'affaire de la limitation de l'accès spécifique qu'un tout petit groupe peut imposer une décision contraire au souhait de la très grande majorité, et nous ne voudrions pas que ceci se renouvelle à l'occasion des débats sur la CCAM clinique.

Nous avons déjà interpellé la FFP pour qu'elle réaffirme les positions soutenues par l'ensemble de la profession, tout cadre d'exercice confondu.

Nous pouvons déjà constater les ravages des cotations multiples avec la mise en place du parcours de soins. Il est plus que jamais nécessaire que nous conservions une cotation unique pour notre acte, d'autant plus qu'elle pourra être modulée par des coefficients multiplicateurs réservés à des circonstances particulières (pédopsy, plusieurs consultants, intervention de tiers etc.).

Yves Froger
Lorient

Sur les psychothérapies : énième lettre au ministre...

Jean-Jacques Laboutière

Monsieur le ministre,

Le syndicat National des Psychiatres privés se doit de vous faire part de ses délibérations concernant l'article 52 de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004. Bien conscients de l'urgence à légiférer afin de protéger les usagers du « péril sectaire », les psychiatres d'exercice privé se permettent cependant d'attirer votre attention sur certains points.

Une remarque de politique générale tout d'abord : alors que l'OMS vient de faire savoir que la médecine française est la meilleure de monde, les psychiatres français s'étonnent de l'acharnement à évaluer, limiter l'accès et réorganiser leur profession. Pourquoi vouloir transformer, à ce point et si vite, un fleuron que le monde entier nous envie ? Ce préambule, vous en conviendrez, mérite son exergue.

Sur un plan technique, il convient de souligner les points suivants :

Le cahier des charges de l'avant-projet de décret évoque « les quatre principales approches de psychothérapie validées scientifiquement dont les impétrants devront acquérir une connaissance ».

Nous craignons que l'aveuglement sur ce point ne soit le même que celui du rapport de l'Inserm concernant la prévention de la délinquance. Il n'est pas possible, sous peine d'être rapidement rattrapé par les épreuves de la réalité et de provoquer un nouveau tollé, de ne pratiquer qu'une sélection de parti pris de la littérature scientifique. L'expérience, l'histoire de la psychiatrie sous-tendent exactement le contraire d'une telle équivalence des protocoles. Tous les progrès marquants se sont opérés dans le sens d'une plus grande attention à la subjectivité des patients et non dans celui de théories qui iraient à son encontre.

Cela suppose, par ailleurs, une indifférence à l'enseignement universitaire de psychologie difficilement compréhensible tant dans l'ingérence dans les programmes que dans la dévalorisation du titre de psychologue.

Les psychiatres libéraux sont, avec le soutien du Conseil de l'Ordre des Médecins qui rappelle l'impératif éthique de l'indépendance professionnelle, très attachés à leurs prérogatives. Le médecin se doit en toute indépendance d'appliquer les meilleurs soins à ses patients. C'est une condition sous serment à laquelle nous ne pouvons déroger. Il est donc hors de question pour un psychiatre privé d'être cantonné à un rôle d'expert qui cautionnerait des principes plus idéologiques que pragmatiques.

Il serait donc de bon sens de chercher à améliorer un système qui a fait ses preuves plutôt que de s'exercer à des organisations aventureuses, scientifiquement et éthiquement contestables.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance que le psychiatre n'est pas mort car… (1)

Jean-Jacques Laboutière
Mâcon

(1). La formule de politesse a été réécrite avant l'envoi au ministre (N.D.L.R.).

La littérature et l'Inserm ou l'envers de Charcot

Patrice Charbit

Le tumulte que traverse la psychiatrie mérite que l'on s'y intéresse de près tant les enjeux qu'il sous-tend sont importants. Il ne s'agit pas, comme il est trop souvent dit, d'une querelle de chapelles, voire de corporatismes qui s'amuseraient à sonner le tocsin ; il est question du statut de ceux qui viennent consulter un « psy » et du même trait, du statut du citoyen tout court.

La psychiatrie française n'est pas née d'hier, c'est une vieille dame de déjà plus deux siècles, qui en a vu d'autres, qui a largement influencé la psychiatrie mondiale… enfin, jusqu'à ce que des enjeux industriels et de remboursements de santé ne viennent encombrer jusqu'à l'extrême sa conceptualisation. La tendance est au déni du passé alors que les psychiatres ont à leur disposition un beau patrimoine qui fait partie intégrante de l'histoire de la pensée et il serait iconoclaste voire suicidaire de ne pas s'en servir, et pourquoi pas, de l'user jusqu'à la corde.

Au regard de l'histoire, il est légitime de se demander pourquoi la neurologie qui a inventé « l'inconscient » à la fin du xixe siècle, qui a défini le territoire des névroses par un mécanisme d'exclusion du domaine des troubles neurologiques, bref qui a donné de nouvelles limites à la psychiatrie moderne, décide aujourd'hui, au nom de la neurobiologie, de se réapproprier ce champ ?

