

Sommaire du BIPP n° 46 - Novembre 2006

[Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 46 au format PDF](#)

Editorial - Pierre Cristofari

Travaux de refonte de la nomenclature - Yves Froger

Conforme mais con sans sus - Pierre Coërchon

La loi de Prévention sur la Délinquance - Yves Froger

Prédire... la classe ! Pierre Coërchon

L'exclusion. La marque du contrôle ! Marc Maximin

Après les XXXVe Journées - Hélène Baudoin

Chroniques d'une psy du Centre - Aliette Largillière

Le diagnostic comme zone gâchette - Patrice Charbit

Evidence Based Medecine, \le retour\" - Alain Bonnet"

ALFAPSY

L'action syndicale - Jean-Jacques Laboutière

Les psychiatres français à la WPA (suite) - Antoine Besse

Atelier AFPEP au Congrès WPA d'Istanbul - Antoine Besse

Assises du médico-social

Editorial

Pierre Cristofari

Dans une corporation vieillissante, chez laquelle l'amertume d'être peu reconnu le dispute à la conscience d'exercer un métier hors du commun, les tentatives d'évolution et de changement risquent d'être douloureusement vécues. La tentation du repli, de la radicalisation du discours est un écueil. On peut se contenter de la sensation, voluptueuse, de constituer le dernier carré des défenseurs de certaines valeurs fondamentales, et cette position peut faire courir un risque à notre réflexion. Une habitude de la solitude dans

nos cabinets, mais peut-être aussi certains glissements sémantiques expliquent que nous nous trompions parfois d'adversaires. Hervé Bokobza insiste volontiers sur la nécessité de la démarche scientifique en relevant certains dogmes (comme la formule des «structures») qui stérilisent notre réflexion.

Le débat de forme qui traverse la psychiatrie, entre écoles qui s'affrontent pour conserver ou gagner des parts de marché, n'est peut-être que l'avatar d'une tradition aux oripeaux démocratiques, qui nomme « débat » une joute télévisée à peine tempérée par l'absence de mise à mort.

Le débat doit être porté sur le fond, être bien autre chose qu'une opposition entre tenants de la vraie foi. Parce que la psychiatrie est l'essence même de la médecine, elle échappe comme elle au déterminisme absolu des phénomènes. Mais il serait vain de brandir l'étendard de la psychopathologie en s'exonérant d'une recherche fondamentale, d'une remise en cause des idées admises (à laquelle conviait Freud lui-même, invitant à l'étude d'autres animaux que l'homme), d'une révolution permanente.

Relire Claude Bernard est une nécessité quand on veut réfléchir sur la nosographie. La démarche scientifique est confondue fantasmatiquement avec tout ce que nous pouvons craindre dans l'univers technologique ; son abandon est pourtant aussi grave pour la démocratie que la désaffection du politique.

Yves Froger et Pierre Coërchon commencent ce numéro avec deux points syndicaux fondamentaux, la nomenclature et le parcours de soins, avant d'analyser avec Marc Maximin la nocivité de la loi dite « de prévention de la délinquance », impliquant les psychiatres mais rédigée au ministère de l'intérieur.

Jacques Barbier, Hélène Baudoin, Aliette Largillière et Patrice Charbit nous donnent des témoignages vécus avec des sensibilités différentes et complémentaires. L'étude clinique initiée par Patrice Charbit est en cours et nous ferons un point prochainement. On peut d'ici là le contacter directement : « patrice.charbit@wanadoo.fr ».

Jacques Louys et Alain Bonnet poursuivent le débat sur l'approche scientifique.

Jean-Jacques Laboutière nous a permis d'utiliser le texte d'une de ses plus récentes conférences, dont nous avons extrait un fragment consacré aux organisations syndicales médicales : il est utile de rappeler régulièrement cette propédeutique dont la complexité apparente rebute nombre de nos collègues.

Antoine Besse continue de nous tenir informés de ce qui se passe à l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) où, grâce à son engagement fait de modestie mais d'obstination, notre association commence à être reconnue.

Enfin, rappelons que se tiendront à Marseille en mai 2007 les «Assises de la Psychiatrie Médico-Sociale», initiées par « l'Association Scientifique de Psychiatrie Institutionnelle » dont nos amis Marc Maximin et Yannick Cann sont les chevilles ouvrières. Nous donnons ici l'argument de ces Assises, prévues en très grand format (deux mille participants attendus), mais nous vous invitons à aller visiter le site « www.medicosocial.com ».

Pierre Cristofari
Hyères

Travaux de refonte de la nomenclature

Yves Froger

Les travaux de refonte de la nomenclature en vue de la mise en place d'une nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux pour les actes cliniques ont été relancés dans le cadre de réunions associant le pôle nomenclature de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les centrales syndicales (Confédération des Syndicats Médicaux Français, Fédération des médecins de France, Syndicat de la Médecine Libérale et MG France).

Ces travaux sont très importants pour la reconnaissance et la revalorisation de la consultation du psychiatre très largement sous-estimée depuis plusieurs décennies maintenant. La mise en place de cette nouvelle classification repose sur le découpage des actes cliniques en 3 ou 4 niveaux de complexité et il a été demandé aux sociétés savantes, lors de la première tranche de ces travaux, de faire des propositions pour leur discipline.

Les différents travaux qui se sont tenus sous l'égide de la Fédération Française de Psychiatrie ont tous abouti à la revendication d'une cotation unique du plus haut niveau de complexité pour tous les actes du psychiatre au regard de la spécificité de notre pratique, et de l'impossibilité de dissocier les actes dans la mesure où toute consultation chez le psychiatre inclut une dimension psychothérapique et ne peut en aucun cas être considérée comme un acte de consultant ou d'expertise pour ce qui relève des actes de soins.

Les premières informations que nous avons eues à la suite des dernières réunions nous font craindre le pire, à savoir dissocier la pratique du psychiatre en plusieurs actes pour infléchir encore un peu plus l'activité des psychiatres vers un rôle de consultant au même titre que les autres spécialistes. C'est déjà la raison pour laquelle nous avons perdu l'accès spécifique ce qui fait de l'année 2006 une année noire pour la psychiatrie. Il serait catastrophique que cela se prolonge par la perte de la cotation unique.

La Fédération des Médecins Français (FMF), qui participe à ces travaux, nous a sollicités pour connaître notre point de vue, et nous allons bien sûr déployer toute notre énergie pour faire valoir les conclusions auxquelles avait abouti la réflexion menée par la Fédération Française de Psychiatrie.

Les psychiatres libéraux, que nous représentons, sont particulièrement inquiets d'une éventuelle remise en cause des conclusions auxquelles la FFP avait abouti dans le cadre de cette future Classification Commune des Actes Médicaux et nous espérons que la Fédération Française de Psychiatrie pourra faire valoir sa position lors de ces nouvelles négociations.

**Yves Froger
Lorient**

Conforme mais con sans sus

Pierre Coërchon

Quelle voie pour l'accès d'un patient à un psychiatre dans ce nouveau parcours de soins ?

Parcours de la collaboration pour certains : Monsieur le ministre de la santé ne manque pas en cette occasion de se satisfaire du pourcentage écrasant des usagers français qui ont accepté sans broncher de rejoindre ce nouveau cortège du « Bien collectif », ce constat représentant évidemment de son point de vue un franc succès. Il peut se regretter d'ailleurs que son commentaire et son analyse n'aillent pas au-delà du

contentement, venant alors s'interroger sur ce puissant et pas forcément rassurant effet de masse au lieu de la classique résistance des populations à la gouvernance.

Parcours du combattant pour d'autres : c'est le cas des patients récalcitrants qui dès lors ont à faire avec la machinerie bureaucratique administrative et qui peuvent au moins constater que pour y échapper un certain prix reste à payer.

Parcours de la résistance enfin : ici, en effet, le S.N.P.P. et ses adhérents ne peuvent se satisfaire d'un système d'aiguillage et d'accès à la rencontre du médecin conventionné spécialiste du psychisme qui, peu à peu, annule l'acte psychiatrique et le réduit au rang du conseil ou d'expertise diagnostique dont la seule finalité serait l'orientation vers quelque programme ou réseau à fin d'économie ou de quelque qualité.

L'accès spécifique direct et libre, pour un patient s'estimant malade ou qu'autrui estime malade, à la possibilité d'adresser sa demande au psychiatre de son choix, paraissait - jusqu'à décembre 2005 et la signature de l'avenant conventionnel numéro 10 - une évidence pour tous. Cette position d'exception de la psychiatrie, non exclusive car n'étant pas la seule spécialité dans ce cas, coïncidait jusqu'alors de façon heureuse avec notre pratique qui, quant à elle, commence là où s'arrête la pratique médicale somatique pure, c'est-à-dire qui commence où la suggestion, la prescription, l'ordonnance, la maîtrise se heurtent à un impossible, mais où pourtant demeure et reste quelque chose à traiter. Le parcours de soins, indicateur et suggestif d'un nouveau « bien faire » se situe indubitablement dans un discours de maîtrise. Il vient historiquement en réponse au constat d'un trou, dans une lecture comptable économique d'un excès de consommation médicale, lecture obéissant quant à elle à la logique de la structure du discours capitaliste, discours venu, depuis environ deux décennies, sévèrement concurrencer, voire remplacer le discours universitaire. Cette réaction d'un retour à un discours de maître via le parcours remboursable de soins pourrait peut-être trouver pertinence à venir coïncider avec le discours médical « somatologique » qui se doit, lui aussi, de placer la maîtrise et l'ordre en agent. Mais au lieu où l'ordonnance rencontre sa limite, là où le champ psychiatrique des effets de la parole et du langage commence, il ne saurait se concevoir de ne pas laisser au patient cette voie d'accès directe et confidentielle à la consultation d'un psychiatre. Car dorénavant, dans ce champ psychiatrique, l'ordre, la direction et la prétendue connaissance se trouvent, non plus en début de chaîne, mais comme produit, plus-value, sus, intérêt du travail opéré par le patient auprès de son psychiatre. C'est là le parcours de soins psychiatrique, un certain parcours de travail avec un patient venant exposer ses symptômes impossibles à maîtriser. Ceci est en soi spécifique à la psychiatrie dans le champ médical et mérite donc exception.

Si l'intention de cet avenant conventionnel numéro 10 est de transformer le genre d'un psychiatre en celui d'un berger réglementaire pilotant en conformité son troupeau de moutons, la voie de ce parcours est celle de la bergerie. Elle annule tout l'intérêt – le sus - de notre savoir et de notre pratique. Quelle belle réussite ! Dans le cas d'une intention contraire, cette erreur grossière est à corriger d'urgence.

**Pierre Coërchon
Clermont-Ferrand**

La loi de prévention sur la délinquance

Yves Froger

Il y a maintenant un an paraissait le rapport de l'INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent très largement commenté dans la presse professionnelle et dans la grande presse.

Quelques semaines plus tard, nous trouvions sur le site du Syndicat des Commissaires et Hauts Fonctionnaires de la police nationale dans la rubrique prévention de la délinquance, des recommandations pour la détection avant l'âge de 3 ans, des sujets à risque et des propositions de mesure de prévention appropriée.

S'en est suivie la pétition « Pas de zéro de conduite » relayée par une multitude d'organisations professionnelles dont la nôtre qui a abouti au retrait de ces recommandations et l'on ne peut que s'en féliciter.

Le projet de Loi de Prévention de la Délinquance soutenu par le Ministre de l'Intérieur et actuellement en débat n'a pour autant rien de rassurant. Nous retrouvons dans ce texte des principes identiques à ceux que nous avons dénoncés il y a un an résultant d'un amalgame et d'une confusion entre les comportements anti-sociaux et les troubles du comportement liés à une pathologie mentale pour autant que celle-ci soit avérée car nous avons vu les dangers de l'extrapolation dans ce trop fameux rapport de l'INSERM.

Ce projet de Loi de Prévention de la Délinquance comporte un volet psychiatrique avec des propositions de réforme de la Loi de 1990 et notamment de création d'un fichier national des malades hospitalisés en HO.

Nos collègues du service public ont collectivement et fort justement réagi et dénoncé les dérives et les dangers de ce texte et nous les rejoignons point par point sur leurs analyses.

Nos patients sont en danger. Toute dérive comportementale peut devenir suspecte et d'ici à ce que nous soyons tenus de le signaler, il n'y a qu'un pas que nous ne devons jamais franchir, mais ne nous y trompons pas, les pressions seront énormes.

Pour le moment, le Conseil National de l'Ordre des Médecins veille au grain en rappelant le caractère infailible du secret médical. La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme émet des réserves sur ce texte, notamment au regard des dispositions concernant les malades mentaux, mais seront-ils entendus ?

Le texte sera probablement amendé, certaines dispositions seront remises à plus tard, notamment la réforme de la Loi de 1990, mais les principes de base s'immiscent fortement et durablement dans le débat. Surveillance – Signalement – Transparence – Repérage des groupes à risque, tout ceci sans discernement et surtout sans le discernement médical indispensable pour un diagnostic précis et nuancé lorsque le cas le nécessite.

C'est l'idée même d'intimité qui est mise à mal dans ce texte et s'il est encore trop tôt pour dire ce que ce texte va produire dans la population, nous savons par contre que nous occupons une place auprès de nos patients qui nous permettra de percevoir assez rapidement les premiers changements. La parole sera-t-elle toujours aussi fluide, la réflexion sur les zones d'ombre propres à chacun sera-t-elle toujours possible ? Tout cela est pourtant indispensable à une prise de position éthique souhaitable chez chacun, mais une éthique non orientée. Si nous le perdons de vue, nous deviendrons des ré-éducateurs auxiliaires des forces de l'ordre pour faire rentrer dans le rang les déviationnistes et les patients ne s'y tromperont pas. Nous sommes donc aussi pleinement concernés par ce texte, tout autant que nos collègues du service public.

Enfin, si les professionnels reconnaissent la nécessité d'une réforme de la Loi de 1990, c'est au ministère de la Santé qu'elle doit se discuter et non au Ministère de l'Intérieur.

Le S.N.P.P., membre du Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie (CASP) s'associe aux démarches du Président Olivier Boitard, pour faire connaître l'hostilité de la communauté psychiatrique et obtenir des législateurs qu'ils reconsidèrent ce texte.

C'est donc pour le moment au sein du C.A.S.P. que nous agissons face à un danger, avant d'envisager s'il y a lieu à une initiative propre au S.N.P.P.

Yves Froger

Prédire... la classe !

Pierre Coërchon

Prédire la classe future (« délinquant ») d'un sujet en devenir, voilà bien le drôle de traitement politique actuel décidé, traitement auquel les psychiatres (comme d'autres intervenants du champ médico-social de l'enfance) sont invités à participer. Ce traitement s'envisage dans le cadre d'un vaste et ambitieux programme de prophylaxie de la délinquance par le biais d'une étape de dépistage des troubles du comportement chez l'enfant puis d'une étape de prise en charge de ces troubles visant leur éradication, l'ensemble s'intégrant dans les termes d'une démarche précoce. Le diagnostic, le pronostic, le traitement, la prévention ne sont pas des questions neuves pour les psychiatres. Pour nous, en tant que médecins, ces questions constituent même les fondements de notre démarche hippocratique, une discipline rigoureuse, certes ancestrale, mais dont l'un des soucis majeurs réside tout de même dans la tentative de se débarrasser de la crédulité et de la bêtise de la période antérieure dite de l'anté-médecine.

L'air de rien, il ne s'agit pas aujourd'hui d'une réforme, mais d'une rupture historique majeure qui consiste, dorénavant, à faire sortir ces fondamentaux du champ médical pour en faire commerce d'import ou d'export, selon l'humeur du moment, dans différents autres champs, social, politique, gestionnaire, marchand.

Dans le champ social, le traitement du trouble ne manque pas de s'exprimer en une plainte d'insécurité à l'adresse des dirigeants.