Pourquoi ce qui n'était hier encore que « fonctionnel » (sans lésion étiologique objectivée) ne le serait plus mais imputable à des mécanismes génétiques qui restent, pour l'heure, plus idéologiques que scientifiques ?

Aborder ces deux questions oblige à un détour d'un peu plus d'un siècle.

Charcot, éminent professeur à la Salpetrière, examine des années durant des cas d'hystérie et traque les mécanismes hypnotiques. Il recherche une explication neurologique aux paralysies et anesthésies hystériques qu'il réussit à faire disparaître ou reproduire sous hypnose. Aucune lésion organique n'est retrouvée. Il établit des liens patents entre ces pathologies et la survenue de traumatismes psychiques. Il s'agit de paralysies de fonction et non de territoires neurologiques. Le corps de l'hystérique est le corps vécu et représenté et non le corps anatomique. Un autre neurologue, Freud, en tire les conséquences et fonde la psychanalyse.

La psychanalyse est donc une invention de médecins neurologues qui assimilent l'inconscient à un résidu persistant de l'opération de leurs recherches et qui donne lieu à une nouvelle théorisation des conséquences du trauma. L'inconscient a été conçu par élimination.

Rappelons le contexte politique dans lequel exerçait Charcot. Les philosophes établissaient les fondements de ce que sera la République du xxe siècle et la lutte était acharnée contre l'Eglise, pilier de la monarchie. Les recherches sur l'hystérie ne démystifiaient-elles pas possessions et extases mystiques dont l'ancien régime était si friand ? Charcot, positiviste s'il en est, anticlérical distingué, n'avait-il pas été promu à la tête de la chaire « des maladies du système nerveux », financée sur le budget national, par Gambetta qui venait d'être nommé premier ministre ? Par cette nouvelle dénomination de l'ancienne chaire de « pathologie mentale et maladie de l'encéphale », le gouvernement ne décidait-il pas de l'inclusion des névroses dans le champ des pathologies au détriment de leur interprétation mystique récupérée de tout temps par l'Eglise ? Ce changement fut opéré sur proposition du ministre de « l'instruction publique et du culte », deux mois après l'arrivée du cabinet Gambetta : n'y avait-il pas un vécu d'urgence de ce point de vue ? Le gouvernement ne faisait-il pas intrusion dans le domaine médical pour des raisons politiques ? Charcot n'était-il pas soutenu par Paul Bert, Littré, Clemenceau ou Bourneville qui chercha à laïciser les hôpitaux comme Ferry laïcisa l'école ? La science positive comme conception démocratique de l'organisation sociale, tel est le credo des républicains de la fin du xixe siècle.

Charcot recevait dans ses salons tout ce qui constituait la iiie République. Intellectuels et artistes se précipitaient aux fameuses « leçons du mardi », les psychiatres sortaient de leur pratique d'aliéniste pour devenir également psychothérapeutes et cultivaient leur rayonnement dans la société civile pour d'ailleurs ne plus s'en défaire.

La révolution de 1789 avait promu les psychiatres à soigner humainement les aliénés (elle pensait même que la folie était une des conséquences de la barbarie de l'ancien régime), la iiie République les favorisait en tant qu'alliés politiques. Le positivisme, la science, le diagnostic d'hystérie contre le démoniaque, l'Eglise, « le lien odieux entre la femme et le prêtre », le pilier de l'ancien régime. Les neuropsychiatres démolissaient, au nom de la science, l'influence de l'Eglise dans l'intérêt d'une République qui voulait séculariser à outrance et les sociologues républicains construisaient sur ces ruines mêmes une morale civile et laïque.

Ce lien avec la politique, depuis 1789 jusqu'au libre champ que constituait la iiie République, est la clef pour comprendre l'évolution de la psychiatrie française.

Tout le xxe siècle vint à son tour témoigner de l'immense utilisation politique de la psychiatrie, de l'importance de la politique dans la conceptualisation même de la psychiatrie.

Tout cela va dans le sens d'une reconnaissance de la part de l'Ethique dans cette affaire.

Il ne s'agit ni de moralité ni de charité mais d'observer que la place du sujet dans une société aura des conséquences déterminantes pour l'organisation des soins psychiatriques. La République, au nom de l'égalité des chances (et non de l'égalité de résultats), considérait devoir réparer et prendre en charge, autant que faire se peut, « les accidents de la vie ». Le citoyen était au centre des préoccupations, l'épanouissement individuel considéré comme la clef du progrès collectif.

Quitte à faire frémir des générations de neurobiologistes, il est patent que la politique puisse être « psychiatriquement thérapeutique ». Le principe actif n'en est pas si complexe. La Constitution Républicaine donne un statut à l'individu qui va de pair avec une reconnaissance du sujet. Nul besoin d'être grand psychanalyste pour mesurer l'importance de cette reconnaissance. Chacun sait ce qui arrive à celui qui ne compte pas ou que l'on ignore, aussi bien dans une famille, que dans une entreprise ou un groupe d'amis. Enfermez n'importe quel capitaine d'industrie, grand entrepreneur enthousiaste, dans un petit bureau sans fenêtre à remplir des tâches inutiles et vous verrez le résultat au bout de quelques jours… Tout le monde sait cela et ne se raconte pas de baliverne au sujet de son taux de sérotonine ou d'autre neuromédiateur qui serait censé expliquer son syndrome dépressif.

La République est un fantastique instrument de reconnaissance du sujet, dès sa naissance.

Chacun sait ce qui arrive à un nouveau-né ignoré par sa mère. Pour pouvoir exister, il faut d'abord exister pour l'autre. Nous pouvons avancer que, d'un point de vue historique, le développement de la psychiatrie française a été parallèle à celui de la République et en a subi tous les aléas.

Aujourd'hui, la neurobiologie tend à dévorer son propre rejeton : l'inconscient. Parmi les livres noirs de la psychanalyse, décision par l'Etat de l'équivalence des psychothérapies, limitation de l'accès au psychiatre, diminution drastique du nombre de psychiatres, abandon de la psychiatrie sectorielle, généralisation de la

prescription de psychotropes jusque dans les cours d'écoles, survient le rapport de l'Inserm. Cette institution, d'ordinaire prestigieuse, nous expose son étonnante relation à la littérature…

L'Inserm aurait ainsi épluché la littérature scientifique avant de proposer ses conclusions sur la prévention de la délinquance et n'y aurait pas trouvé de références psychanalytiques.
Il est clair, pour ma part, que si je ne trouvais pas de neurobiologie dans les revues de psychanalyse, je n'en conclurais pas pour autant qu'elle n'existe pas !

Il peut apparaître sournois, pour un esprit qui plus est scientifique, d'aller prétendre chercher des références qui recouvrent l'ensemble d'une question en n'interrogeant que le fief d'un parti pris. Cette étude a été reprise par un ministre de l'intérieur et cela a été le tollé. La politique se mêle de psychiatrie, comme à son habitude, mais cette fois dans le sens d'une gestion des masses, de la surveillance d'une « communauté de délinquants ». Il ne s'agit plus de prendre soin de l'individu et d'en attendre une avancée collective mais de pratiquer de la prévention de groupes, soit l'inverse d'une conception républicaine.

Que l'on n'invoque pas le « progrès » pour défendre cette volonté de « cavalier seul » des neurosciences : la recherche génétique reste stérile dans le domaine de la pathologie mentale ; l'imagerie cérébrale n'est pas plus qu'un instrument de recherche ; les psychotropes n'ont pratiquement pas évolué depuis 50 ans et posent de graves questions de santé publique à un coût financier retentissant ; les thérapies cognitivo-comportementales ont des indications restreintes.

Ce rapport de l'Inserm participe de l'envers de la démarche de Charcot qui a consisté, pour sa part, à individualiser l'inconscient en le séparant de la neurologie. C'est donc le rayonnement et le champ des « psy » que la neurobiologie tend à s'approprier, dans un contexte international qui n'investit plus les sciences humaines.

Si la neurobiologie adopte un comportement de mère monstrueuse à l'égard de l'inconscient, le rejetant puis cherchant à le dévorer, elle a dû attendre pour cela que l'Etat lâche ses convictions républicaines. L'Histoire nous montre le parallèle existant entre les principes républicains, l'attention accordée à la parole du sujet et les stratégies de soins psychiatriques. C'est bien du statut du citoyen dont il est question.

Patrice CHARBIT
Paris

Du clivage

Pierre Cristofari

Le désintérêt récent envers la psychiatrie ne concerne pas seulement la psychiatrie, mais la médecine toute entière.

Il est commode de séparer l'être humain entre corps et esprit, et de croire qu'on peut impunément abandonner les avancées philosophiques de ces trois derniers siècles. Au fur et à mesure que la technique est plus

présente dans notre vie quotidienne, la difficulté pour un être humain d'être reconnu comme un sujet à part entière et non comme une collection d'organes augmente. Si le médecin peut croire pouvoir se contenter d'être un technicien, il démontre alors son absolue inutilité : pris en tenaille entre la compétence de l'ingénieur – qu'il n'a pas – et les critères financiers qui seront prépondérants pour juger de l'opportunité du développement de telle ou telle technique, il devient un intervenant parmi d'autres, laissant sa place traditionnelle à on ne sait lequel des charlatans qui se bousculent au portillon…