Dans le champ politique actuel confronté au désordre lié à la chute du référentiel collectif, les questions se traitent par la recherche du référentiel permettant d'ordonner la cohésion d'un ensemble. Faute de l'ensemble des ensembles, c'est une logique de tel ensemble contre tel ensemble qui va primer dans une relation binaire d'appui et d'opposition. L'unité des ensembles peut dès lors s'obtenir par la simple exclusion d'un des ensembles, calcul (mais lequel ?) en renfort. C'est le fameux fantasme de la fin, fin des malentendus et mésententes dans une heureuse harmonie enfin obtenue et un repos susceptible de s'éterniser. Peu importe d'ailleurs, comme l'histoire nous l'enseigne, si ce parfait accord s'avère meurtrier car la fin de la discorde par cette voie sonne souvent le glas de la culpabilité et du sentiment de responsabilité. Dont acte et avis aux amateurs de la bascule du traitement médical dans la logique catégorielle du traitement politique.

Le champ gestionnaire garde une vision plus simple du traitement : arrêt des comptes, crédit, débit, circulation des fonds, bilan. Doit-on considérer, à ce propos, le trou comme relevant du champ comptable ? Ou bien sommes-nous déjà dans le champ interprétatif ou « complexe » du mythe ?

Dans le champ marchand - le champ universitaire psychiatrique lui ayant offert sa place - il n'y a pas de problème. Le nouveau plan de prévention s'avère sans nul doute cohérent à sa logique de recherche incessante de nouveaux marchés.

Et si nous arrêtions de déconner.

Et si chacun retournait à sa place à l'intérieur de son champ. Un débat pourrait alors reprendre entre les différents discours malgré les discords de leurs intérêts divergents, nous permettant au moins de circonscrire les impossibles.

Alors, en Psychiatrie, pourrions-nous reprendre les légitimes questions posées dans les autres champs, tout en nous interpellant sur les risques de dérive hégémonique. Par exemple celle qui consiste à traiter comme une classe des sujets de faits particuliers présentant des manifestations symptomatiques à écouter, à entendre, à repérer logiquement et à traiter dans une rencontre singulière.

Prédire, pour un sujet qui s'y laisse avoir et ne s'en défend pas (par exemple pour toute personne paumée, à la recherche d'un qualificatif), ne laisse à ce malheureux ni la possibilité de dire ou d'acter quoique ce soit, c'est-à-dire le prive à coup sûr de son libre-arbitre, de sa possibilité de désir et de sa responsabilité. Cela garantit de le rendre fou et l'immunise d'emblée de la capacité à reconnaître son éventuelle faute.

Serait-ce ce qui est souhaité ou souhaitable ?

Pierre Coërchon

L'exclusion. La marque du contrôle !

Marc Maximin

Le progrès nous confronte à une déferlante d'images, d'informations qui pourrait nous faire croire à un lien social plus grand voire renforcé.

Mais nous sommes pris dans le paradoxe d'une pseudo-intimité qui ne dit rien, d'une dominante de la communication sur la réalité de l'échange et surtout le mythe de l'individualisme aux dépens du lien social.

On assiste à un triomphe sans partage de l'économie de marché et à un discours gestionnaire envahissant tous les champs de l'existence. Il n'est plus question d'idéologie mais de savoir, savoir gérer sa santé, son avenir, sa vie en référence à des normes, à un savoir unifié qui se veut comme une culture dominante et labellisée.

Pensée unique qui se veut efficace, qui nous aspire dans un fonctionnement de gestion, de technologie et qui nous met en difficulté de par son hégémonie et son pouvoir d'attraction.

Qu'en est-il dans le domaine de la psychiatrie de cette quête en technologie, de ces glissements sémantiques pour s'inscrire dans les classifications et de ce désir de transparence qui entretient le règne de la norme et du protocole ?

Technologie et psychiatrie : ne s'agit-il pas de liaisons dangereuses ?

Jamais il n'y a eu autant de progrès scientifiques en si peu de temps avec des conséquences thérapeutiques et une amélioration notable de la vie des patients. La psychiatrie comme toutes les autres spécialités médicales est confrontée à cette évolution avec une orientation du côté de la technologie. L'impératif technique déroule ses protocoles, ses examens, ses expériences, en un mot sa recherche pour un bien-être apparent et sélectif.

Tout cela se veut comme une approche objectivante et rationnelle des technologies, paradigme « d'une certaine idéalisation de la réalité » réduisant tout à ses composantes physico-chimiques, avec un rejet de la complexité.

Pour ce qui concerne la psychiatrie, cette biotechnologisation va l'amener sur un chemin ultra-compartimenté. Elle se retrouve représentée dans une dimension pathologie par pathologie quand ce n'est pas comportement par comportement notamment pour la dangerosité comme le préconisent certains. Ce fonctionnement repose sur un discours vide de toute trace d'interlocutivité avec comme caractéristique de rejeter le sujet hors de son champ pour produire du savoir et une norme applicable à tous moments.

Nouvelle morale, cadrant la pensée d'une option sécuritaire, là où elle devrait au contraire s'appuyer sur l'observation clinique et la responsabilité du passage, véritable cadre d'humanisation de notre travail.

Royaume du scientisme et de son application technologique où le savoir passe de façon de plus en plus fréquente par le carcan expertal de professionnels déliés de leur filiation représentative et de leurs pairs, sollicités pour donner la preuve et soutenir la politique du prince. Il suffit pour s'en persuader de voir ce qui se passe en pédopsychiatrie, avec toutes ces consultations où l'on voit se déployer une kyrielle de bilans avec une recherche tous azimuts d'un étayage scientifique pour une stratégie ciblée.

Errances, imposées aux jeunes et à leurs familles qui s'appuient sur des positions d'experts et des sachants de tous poils !

L'insoutenable perplexité théorique se transforme en une hyperactivité de stratégies et de recherches.

Dans cette perte de repères, cette mouvance actuelle on est interpellé par une quête de la vérité, d'un Autre qui ne trompe pas. Cette « science » apparaît alors comme celle qui maintient une exigence du vrai et le « social » mais aussi le « médical » deviennent hypersensibles aux sirènes du scientisme ambiant. À quoi bon échanger entre humains, si la science dit la vérité, la parole ne vaut plus rien, seul compte la voix des experts.

Par cette visée technologisante, la pédopsychiatrie actuellement dit sa défiance de la parole et sa récusation du symbolique.

De plus tout cela s'inscrit dans le réseau de santé mentale, grand fourre-tout hygiéniste qui veut fonctionner au moindre coût.

Tout ce qui sera à la marge et qui ne rentrera pas dans les normes va se retrouver en difficulté voire exclue. Les problématiques sont remplacées par des énumérations, sans aucune dialectique et on parle alors de jeunes qui ne rentrent pas dans les cases mais que l'on répertorie pour mieux les cibler.

Qu'en est-il dans notre secteur de tous ces jeunes qui ne trouvent pas de place et errent de consultation en consultation voire de période d'observation en période d'essai. Pour certains, il est posé le diagnostic de psychose déficitaire, mais ils sont trop psychotiques pour beaucoup d'IME, trop déficitaires et pas assez «

évolutifs » pour continuer en hôpital de jour et de plus ils dépassent la limite de l'âge...

Que faire de ces jeunes qui n'ont pas de places ou qu'on ne veut pas ou bien qui ne rentrent pas dans les normes du plan de santé mentale...

Que dire de ces « nouvelles populations », cas impossible qui embête tout le monde et qui se met toujours au lieu même où ça craque...

Des jeunes qui bouleversent le dehors et le dedans, jouant les notions de frontières, provoquant les frontières et faisant sauter les repères institutionnels.

Dérèglement d'un système institutionnel ainsi mis à l'épreuve avec aussi la rupture entre l'éducateur nourri par le tissage patient de liens, et le politique qui veut une réponse immédiatement visible et lui impose une obligation de résultat.

Ce rappel de la complexité a fait que les « progrès » de la biotechnologisation se sont trouvés rapidement limités.

Il s'est agi alors pour réagir à cette problématique de redéfinir la clinique en fonction de la diversité des stratégies thérapeutiques. Dans cette approche d'ajustement de la nosographie, on a « démembré » la clinique en symptômes identifiés, repérables et candidats à la pharmacopée ou à tous autres marqueurs biologiques. Le fait de « démembrer » la clinique pour son « bien-être », pour mieux démontrer son efficacité modifie les approches, la méthode et on n'aborde plus la clinique en termes de sujet mais en termes de maladies à traiter, de maladies en attente, de stratégies à adapter et à renouveler. Cette parcellisation, cette fragmentation de la maladie en termes de symptômes et de troubles, fausse ou plutôt oriente le débat...

Le glissement sémantique entre patient et usager est caractéristique d'une bascule qui ramène le sujet à un objet d'évaluation reproductible à merci...

Dans ce contexte de normes, de stratégies thérapeutiques protocolarisées, on met en place un savoir qui fait force de loi. Pour se convaincre il suffit de lire le rapport de l'INSERM sur la prévention et le bilan à 36 mois et la création d'un système de détection de signes de délinquance dès la crèche. Cette expertise compile, additionne des signes de comportement déviants, des troubles, des symptômes en référence à des critères statistiques de temporalité et d'aggravation.

Dans le domaine de la prévention il y a toujours un risque que cette dite prévention aboutisse à produire ce qu'on veut prévenir.

Dans le cas qui nous concerne on ne ramène alors plus l'enfant qu'aux facteurs de risques qui finissent par le représenter complètement et à devenir finalement son destin.

L'inconsistance, la nocivité et les dérives de ce rapport sont tellement manifestes qu'on ne peut que s'inquiéter et s'alarmer sur le fait même de sa parution avec une caution « scientifique ». Cela représente le début d'une nouvelle morale qui met à distance une réflexion éthique et vient gommer tout débat, toute contradiction pour laisser la place à l'expert savant, qui n'est plus le clinicien qui a fait sa preuve mais le supposé savant qui sait la preuve et décide de ce qui est conforme.

On assiste ainsi à une pratique sans la clinique qui devient un acte lié à un savoir qui ne questionne plus l'éthique et qui devient l'instrument d'un Autre (science, politique, marché). Les normes du bon soin n'auront plus qu'à se mettre à régenter la diversité, souvent tragique, toujours humaine de notre pratique enrobée du prestige de ce « scientisme » mais dans un champ dévasté, en ruine et avec un rôle de

collaborateur qui ne fera que renforcer la fabrique des exclus.

On perçoit que le moteur qui sous-tend toutes ces démarches, le critère opérant est de nature budgétaire et les protocoles de dépistages s'inscrivent dans ce schème qui est de faire au moindre coût et avec le moins de risque.

L'éclatement, le morcellement de la psychiatrie, a été la première étape de la destruction bien avant la reprise en main par le contrôle et les « zévaluateurs » en tout genre. Maintenant l'obsession calculatrice s'est emparée de tout le champ du soin avec le maître étalon qu'est l'évaluation qui répertorie et classifie en fonction des normes repérables et standardisées. Tout cela pour baliser et redistribuer le marché de la santé mentale et ainsi la planifier et la contrôler ainsi que tous les comportements sociaux et individuels.

« Le regard qui voit est un regard qui domine », la visibilité est un piège et ce désir de transparence est un leurre mais aussi un assujettissement.

Foucault rappelle dans « Surveiller et punir » le tour de force de cette relation fictive qui se referme sur celui qui, se croyant toujours vu, finit par interioriser la surveillance et en prend inconsciemment le relais.

L'homme doit se donner les moyens de sa liberté ; « Mieux vaut une liberté dangereuse qu'une servitude tranquille ».

Il faut que chaque individu puisse participer pour maintenir et améliorer nos systèmes de soins et de protection sociale. Notre défi repose sur notre capacité à une mobilisation politique de tous et la prise en compte des approches des plus défavorisés qui sont les premiers concernés. En ne permettant pas à chacun de participer, de décider et donc d'essayer d'être responsable, maître de ce qui le touche de près ou de loin, on le met en position d'exclu.

Comme le rappelle Karl Hauffen, l'individualisme moderne n'est pas une incidence, il a été organisé et planifié pour que les individus ne puissent se regrouper librement et s'entraider mutuellement.

Nous sommes dans une ère de postmodernité individualiste où toute véritable communauté, avec un sentiment d'identité et de solidarité, semble avoir disparu ou avoir subi le discrédit. Mais cette absence laisse les élites technocratiques sans contre-pouvoir susceptible d'endiguer leurs velléités de contrôle des esprits et d'ingérence sociale. L'émancipation individuelle consolide la domination de la technostructure et elle aboutit à ce paradoxe ; jamais les hommes n'auront été à la fois aussi bien portants et aussi malheureux.

Pour conclure et pour nous rappeler nos responsabilités, je citerai Thucydide : « Un citoyen qui ne fait pas de politique est un citoyen tranquille, mais un citoyen inutile ».

Marc Maximin
Marseille

Après les XXXVe Journées

Hélène Baudoin

C'est la mine déçue d'une jeune psychiatre croisée au cours d'une pause qui a guidé mon questionnement à l'issue de ces journées qui se sont déroulées à Chailles, ainsi que ses quelques phrases :

« À quoi vous sert de vous plaindre comme ça ? De passer votre temps dans la plainte ? Pour nous qui y croyons, c'est triste ! »

Je sentais qu'elle nous en voulait et j'ai eu envie de nouer un dialogue avec elle, de l'entendre parler de sa psychiatrie. Mais cela n'a pas été possible. J'ai trouvé un visage fermé et une absence d'intérêt de sa part pour ce que j'avais à dire, pour ce qui m'amenait vers elle, pour ma curiosité. Seulement ce reproche.

À moi d'être déçue. J'ai regagné ma chaise, avec ce trop bref « échange » dans la tête. Pourquoi n'a-t-elle pas saisi l'occasion de ce dialogue ?

A-t-elle raison ? Ne faisons-nous que nous plaindre ? Nos raisons ne sont-elles pas fondées ?

J'avais tenté de lui dire que nous aussi nous avons commencé notre psychiatrie avec espoir et croyance et que notre plainte était un vrai sentiment de souffrance qui pouvait peut-être simplement s'entendre. Je le crois sincèrement, nous traversons ou voulons prévenir d'authentiques états de souffrance.

Refuserait-elle de l'entendre ?

Est-ce là un des effets de cette coupure avec l'histoire que la standardisation a commencé à opérer chez les plus jeunes ?

Et puis sommes-nous uniquement dans la plainte ?

Il y a aussi de la colère ! Cela est différent ? Cela la dérangerait-elle ? Le conformisme est-il de mise maintenant ?

Bien sûr, tout n'est pas détruit mais anticiper, sonder le passé pour y trouver des leçons, se souvenir de ce dont il convient d'avoir peur, ne fait-il pas la preuve de notre vivacité ?

Comment aurais-je réagi si j'avais entendu mes aînés se plaindre, souffrir ?

Il me semble que j'ai surtout essayé d'entendre comment ils pensaient. Je me suis donné du temps pour juger. Je me suis montrée curieuse. Elle ne m'a pas semblé dans une même curiosité de comprendre.

Qu'est-ce qui a dérangé cette jeune femme ?

Pourquoi n'était-elle pas plutôt avide de questions ?

Qu'attendait-elle de ces journées ?

Parlons-nous encore le même langage ?

Ce que je pense comprendre à l'issue de ces journées c'est que les contraintes actuelles qui pèsent sur notre profession pourraient avoir cela de bon qu'elles nous obligent à augmenter notre vivacité à exister.

Le champ de l'autre n'est bientôt plus préservé par l'État, cet État républicain avec lequel nous avons construit petit à petit le confort (et non le luxe) de travailler à l'écoute de la souffrance dans des temps et des lieux consacrés.

Un confort accordé à tous, signe d'évolution de la société.

Aujourd'hui, l'autre est l'objet d'une commande visant à ne laisser aucun « trou » dans la consommation, et sa nature imprévisible est attaquée, jusque dans ses maladies qui doivent rendre des comptes et suivre les circuits vertueux tracés par qui veut pouvoir fidéliser les revenus dont elles deviennent la source. Nous aurons bientôt droit à nos forfaits Diabète ou forfait Schizophrénie... payables par virement automatique...