Illustrant le clivage entre corps et esprit, le clivage entre disciplines techniques et disciplines cliniques, au détriment de ses dernières, montre que la réflexion sur l'essence même du métier de médecin balbutie. Les progrès technologiques s'accompagnent d'un développement considérable des moyens de connaissances, qui permet au sujet qui souffre – au « patient » – d'être de mieux en mieux informé de ce qu'il peut attendre, et même exiger de tel acte technique. D'ici peu la civilisation des objets nomades (auto-analyseurs) et de la télémédecine donnera au médecin le choix entre disparaître ou revenir à l'origine ancestrale de son métier : écouter, accompagner, en un mot soigner. La psychiatrie libérale est paradigmatique de ce que pourrait être la médecine de demain – dans le meilleur des cas. La tendance actuelle, entérinée par la dernière convention avec l'Assurance Maladie, de faire du médecin généraliste un simple trieur, officier de santé surtout comptable d'économies de bouts de chandelles, est de se préoccuper du très court terme, d'un horizon à trois ou cinq ans, en remettant à plus tard les indispensables réformes de structures. Médecins généralistes et surtout psychiatres, qui vivent exclusivement des revenus de leurs actes cliniques, ont vu leurs revenus stagner alors même que leur charge de travail a augmenté considérablement : c'est un symbole important. En même temps, jamais les psychiatres n'ont été aussi recherchés et écoutés – y compris par ceux qui voudraient les réduire à n'être que des prescripteurs de médicaments psychotropes, ou encore de techniques normatives bien plus que thérapeutiques. On en appelle aux psychiatres pour prendre sur eux la responsabilité des conséquences des difficultés sociales, professionnelles ou encore scolaires, quand on supporte si mal la différence entre les hommes. Il leur appartient de défendre farouchement leur indépendance professionnelle, non seulement dans leur intérêt – après tout, la place que l'on veut leur assigner, celle d'un « ingénieur réseau », serait pour eux bien plus confortable et lucrative – mais pour l'avenir même de la médecine, dont la clinique est le fondement, et pour celle de ce « colloque singulier » qui la fonde, qui demeure l'une des garanties du sujet souffrant, donc affaibli, dans une civilisation des grands nombres…

Pierre CRISTOFARI
Hyères

L'AFPEP et le secteur médico-social

Jean-Jacques Laboutière

Nombreux sont nos adhérents qui travaillent dans les institutions médico-sociales. Ce secteur d'activité mobilise donc une énergie importante dans notre syndicat qui a confié à Marc Maximin le soin de coordonner ce travail avec les autres partenaires.

L'AFPEP vous informera régulièrement de la préparation des Assises du médico-social programmées en mai 2007 à Marseille.

Toutefois, contrairement à ce que vous avez pu lire par ailleurs, il doit être précisé que les Assises du médico-social ne sont pas organisées par une intersyndicale, mais par une association scientifique créée à cette occasion et regroupant des psychiatres et des professionnels d'horizons différents concernés par cet

exercice.

Plusieurs adhérents de l'AFPEP, dont Marc Maximin, ont intégré cette association afin d'élargir l'espace des débats initiés à ce sujet au sein de l'AFPEP-SNPP et dont vous connaissez la teneur à la lecture des articles du BIPP consacrés à ce sujet.

Jean-Jacques Laboutière

L'exercice à risque du psychiatre dans le médico-social

Marc Maximin

L'exercice du psychiatre dans le secteur médico-social est de plus en plus mis à mal et de nombreux cas de conflits sont exemplaires de cet état de fait.

De nombreux psychiatres nous font part de leurs histoires dans leurs institutions qui témoignent d'un vécu douloureux, malheureusement fréquent et qui montre la difficulté de la pratique du psychiatre dans ce secteur.

Dans un contexte sociétal caractérisé par l'efficacité financière, il est fait une place de plus en plus large à la logique administrative et comptable ce qui ne laisse souvent au psychiatre que le rôle d'un « régulateur ».

La psychiatrie médico-sociale a été totalement marginalisée, réduite dans nombre d'institutions à une présence symbolique et il est de moins en moins possible de permettre que s'élabore un travail sur l'institution thérapeutique.

Les médecins œuvrant dans ce secteur, qu'ils ont contribué à créer, sont souvent considérés par leurs employeurs et plus encore par les Pouvoirs publics de régulation, comme quantité négligeable ! Ainsi, au plan syndical nous sommes sollicités de façon constante par nos confrères qui font état :

- de la dégradation massive des soins et des prises en charge des personnes alors qu'on nous appelle au dépistage plus précoce, à la lutte contre la maltraitance, à l'évaluation, etc.,

- de la vacance ou du non remplacement des postes de psychiatres, alors que les exigences soignantes, l'approche transdisciplinaire, la thérapie institutionnelle deviennent plus prégnantes,

- de nombreux conflits du travail, corollaires de cette place subalterne accordée aux missions du médecin dans ces divers établissements et services.

Les psychiatres essaient de défendre la place du soin, mais ils se retrouvent face à un fonctionnement qui ne leur permet plus de tenir leur place de garant thérapeutique.

Tout cela s'inscrit dans un climat où dominent jusqu'à l'ubuesque la norme et le protocole dans un désir de transparence et de contrôle qui induit une ambiance de méfiance, de suspicion et entraîne une modification des pratiques institutionnelles dans le sens d'une déresponsabilisation.

De nombreux confrères nous interpellent pour nous dire que, nonobstant leur engagement et leur attachement au secteur médico-social, la situation n'est plus tenable.

Il n'est plus du tout certain que l'on désire vraiment leur concours, souvent on les considère comme de simples prestataires, dépourvus d'indépendance thérapeutique, voire des exécutants dociles de la dérive technocratique du « traitement social » de l'inadaptation.

Ces différents exemples, avec leurs cortèges de brimades voire de mépris, nous imposent une vigilance et une résistance de tous instants.

Il est nécessaire de parler de ces conflits, d'éviter de se croire isolé, voire de culpabiliser pour ne pas fonctionner dans un consensus complice et rappeler haut et fort qu'il y a des limites.

Ne laissons pas cette déferlante où dominent efficacité et contrôle envahir un secteur de soin et « écraser » l'éthique.

Marc MAXIMIN
Marseille

Harcèlement

Hélène Baudoin

Si la Sécurité sociale se met à harceler nos patients déprimés :

- En les obligeant à rester chez eux sous menace de contrôle lorsqu'ils sont en arrêt maladie, ne tolérant plus la mention « sorties libres » particulièrement importantes en cas de pathologie psychiatrique ;

- En se trompant de « circuit » et en les remboursant soudain hors parcours de soins alors qu'ils sont inscrits auprès d'un médecin traitant. Ceci les oblige alors à des démarches incroyables pour justifier des 4 euros de MCS ;

- En perdant (pour le même patient cela est encore mieux) un formulaire d'arrêt maladie et stoppant alors tout règlement d'indemnités journalières « jusqu'à ce qu'ils le retrouvent !… » et en refusant le duplicata que le patient serait en mesure de leur apporter sur place.

Ne serait-ce pas pour gagner quelques sous, le temps d'une EVALUATON qui va accorder un classement des caisses entre elles par mérite en terme d'économies ?

Serait-il possible que cela se fasse sur le dos des patients ?

Tous les doutes sont permis. Nous avons tous dans notre vécu ces jeux d'écritures que pratiquent les banques pour calculer des agios que nous leur devons alors sans délai. Les chiffres sont manipulables.

Et puis, est-ce une des premières manifestations de ces médecins conseils en quête de prime qui m'a valu un appel téléphonique m'annonçant la décision de remise au travail d'une patiente déprimée, encore sujette à de fortes angoisses et manifestement prise avec condescendance pour une simulatrice immature allant se réfugier chez son psychiatre :
- *« j'étais sûre qu'elle allait venir vous voir ! »*
- *« Non, Madame, il s'agissait de son rendez-vous régulier »*
- *« ah… »*.

Cette patiente est justement une femme employée d'une banque et ayant souffert (entre autres bien sûr) de l'obligation de devenir « commerciale » et donc de pousser les clients à acheter des produits financiers dont ils n'avaient nul besoin…

Harcelés au travail, harcelés par la Sécurité sociale.
Et ce par la même logique de la rentabilité…
Ma semaine a été instructive, à moins que je ne devienne paranoïaque…

Hélène BAUDOIN
Nice

Clinique de la perversion-psychose : les crimes sexuels impulsifs

Jacques Louys

Introduction

La clinique est devenue un enjeu idéologique formidable. Elle doit pouvoir correspondre aux intérêts des promoteurs de psychotropes et de psychothérapies protocolisées afin de justifier leurs prétentions.
Les classifications internationales entérinent leur prise de pouvoir qui est à l'envers d'une réelle démarche scientifique. Mais c'est aussi une chance pour nous, car pour arriver à leurs fins, la réduction du champ psychique qu'elles opèrent est telle que l'objet même de ce champ est démoli. C'est une faute majeure en épistémologie : toute réduction de la réalité est justifiable pour étude mais à condition de ne pas démolir l'objet même de l'étude. De ne pas respecter cela, ces classifications "pragmatiques" n'ont ainsi de pragmatique que le nom. Elles ne discernent pas notamment ce qu'est un symptôme d'un mode de défense contre l'irruption désastreuse du symptôme car elles sont incapables de donner la moindre définition de ce qu'elles appellent le "mental". Plus généralement, elles se contentent de tautologies pour définir les termes employés pour décrire les troubles qu'elles repèrent (tels qu'humeur, impulsion, conduite…) et se contentent d'un mythique consensus à ce sujet. Ce problème de réduction excessive est un bec sur lequel continueront de buter tous les œcuménistes de bonne volonté voulant réunir neurosciences nourries de plasticité cérébrale à la psychanalyse.
Nous allons donner un exemple clinique d'un problème de terrain dont elles sont incapables de rendre

compte intelligemment, celui des crimes sexuels impulsifs.