J'ai le sentiment qu'il va nous falloir apprendre à défendre ce territoire de l'altérité de façon de plus en plus pertinente et sans concession.

Il y a eu sur ce thème « **Hospitaliser ?** » une très belle intervention de J.-J. Martin parlant de l'hospitalité, comme accueil de l'autre, nous donnant la mesure du travail à accomplir.

Cela peut s'avérer passionnant, voire « dépoussiérant », là où le confort nous avait peut-être un peu endormis... Sans aucun doute nous n'avons pas toujours été à la hauteur...

Mais attention au risque d'épuisement...

Hélène Baudoin

Chroniques d'une psy du Centre

Aliette Largillière

À propos des DE : même si je fus longtemps coordonnée et en lutte pour mes honoraires, via le DE, et via le passage en force en S2, à l'heure actuelle, je n'en pratique plus depuis mars 2005, ou de manière infime.

À ceci plusieurs raisons :

- 1) La définition du DE a changé : il est applicable pour exigence de temps et de lieu du patient, mais non pour raison médicale.
- 2) La plupart des confrères ont appliqué des DE, maximum 40 \$ et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés s'est alignée, j'aurais dû prendre plus, les autres aussi.
- 3) je ne discerne plus de soutien potentiel des collègues si je continue à résister seule et je ne suis pas kamikase.

À propos des DA : utiliser les pénalités financières prévues par la sécurité sociale, pour les transformer en un plus d'honoraires, me paraît très pervers. Je n'en fais pas d'autant que petit cadeau de la convention signée, pas très médiatisé, il faut le dire, DE et DA sortent de l'activité conventionnée pour être taxés par l'URSSAF et la CARMF, comme le secteur 2.

À propos de l'accès spécifique direct : je l'ai défendu pour tous, et j'ai été écœurée de voir via des experts psy, qui plus est, que la population était partagée en moins de 26 ans et plus de 26 ans, ainsi que les 3 mois de vases-hésitations suivants, pendant lesquels régnait la pagaille, avant que l'avenant 10 sorte enfin. Encore plus écœurée quand j'ai constaté que les moins de 26 ans, sans médecin traitant étaient remboursés sur la base de 37 €, exit l'accès spécifique direct, car la jeune patiente, hébergée dans un foyer et en CMU, donc en tiers-

payant, me doit 3, maintenant 4 € pour que ma consultation soit honorée au tarif conventionnel !

À propos des arrêts de travail : certains de ceux que j'ai faits dans le but louable de remettre les patients au travail dans un état de santé correct ont été sanctionnés et immédiatement arrêtés par un médecin-conseil zélé. Comme le commenta à l'époque un de mes patients : *“heureusement que je vais mieux mais ils m'humilient, me culpabilisent, il y a 2 mois, je me serais suicidé”*.

Le pire, ce sont les horaires de sorties, dans le cadre de l'arrêt de travail : ainsi une patiente psychotique, ayant reçu un courrier de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, interdisant toutes sorties avait respecté à la lettre la consigne, donc pas de courses, pas de sorties, et une angoisse majeure ; face à cette iniquité, j'ai pris mon téléphone, devant la patiente, et hurlé au délégué aux professionnels de santé que la sécurité sociale allait déclencher une avalanche de syndromes persécutifs, et des suicides ; puis, narquoise, je lui ai dit que c'était sans doute le but recherché, le malade mental n'étant pas rentable ! Je transmets à mon syndicat, ce que j'ai fait, et au Canard Enchaîné ce que je n'ai pas fait.

Cet homme a été touché, sinistré même, a transmis en haut lieu à la même CPAM, et il a été promis de ne plus flageller les patients psy dès le lendemain ; depuis plus de problème dans le Loiret, pour mes patients, ni les autres que je sache.

Il me semble utile et nécessaire de dénoncer les abus de pouvoir de l'assurance-maladie, au téléphone, par lettre, aux Comités Paritaires Locaux, abus sur les patients, sur nous ; ou par voie de presse, si rien ne passe, et aux syndicats de psychiatres.

Montrer aux patients qu'on ne se laisse pas berner ou abuser est aussi pour moi, une mesure soignante

À propos des Affections de Longue Durée : le transfert de la rédaction des formulaires au médecin traitant, m'a inquiétée. Mon inquiétude est confirmée ; les affections de longue durée diminuent, ne sont pas renouvelées, les patients quittent la consultation, je me vois obligée d'enseigner au patient le parcours de soins, la déclaration du médecin traitant, pour qu'il puisse continuer à venir me voir et bénéficier du tiers payant, comme avant, non pour rentrer dans mes sous mais pour qu'ils continuent à être soignés.

Aliette Largillière
Orléans

Le diagnostic comme zone gâchette

Patrice Charbit

S'il s'agissait d'établir une grille selon les concepts neurobiologiques, les choses seraient simples : un savoir, une pseudoscience qui produit des handicapés et des standards dont le partenaire est représenté par les biens de consommation. Plus carré, tu meurs. Il ne s'agit que d'éléments aisément repérables.

Notre opération, la psychiatrie, est beaucoup plus complexe. Elle se situe à un carrefour. Celui-ci est historique et structural. La psychiatrie moderne consiste, depuis les années 50, en une alliance entre le médico-social, les médicaments psychotropes, la psychanalyse et un humanisme citoyen issu de la gauche et de la résistance dans un contexte républicain. Sur le plan structural, le carrefour psychiatrique devrait pouvoir se lire selon une grille qui aurait un pied dans la médecine et l'autre dans les sciences humaines ; mais il serait hautement regrettable de ne pouvoir identifier ce qui constitue la spécificité de notre matière. En quoi

consiste la spécificité de la psychiatrie ? Nous pouvons avancer qu'il s'agit du mélange de décisions ouvertement politiques, médicales et de l'opération psychanalytique. L'histoire de la psychiatrie vient souligner la dette de la psychanalyse à son égard, et comment oublier la dette de la psychiatrie envers la Révolution française ? Le centre de toute cette affaire est donc le principe d'égalité avec toute l'ambiguïté « humaniste » qu'elle comporte. Une grille opérante serait donc celle qui permettrait de repérer ces éléments dans une observation.

Avec le DSM, faire un diagnostic est un déclenchement de soins. C'est l'imposition d'une réponse avant même que la question ne soit posée. Les conséquences économiques de cette protocolarisation des soins sont grandes. Déclencher la machine au moindre soupçon peut s'avérer coûteux. En psychiatrie, le diagnostic est une impasse. Faire un diagnostic correspond déjà à entrer dans un discours médical alors qu'il ne s'agit que de n'avoir qu'un pied dedans. Quelle différence entre le discours médical et le discours psychiatrique ?

Médecine :

- La phase diagnostique correspond au discours du maître, des représentations sont organisées par le savoir, ce qui produit l'objet maladie dans la plus grande ignorance du sujet.
- La phase thérapeutique est purement universitaire ; faire correspondre un bien au savoir, ce qui produit beaucoup de standardisés.

Psychiatrie :

- Le discours de maîtrise, le diagnostic, s'orientent vers le politique ; la monomanie servait plus à combattre l'institution judiciaire qu'à définir le malade.
- La psychiatrie s'hystérise devant la violence de l'idéologie neurobiologique, s'excite, a ses vapeurs.
- Le discours analytique y a toute sa place dans la dimension heuristique et de dévoilement (production de S1), dans son démarrage à partir de l'objet, dans sa façon de mettre de côté le savoir établi, dans la place donnée à la subjectivation, dans la dimension d'invention.
- L'engagement du psychiatre : dans le soin ou dans l'être là. Ce qui implique une personnalisation du soin qui n'a rien à voir avec le déclenchement d'une thérapeutique après titillement d'une zone gâchette type DSM.
- La psychiatrie existe-t-elle sans l'éthique ? Il y a quelque chose qui déconne grave dans l'humanisme lui-même. Humanisme comme religion et idéologie. Pourquoi le principe d'égalité fonctionne-t-il alors qu'il est parfaitement faux ? La folie vient contrecarrer le projet humaniste. La folie comme hors raison est une impasse, c'est pourtant le projet républicain. Le sujet républicain est celui de la raison, Pinel ne reconnaît que celui-là. Le sujet de la folie est à la limite celui de la passion. La folie comme handicap est la suite logique de cette histoire, dans toute son horreur. L'État comme deuxième chance après les aléas familiaux, ce n'est pas l'égalité mais une tentative de sortir du destin. C'est ça qui a fonctionné. La folie remet à sa place, c'est-à-dire au placard, le standard et l'équation des lumières elle-même.