Les crimes sexuels impulsifs

Des crimes sexuels terribles sont annoncés dans les moyens d'information. On ne peut pas dire qu'une accoutumance se passe. L'effroi surgit chaque fois, surtout quand des enfants s'y trouvent impliqués. Des systèmes d'alerte sont mis en place pour les disparitions d'enfant ou d'adolescent qu'on ne qualifie plus systématiquement de "fugues". Les crimes incestueux ne sont plus banalisés et occultés systématiquement. Mais pour les adultes, une certaine fatalité se dégage toujours sous le terme de crimes passionnels. La sexualité entraîne des passions folles et c'est quasiment admis. La justice a tendance à plutôt considérer cela comme amenant à l'auteur des circonstances atténuantes. Cela fait croire à la moindre gravité des crimes sexuels.
Comment cela se fait-il ? Quelle clinique nous permet de les comprendre et d'en rendre compte ? Il s'agit de sortir des banalisations et des clichés de presse pour comprendre ce qui se passe réellement. Il nous faut en réalité inventer une nouvelle clinique et pour cela partir à la fois de la violence perverse et de celle de la psychopathie.
C'est l'alliance de l'algolagnie perverse et de la psychopathie qui va nous donner les clés cliniques du tableau de "perversion-psychose" et des crimes horribles qui en ressortent dans la relation sexuée.

Définition de l'algolagnie active et de l'algolagnie passive

Nous reprendrons dans ce texte les termes d'algolagnie active et passive - "Schmerzwollust"- d'Albert von Schrenck-Notzing (1892) car ils sont plus précis que les termes habituels de sadisme et de masochisme inventés par Richard Freiherr von Krafft-Ebing en 1886 comme aspects de la perversion sexuelle.
Le terme d'algolagnie est composé du grec algos, douleur, et de lagneia, le commerce intime.
Dans l'algolagnie dite "active", une personne éprouve de la satisfaction sexuelle en infligeant une souffrance physique ou morale à quelqu'un d'autre. Insistons sur la "souffrance morale" car ce ne sont pas forcément la douleur physique qui est en jeu. Ici le terme "morale" est équivalent d'émotionnel élaboré, par exemple l'émotion de peur intense avec laquelle on va jouer.
Dans l'algolagnie dite "passive", la satisfaction vient d'une humiliation ou d'une souffrance physique reçue par l'autre. Là aussi l'humiliation renvoie à l'utilisation d'un émotionnel élaboré.
Souvent quelqu'un est algolagnique actif dans un contexte et passif dans un autre.

Définition de la psychopathie

Nous définissons la psychopathie par l'écroulement soudain chez une personne de ses capacités affectives et par l'impulsivité agressive qui en découle (voir l'article récent du BIPP traitant le sujet).
Survient pour quelqu'un un manque soudain d'action :

- - ne pouvant être poursuivie par épuisement,
- - ou bloquée lors de contrariétés diverses,
- - ou achevée par réussite.

Du fait de l'équilibre homéostasique rompu entre action structurée et réaction émotive, cela entraîne un surcroît concomitant d'émotivité qui n'est pas supporté par les personnes qui ont de faibles capacités émotives. Le pôle psychique de l'affect s'effondre alors par surtension. Le psychisme rebascule vers l'action mais les capacités d'action structurées ne peuvent réapparaissent que par des symptômes de brusque impulsivité agressive :

- - hallucinations intérieures injurieuses
- - interprétations hâtives, persécutrices ou érotomaniaques
- - automutilations en tous genres,
- - impulsions de dominations agressives (y compris sexuelles) non contrôlables car l'affect inhibiteur est effondré.

Contradiction apparente de l'algolagnie et de la psychopathie

Il y a une contradiction logique à première vue entre, d'une part, le plaisir "algolagnique" qui transpose dans les relations sexuées adultes des éléments de la dyade mère-enfant associant la peine et le plaisir (dans la dyade, on se "donne du mal", les deux collés ensemble, pour fonctionner et être content), et d'autre part avec la notion de psychopathie.

1) L'algolagnie fait partie des pratiques perverses où le scénario de la douleur est mis en place pour essayer de pallier au manque de jouissance qu'entraîne le défaut relatif de fonctionnement de la sphère émotionnelle des participants. Le pervers est un "malin" qui ose agir mais qui ressent affectivement peu. Il y a un manque d'équilibre dans la perversion qui ne permet au pervers que d'accéder à une jouissance restreinte. La jouissance psychique nécessite en effet pour s'établir un équilibre relatif entre pôles fonctionnels logiques opposés, ici entre le pôle de l'action structurée et celui de l'affect. En essayant de pallier à son déséquilibre en augmentant l'intensité de l'émotion par la douleur physique ou morale, l'algolagnique essaie d'augmenter par contrecoup celle de sa jouissance. C'est un psychothérapeute cognitivo-comportementaliste de pointe ! Comme cela ne marche tout de même que relativement peu, il est quand même la plupart du temps obligé de se masturber pour finir sa partie… Mais il n'est pas psychotique à ce moment, pour autant, en effet.