Evidence Based Medecine, "le retour" : au royaume des double-aveugles, les cliniciens borgnes devraient être rois

Alain Bonnet

Leur site français (dépendance de l'éditeur anglais RanD) a beau être en veilleuse et peu actualisé [<http://www.ebm-journal.presse.fr>], les tenants français de l'EBM auprès des décideurs et de l'INSERM continuent à bicher comme des gosses de maternelle qui viennent de trouver une grosse bille multicolore qu'un "grand" aura laissée derrière lui.

Heureusement N° 1... Il ne faut jamais désespérer de l'Homme et de la capacité que les errances ont de corriger leurs propres excès : les "grands", justement, qui ont joué avec cette bille, ont suffisamment d'humour pour déjouer la mise en conflit EvBM contre ExBM (evidence based versus experience based).

En effet la seconde s'adresse à l'Homme dans l'analyse des chiffres, l'autre cherche les chiffres dans la dissection de l'Homme.

Heureusement N° 2... Ceux dont on essaye de nous faire croire qu'ils sont des adeptes quotidiens – d'une manière générale les Anglo-Saxons, d'une manière singulière chez nous les Canadiens – sont capables de dérision vis-à-vis de leurs propres fétiches.

Aussi je ne résiste pas à reprendre ci-après le savoureux travail de confrères médecins dans le British Medical Journal (BMJ).

Alain Bonnet
Pontivy

Rôle de l'usage du parachute dans la prévention du décès et blessures graves au cours des épreuves gravitationnelles : revue systématisée d'études randomisées contrôlées

Gordon C S Smith, professeur, (Département d'Obstétrique and Gynécologie, Cambridge University, Cambridge CB2 2QQ), Jill P Pell, consultant, (Department of Public Health, Greater Glasgow NHS Board, Glasgow G3 8YU)

Correspondant : G C S Smith

Résumé :

Objectifs : Déterminer dans quelle mesure les parachutes sont efficaces dans la prévention des traumatismes graves en rapport avec l'épreuve de la gravitation.

Procédé : Revue systématique de la littérature en ce qui concerne les études randomisées contrôlées.

Sources : banques de données : Medline, Web of Science, Embase, et Cochrane Library ; sites internet et renvois bibliographiques pertinents.

Sélection des études : Études montrant l'impact de l'usage d'un parachute au cours de la chute libre.

Objet d'évaluation principal : Décès ou trauma majeur, défini comme un score > 15 à l'indice de sévérité de blessure.

Résultats : Nous n'avons pas pu identifier la moindre étude contrôlée randomisée en double aveugle en ce qui concerne l'action du parachute dans ce cadre.

Conclusions : Comme cela est le cas dans de nombreux cas d'interventions supposées protéger la santé, la question de l'efficacité des parachutes n'a pas été soumise à une évaluation rigoureuse via le recours aux études contrôlées randomisées en double aveugle. Les défenseurs de l'evidence based medicine ont mis en cause le choix de modes d'intervention validés seulement par les données d'observation clinique.

Nous pensons que tout le monde pourrait trouver bénéfice à ce que les tenants les plus radicaux de l'EBM organisent et participent comme volontaires à une étude randomisée en double aveugle avec groupe contrôle placebo concernant l'action du parachute lors d'une chute libre à partir d'un avion.

Pour lire l'étude détaillée, rendez vous sur le site : <http://www.ebm-journal.presse.fr>

ALFAPSY

5èmes RENCONTRES FRANCOPSIES

Neuchâtel (Suisse)

13 au 19 mai 2007

Neutralité en psychiatrie ?

Argument :

ALFAPSY poursuit son itinéraire à travers les pays où se pratique la psychiatrie francophone d'exercice privé en organisant « Rencontres Francopsies » et « Colloque Interpsy »:

- en France (Guadeloupe), RFP1 octobre 2000, Psychiatrie clinique et cultures
- au Maroc (Marrakech), RFP2 février 2002, Psychiatrie et clinique du sujet

- en Tunisie (Sousse), RFP3 mai 2003, Mutations cliniques en psychiatrie
- en Algérie (Ghardaïa), RFP4 mars 2005, Psychiatrie, jeunesse et société
- en Tunisie (Hammamet), CIP1 juillet 2006, Relation thérapeutique et médicaments en psychiatrie

Dans le prolongement de ces travaux, les « 5èmes Rencontres Francopsies », accueillies à Neuchâtel par la S.S.P.P, Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie, proposent d'aborder, en référence au statut de la Confédération Helvétique, la question de la neutralité classiquement considérée comme un des paradigmes de la psychiatrie. Or cette notion, rarement théorisée, est précisément l'occasion d'ouvrir le débat sur l'analyse que doit désormais entreprendre notre discipline dans ses rapports avec la mouvance mondialisée des idées, des peuples, de la science et des cultures.

Notre pratique, sollicitée entre art, sciences humaines et neurobiologie, interrogée par les manifestations de l'inconscient, convoquée face aux migrations et aux mutations cliniques, bouleversée au prix d'un engagement de sa responsabilité au quotidien, serait-elle réductible, au nom du principe de neutralité qui caractérise son enracinement dans le champ médical, à une conduite indifférente ou inerte ?

Le concept de neutralité, dans sa référence hippocratique, a déjà subi au fil de l'Histoire les effets de l'évolution épistémologique de la médecine et ceci est encore plus sensible en psychiatrie du fait de la mise en œuvre de puissants processus d'intersubjectivité. De son caractère « bienveillant » en psychanalyse jusqu'à sa forme de stricte application dans les conditions d'expertise, la question de la neutralité en psychiatrie mérite, aujourd'hui plus que jamais sous peine de désillusions futures, d'être attentivement examinée.

Quels en sont les ressorts ? Comment se manifeste-t-elle ? Quelles en sont les limites ?

Dans notre pratique peut-on indistinctement se référer, sans analyse précise de ses acceptions, au principe de neutralité en psychiatrie ?

Informations, renseignements, contacts :

www.alfapsy.org – www.psychiatrie.ch

L'action syndicale

Jean-Jacques Laboutière

Il n'est pas inutile de préciser le périmètre et les spécificités de l'action syndicale qui n'est pas toujours claire pour l'ensemble des collègues.

Position institutionnelle des syndicats

Sur le plan institutionnel, les syndicats de psychiatres ont collectivement pour mission de défendre les intérêts matériels et moraux des professionnels. Actuellement au nombre de huit, ces syndicats se sont pratiquement tous créés en vue de représenter les professionnels d'un mode d'exercice particulier. Seul le Syndicat des Psychiatres Français (SPF) conserve une ambition œcuménique et continue de représenter les professionnels de tous les modes d'exercice : service public, universitaires ou non, libéraux et salariés du

secteur médico-social. Tous les autres syndicats sont en revanche spécialisés et représentent un ou plusieurs modes d'exercice : le Syndicat des Psychiatres Hospitaliers (SPH), le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP) et le Syndicat des Psychiatres de Secteur (SPS) représentent les psychiatres publics non universitaires, le Syndicat Universitaire de la Psychiatrie (SUP) représente les psychiatres universitaires, l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP) représente à la fois les psychiatres publics non universitaires et des psychiatres libéraux, le syndicat Confédération Française de l'Encadrement-Confédération Générale des Cadres (CFE-CGC) représente les salariés du secteur médico-social et enfin notre syndicat, le SNPP, représente les psychiatres privés, c'est-à-dire d'exercice libéral ou salarié dans le secteur médico-social.