2) La psychopathie est en pleine accroissement sur notre planète car les difficultés d'adaptation grandissantes aux bouleversements sociaux et économiques sont telles que le pôle de l'action structurée s'effondre chez beaucoup de personnes et d'enfants par épuisement. Une hyperémotivité réactionnelle s'ensuit, entraînant des états hyper-affectifs, aigus puis de plus en plus chroniques. Cela amplifie une fragilité génétique ou épigénétique particulière. Si le pôle affectif ne tient pas, s'il est trop peu solide pour encaisser pendant un moment suffisant la surtension émotive (par exemple par une dépression), il s'effondre à son tour aussitôt ou de manière à peine différée ; un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif vient signer à ce moment la réapparition d'une action folle impulsive à la moindre contrariété et obstacle d'action. Il y a donc disparition de l'affect à ce moment d'impulsivité et de la possibilité de partager l'affect avec l'autre ; et surgissent alors les symptômes de domination folle. La psychopathie est un des aspects de la psychose affective, sous la forme du tableau clinique de la personnalité "borderline".

Dépassement de la contradiction

Nous voyons donc pourquoi cela semble antagoniste :

- - l'un, le pervers, cherche à augmenter son ressenti affectif notamment par la sexualité ;
- - l'autre, le psychopathe, ne tient absolument pas la charge de l'affect.

Or il se trouve bien des personnes qui présentent les deux, qui ont des symptômes "pervers-fous".

Comment expliquer cela ? C'est que le pervers peut se tromper sur ses capacités à supporter un excès d'affect sans effondrer son pôle affectif ; il croît qu'il peut maîtriser indéfiniment la situation mais il dépasse dans les faits, à un moment donné, ce qu'il peut supporter. Sa faille émotive se révèle alors. Il augmente si bien l'intensité de son affect qu'il dépasse les capacités fonctionnelles de ce pôle de son psychique et le voilà "pervers-fou", tuant son dominant ou son dominé, par exemple.
La jalousie qui fait enfler la charge émotive est souvent en cause sous diverses formes. Dans les cercles sadomasochistes, c'est souvent une jalousie soudaine entre participants à propos du chef et de ses présumés favoris qui crée un surcroît de tension affective et provoque le passage à l'acte mortel d'un adepte sur un autre. Dans les relations homosexuelles, la jalousie est souvent directement entre partenaires, l'un ayant plus de "succès" en général que l'autre dans les relations sexuées. Dans les crimes envers les enfants, la jalousie est plutôt envers les parents des enfants et leur supposé désir de possession d'enfant.

A un moment donné, le refoulé affectif de la jalousie ne tient plus, par épuisement ou sous l'effet d'une situation de vie inattendue qui va servir à fournir la goutte d'eau qui fait déborder le vase.
L'impulsion agressive qui en ressort est particulièrement dramatique : on y tue l'innocent dominé sexuellement, on le viole, on le terrorise, on le martyrise et le torture de toutes les façons possibles en le blessant cruellement et en le mutilant (y compris soi-même dans l'algolagnie passive). Ce que ne fera jamais un pervers non psychotique qui ne tiendra pas à abîmer les éléments constitutifs de son scénario douloureux.

Toutes les émotions peuvent être en cause, y compris l'émotion consécutive de la réussite trop facile chez un pervers qui bascule vers le meurtre gratuit voire le meurtre en série dans ses manœuvres pour faire souffrir l'autre, par exemple en lui faisant peur.

Mais il ne faut pas oublier l'algolagnie passive, celle qui fait se mettre une personne en soumission sexuelle de l'autre pour souffrir et qui pourra impulsivement, lors d'une décompensation psychopathique, se mettre en situation de danger face au risque d'acte meurtrier de l'autre. Il existe des ogres pervers qui voient leur victime se précipiter impulsivement vers eux pour se faire périr. Le cannibale de Rottenbourg qui voulait goûter fétichistement à la chair humaine, nous en a fait une démonstration inouïe en 2001, ayant réussi à susciter par petites annonces chez plusieurs personnes une impulsivité calamiteuse à se faire manger et ayant dû trier pour choisir sa victime. Histoire rendue encore plus scandaleuse par les difficultés de la justice pour arriver à condamner le criminel à la hauteur de son crime vu que la victime était "consentante" ! La défense du pervers est ainsi souvent de dire que la victime l'a provoqué en étant volontaire.

Conclusion

Le tableau clinique de l'algolagnie-psychopathie et sa compréhension fonctionnelle rend compte de beaucoup de crimes impulsifs (meurtres, viols, dons de soi inconsidérés à des personnes dangereuses…) dans la relation sexuée. Il explique le risque majeur de récidive, les mêmes causes produisant les mêmes effets.

Il est indissociable d'une compréhension homéostasique des fonctions psychiques humaines. Il ne peut être compris que dans un déroulement temporel et non statique.

C'est un des aspects d'une entité clinique plus vaste qui est celle de la perversion-psychose en général et qui peut mettre en jeu tous les autres types de relation humaine.

Jacques LOUYS
Haguenau

Enfant et éthique

Marc Maximin

Nous avons reçu un document définissant une association loi 1901 « Enfant & éthique » qui a été créée en lien avec « Plaidoyer-Victimes » (Montréal, 1984) pour défendre les droits de l'enfant(1). Certains d'entre vous nous ont fait part de leurs inquiétudes du fait de certains énoncés qui peuvent présenter des interprétations dangereuses.