Cette spécialisation des syndicats est plus ou moins nécessaire dans la mesure où les modalités de dialogue avec les tutelles sont assez différentes selon le statut des professionnels. Ces différences viennent d'une part du fait que les interlocuteurs ne sont pas les mêmes selon le statut professionnel ; d'autre part du fait que la relation avec les tutelles est directe ou indirecte selon le statut.

Ainsi, le syndicat des psychiatres universitaires, de même que les syndicats représentant les psychiatres du secteur médico-social, ont des rapports assez directs avec leurs tutelles. En revanche, les syndicats de psychiatres publics non universitaires, de même que les syndicats représentant les psychiatres libéraux, doivent passer dans leurs relations avec certaines des tutelles par des centrales syndicales.

De surcroît, les tutelles ne sont pas les mêmes selon le statut. Si l'on peut considérer que tous les syndicats, quels qu'ils soient, ont toujours comme interlocuteur la Direction Générale de la Santé (DGS) et le Cabinet du Ministre en exercice pour les questions touchant à la santé publique, les interlocuteurs sont en revanche extrêmement divers en fonction du statut professionnel pour toutes les questions touchant plus précisément à l'exercice professionnel. Ainsi, pour les psychiatres publics ce sera la Direction de l'Hospitalisation (DHOS), pour les psychiatres du secteur médico-social les représentants des employeurs et la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS) et enfin pour les psychiatres libéraux les Unions Nationales de Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Nous nous bornerons ici à considérer le cas de notre syndicat représentant les psychiatres d'exercice libéral, dont les interlocuteurs sont donc au nombre de trois : la Direction Générale de la Santé et le cabinet du ministre, comme pour tous les syndicats, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des travailleurs salariés et désormais la Haute Autorité de Santé (HAS).

Mais, si un syndicat représentant les psychiatres d'exercice libéral, tel que le SNPP, entretient généralement directement des liens avec le Ministère et la Haute Autorité de Santé, il doit en principe passer par une centrale syndicale polycatégorielle de médecins libéraux dans sa relation avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

Ces centrales polycatégorielles sont en fait pour les psychiatres libéraux au nombre de trois : la Confédération Syndicale des Médecins Français (CSMF), la Fédération des Médecins de France (FMF) et le Syndicat de la Médecine Libérale (SML), les deux autres centrales (MG France et Alliance) représentant seulement soit des médecins généralistes, soit dans le cas de Alliance des spécialistes de blocs opératoires.

Évolution du périmètre de la représentativité syndicale

Par ailleurs, il faut aussi savoir que la place des syndicats dans la représentation professionnelle a énormément évolué au cours des dix dernières années. En effet, si historiquement les syndicats représentaient les professionnels dans tous les aspects de leur exercice, l'émergence des sociétés savantes depuis une dizaine d'années a profondément remanié le paysage de la représentation professionnelle.

Ces sociétés savantes ne sont pas à confondre avec les associations scientifiques qui existent de manière extrêmement ancienne en psychiatrie, telle par exemple la Société Médico-Psychologique. Leur objet n'est pas, comme pour les associations scientifiques, de fournir un cadre de travail au sein duquel les professionnels peuvent échanger et publier les résultats de leurs travaux.

L'objet de ces sociétés savantes est au contraire davantage de se positionner comme représentants des professionnels en direction des tutelles, donc de manière latérale aux syndicats.

L'apparition de ces sociétés savantes au cours des dix dernières années n'a pas été d'abord sans une certaine confusion dans le partage des rôles entre syndicats et sociétés savantes, ces dernières semblant parfois s'arroger les prérogatives des syndicats. Les choses sont actuellement en train de se clarifier, le rôle des sociétés savantes tendant à se stabiliser autour d'une position d'expertise pour répondre à toutes les questions d'ordre scientifique qui peuvent être posées par les tutelles, l'organisation des soins et la représentation des professionnels dans l'organisation des soins étant laissées aux syndicats.

Il ne faut cependant pas sous-estimer le profond bouleversement qu'a pu représenter l'émergence de ces sociétés savantes dans les dernières années dans la mesure où il est évident que cette émergence a incontestablement affaibli la représentativité des syndicats.

En psychiatrie, cette opinion peut être cependant nuancée dans la mesure où pratiquement tous les syndicats, à l'exception de deux, sont jumelés à une association scientifique qui participe à la société savante qui est pour nous la Fédération Française de Psychiatrie (FFP).

Enfin il faut savoir que, de même que les syndicats sont regroupés en centrales syndicales, les sociétés savantes se sont regroupées dans une Fédération des Sociétés Médicales qui prend de plus en plus d'importance en matière d'expertise pour les tutelles.

Conséquences de ces spécificités

De ce qui vient d'être exposé on voit que l'action syndicale, en psychiatrie libérale, pour être efficace, suppose donc deux préalables : d'une part être bien représentée au sein d'une ou plusieurs centrales syndicales, ce qui revient à avoir le nombre d'adhérents le plus élevé possible puisque la représentativité d'un syndicat de spécialistes au sein d'une centrale syndicale dépend du nombre de cotisations qu'elle peut verser à cette centrale ; d'autre part, du fait de la place incontournable désormais prise par les sociétés savantes, ce syndicat doit être jumelé à une association scientifique qui participe de manière aussi active que possible aux travaux de la société savante, ce qui suppose d'avoir parmi ses dirigeants plusieurs personnes suffisamment disponibles et motivées pour offrir à la fois la disponibilité en temps et la quantité de travail que cela suppose. En outre, la représentativité d'une association scientifique au sein de la société savante peut également dépendre de son nombre d'adhérents ; c'est le cas pour la Fédération Française de Psychiatrie.

On voit donc d'emblée que, à notre époque, les spécificités de l'action syndicale en psychiatrie dépassent largement leur rôle propre de représentation des professionnels pour les questions touchant à leur statut. En fait, il n'est pas excessif de dire que son action se joue autant dans son action propre que, sur le versant professionnel, dans le cadre d'une ou plusieurs centrales syndicales et, sur le versant scientifique, dans l'investissement qu'il fait de la société savante représentant la spécialité. En fait, un syndicat sera d'autant plus efficace qu'il arrive à mieux se faire entendre sur l'un et l'autre de ces versants.

Ces développements étaient utiles pour expliquer que, à notre époque, une grande part de l'activité syndicale reste invisible du fait du nécessaire investissement des superstructures qu'il lui faut investir.

Les psychiatres français à la WPA (suite)

Antoine Besse

(L'essai marqué au Caire a été transformé à Istanbul)

Comme vous en avez été informés lors des précédents BIPP (numéros 43 et 44), l'AFPEP participe ardemment au retour des psychiatres français à l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) qui regroupe aujourd'hui 114 sociétés savantes issues de 103 pays répartis en 4 continents et 18 zones régionales ayant chacune un représentant.

Les cinq associations françaises (AFPEP – Société de l'Information Psychiatrique – Association Française de Psychiatrie – Évolution psychiatrique – La société médico-psychologique) se sont coordonnées depuis deux ans afin de concentrer et d'unifier notre action internationale soutenue par la Fédération Française de Psychiatrie. La région WPA-Europe est de loin le continent qui regroupe le plus grand nombre de psychiatres (46 000 environ).

Ainsi, l'AFPEP, après avoir contribué à l'élection du président de la WPA, Juan Mezzich, (professeur au « Mount Sinai School » de l'université de médecine de New York) s'est jointe aux autres associations françaises afin d'agir sur plusieurs fronts : du côté européen au niveau continental et communautaire, du côté mondial, à l'interface WPA-OMS.

Sur le plan européen, nous avons fait élire au congrès du Caire en 2005 un représentant français pour l'Europe de l'ouest, qui a été nommé à la section internationale du Royal Collège Britannique et qui à Istanbul a mené, avec les 4 autres représentants WPA de l'Europe continentale, une réunion conjointe avec les représentants de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes et l'Organisation Mondiale de la Santé. Il y a été décidé de nous réunir chaque année lors d'un congrès des psychiatres de toute l'Europe (à l'instar de ce que font les psychiatres américains de l'Amérique du sud au sein l'APAL où ceux de l'Amérique du nord au sein de l'APA (USA) et de l'association canadienne).