La protection de l'enfant est un sujet fondamental qui nous concerne directement dans notre pratique et dont l'importance et les enjeux actuels attirent toute notre attention et notre vigilance.
Ce texte pose principalement un objectif « d'harmonisation » voire de réajustement des textes de loi concernant « l'intérêt supérieur de l'enfant » et qui, au vu de certaines élaborations qu'il énonce, nous impose des remarques si ce n'est une prudence voire un désaccord.

1/ Sa référence à l'éthique s'articule avec une approche prioritaire de propositions sur le plan de la judiciarisation pour la protection de l'enfance mais aussi la recherche de critères pour défendre et protéger l'enfant.
La notion d'éthique présente sous la forme traditionnelle de valeurs et d'idéaux humanistes se retrouve là limitée à une quête de vérité, un savoir cautionnant une recherche-action et cela vient fausser le débat.
L'éthique qui détermine un certain nombre de jugements sur l'acte n'est pas seulement un système de règles qui évalue des conduites même si c'est soutenu par un discours rempli de bonnes intentions.

2/ Ce texte centré sur l'enfant vient rappeler que l'approche culturelle dominée par une certaine idéalisation des parents, avec cette notion du maintien du lien familial à tout prix, peut être dangereuse dans certaines situations très difficiles.
Nous serions effectivement à côté du sujet si nous ne parlions pas de ce fonctionnement qui souvent protége plus l'idée de famille que l'intérêt voire la survie de certains enfants en danger.
Mais vouloir généraliser et légaliser un système de valeurs pour donner une traduction et une réponse à ce dysfonctionnement inadmissible, ne peut que camoufler les enjeux d'une réflexion éthique qui là aurait pu prendre tout son sens.
L'absence de débat fondamental sur les contradictions, les paradoxes et plus généralement l'action de ce secteur de la protection de l'enfance, avec les professionnels concernés, peut entraîner des généralisations abusives mais surtout permettre à certains qui ne sont pas dans des enjeux de soins de se réapproprier ces mesures à d'autres fins.

3/ Les mots « recherche », « évaluation », « études longitudinales », « critères » et « experts » reviennent régulièrement dans ce texte et même si ils sont dans l'air du temps de tout écrit qui se veut une caution scientifique, ils sont à manier dans le contexte actuel avec la plus grande prudence.
L'évaluation était une « vertu » naturelle liée à la déontologie et à l'éthique dans le sens d'une responsabilité et de la nécessité de rendre des comptes.
C'est devenu actuellement un impératif comptable, un postulat, une démarche qui ne dépend plus des professionnels et qui est devenu un outil de maîtrise, de mise aux normes n'appelant pas de critiques.
Evaluer, extraire de la valeur se résume à une valeur à dominante économique qui tend plus du côté de la diminution, de la fermeture sur le plan matériel mais aussi au niveau de l'élaboration du fait de la réduction qu'elle impose.

Ce document veut se référer à des valeurs, mais cela ne suffit pas à leur donner consistance et comme pour tout discours tout dépend de qui le tient, pour quel usage et avec quelles évaluations.
Un document qui se réfère à un idéal en prônant des actes ne peut trouver aucun discours qui sera garant de ces actes.
Ce qui dans certaines circonstances peut faire effet de vérité, prendre valeur de résistance, peut d'un autre coté asservir et déformer.
A prétendre savoir et vouloir le bien de l'enfant, c'est aussi le tenir à merci sans garantie face aux pernicieuses perversions des discours qui sont toujours sous le sceau du bien-être et du progrès…

A vouloir trop protéger ne met t-on pas en danger ?

Cette réflexion prend d'autant plus de sens qu'elle s'inscrit dans un contexte d'évaluations, d'experts en tout genre, ne sachant plus qu'évaluer, qui propose des rapports de préventions dangereux totalement en symbiose avec la dominante sécuritaire ambiante.
Tout cela sous le couvert d'un pseudo scientisme qui atteste de sa capacité à modifier les discours en fonction des demandes.
On risque en laissant ce document tel quel de retrouver des « prédateurs » à tous les coins de rue…
Le sujet est trop important pour ne pas s'arrêter sur la valeur des mots et les risques qui en découlent.
À trop vouloir généraliser des situations inacceptables ne risque t-on pas des dérives dangereuses ?
Ne pas prendre en compte le contexte actuel de risque zéro et de priorité sécuritaire n'allons nous pas apporter des cautions à des discours nocifs ?

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons pas soutenir la diffusion de ce document qui laisse de par sa généralisation des concepts, ses références évaluatives et expertales confuses, la porte ouverte à des interprétations nocives et dangereuses.
Il est urgent que ce sujet soit travaillé, élaboré avec tous les professionnels concernés pour arrêter des situations de violences extrêmes et surtout la non prise en compte des maltraitances psychiques graves.

Marc Maximin

(1) « Enfant et éthique », 60, rue de Domrémy, 75013 Paris.