En effet, l'Europe n'avait jusqu'à présent aucune instance semblable. Ainsi, nous pourrions donc à l'avenir réduire notre perte d'influence résultant du désengagement français et des Européens du sud tant au niveau mondial qu'europpéen. Jusqu'à présent, les Européens du nord, proches des positions dominantes anglo-saxonnes et nord américaines s'étaient souciés très sérieusement de leur engagement international. Par exemple lors de la préparation par la commission européenne du « Green Paper » précédant l'audition publique sur des questions de santé mentale, la France n'avait été représentée que par des experts nommés par le gouvernement et non par la Fédération Française de Psychiatrie non sollicitée. C'est notre nouveau représentant français WPA siégeant au Royal Collège Britannique qui a pu nous alerter et nous permettre de répondre à la commission européenne en tant que Fédération Française de Psychiatrie. Comme la tradition des auditions publiques encourage les sociétés savantes et même le public a s'y exprimer et non seulement les gouvernements des états membres.

Sur le plan mondial, la WPA est depuis plusieurs années l'interlocutrice privilégiée de l'OMS pour l'élaboration de la future classification des maladies mentales (CIM 11 – ICD 11) de l'OMS. Cette fois-ci, nous avons été invités par Juan Mezzich à participer très activement aux divers travaux préparatoires de la refonte de cette classification dans un sens plus proche de notre clinique française centrée sur la personne, au service de la personne et avec la personne (cf. BIPP n° 44). Chaque fois qu'il présente les travaux en cours, Juan Mezzich cite les États Généraux de la Psychiatrie de Montpellier (juin 2003).

Parallèlement à ces deux lignes d'action, nous devons saluer le ralliement à la WPA de L'ALternative Fédérative des Associations de PSYchiatry francophones (Alfapsy) présidée par un français (Vice-président de l'AFPEP) qui va devenir membre affilié de la WPA. Elle soutiendra les efforts de développement de la WPA vers l'Afrique et la francophonie insuffisamment représentée ainsi que ceux de la section WPA des pays émergents.

Une section des jeunes psychiatres est particulièrement ouverte à nos jeunes collègues, qui peuvent demander leur parrainage (invitation de deux d'entre eux au prochain congrès annuel WPA de Melbourne en novembre 2007) à chacune des associations françaises membres de la WPA.

Nous avons rencontré Juan Mezzich le 12 octobre 2006, à Marseille, en marge du congrès de la SIP qui l'avait invité à présenter son plan d'action 2005/2008. En accord avec nous, il veut rappeler les origines françaises de la WPA fondée par Jean Delay et Henri Ey. Il souhaite que nous organisions en France en février ou mars 2008 le premier congrès continental européen WPA.

Ainsi nous aurons besoin pour la réussite de cet événement réunissant les psychiatres de 50 pays des contributions du plus grand nombre d'entre vous.

Antoine Besse
Mantes-la-Jolie

Atelier AFPEP au congrès WPA d'Istanbul

Antoine Besse

L'engagement de l'AFPEP à ce congrès s'est concentré sur la tenue d'un workshop intitulé : «la psychiatrie centrée sur le patient en pratique privée». Il a réuni les exposés de cinq collègues membres actifs de l'AFPEP sur 3 sessions d'une heure trente. Il s'agissait d'exposés clinique et théorique sur la question du singulier et de l'universel en psychiatrie. Nous avons déployé notre vision clinique d'une psychiatrie centrée sur le lien, respectueuse de la confidentialité dans une pratique indépendante et inventive. Ce fut d'abord par des exposés historiques sur les fondements de la psychiatrie française issue des Lumières contextualisés et référés à une théorie. Plusieurs exposés de cas cliniques illustraient notre façon de travailler, la référence théorique principale étant la psychanalyse, mais pas seulement.

Chacun des cinq collègues avait traduit en anglais son intervention. Nous avons été rejoints par d'autres collègues membres d'associations amies pour la traduction des débats et discussions. L'enjeu principal de notre présence à Istanbul étant la fierté d'exercer en privé au sein d'un système de protection sociale qui permet le libre accès à nos soins de ville ou de clinique. Ainsi, notre pratique représente-t-elle pour le Monde une évolution novatrice dans la mesure où elle permet de garantir l'indépendance et l'inventivité des

pratiques. En effet, beaucoup de pays dans le Monde n'en disposent toujours pas et s'intéressent à nos modalités d'exercice.

Antoine Besse

Les Assises de la psychiatrie médico-sociale. Marseille - 30, 31 mai et 1er juin 2007

Marc Maximin

Au moment où, dans son ensemble, le secteur médico-social est sollicité - on pourrait presque dire sommé - d'étendre ses missions et de satisfaire des attentes de plus en plus nombreuses et précises, un temps de pause et de réflexion nous paraît s'imposer afin d'éviter que ce renouveau des demandes ne se traduise par des réponses par trop particulières, approximatives, voire inadaptées.

Le secteur médico-social est vaste, complexe et nous avons choisi de centrer notre réflexion sur le champ, à la fois particulier et déjà très large, qui allie une démarche de soins psychiques à une dimension d'accompagnement, par un ensemble de professions travaillant de concert.

C'est peut-être la raison qui nous a conduits au choix du mot « Assises » pour qualifier cette manifestation car il évoque une certaine stabilité et nous rappelle la nécessaire responsabilité à laquelle nous sommes confrontés, face aux conséquences des changements de paradigme, d'organisation et de structures que des lois récentes introduisent dans notre pratique.

Dans le champ médico-social, cet abord de la psychiatrie est caractérisé par une pluridisciplinarité - et même par une transdisciplinarité - très importante. Sans pouvoir citer toutes les professions concernées, on retrouve en effet dans ces équipes des infirmiers, des instituteurs spécialisés, des personnels socio-éducatifs (assistantes sociales, éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques), des psychologues, des psychiatres, des orthophonistes, des psychomotriciens, et des responsables administratifs (directeurs, gestionnaires) etc...

Alors que ce champ représente, une part très importante de l'offre de soins psychiques, que ce soit au cours de prises en charge ambulatoires : CAMSP, CMPP, SESSAD ou au niveau de ses structures d'accueil : IME, ITEP, MAS, ESAT, FAM, etc., on constate un certain isolement et surtout une méconnaissance de la valeur de l'ensemble de ses pratiques et de son savoir-faire.

Ce secteur s'inscrit en outre dans une évolution sociétale caractérisée par la montée de l'individualisme, de l'émancipation et du pragmatisme. Ce contexte entraîne une mutation profonde du fonctionnement collectif, avec un recours intempestif aux professionnels du soin et du social afin de pallier un manque en fait beaucoup plus général. Comme pour bien d'autres institutions, ces dérives, ont souvent pour corollaires une perte de légitimité et un discrédit à l'égard de leurs capacités spécifiques.

Dès lors, on assiste à une recherche permanente et éperdue de contractualisation, de consensus qui conduisent à des difficultés accrues pour chacun, à définir son cadre de travail, à tenir une place de responsabilité et enfin à se référer à une instance tierce ou à une autorité morale, qui soient garantes de la qualité de notre

exercice, en dehors des cadres et des protocoles assignés.

Le décalage habituel des contraintes administratives, managériales et financières, vis-à-vis des pratiques ne fait qu'accentuer, voire stigmatiser la problématique, de telle sorte que les professionnels du médico-social sont en difficulté pour "penser" leur intervention et "soutenir" leurs tâches. De plus, les changements permanents de références et les glissements sémantiques continuels, accentuent l'incertitude des intervenants, tout en détournant l'attention de la question du sens et de la nécessité du soin, au profit d'une logique de la maîtrise et d'un contrôle omniprésent.

Les enjeux sont donc cruciaux et la mise en place de ces premières "Assises", qu'il nous appartiendra de renouveler, s'inscrit dans une dynamique et un projet qui se veulent essentiellement constructifs.

Pour l'Association Scientifique de Psychiatrie Institutionnelle
Marc Maximin
Secrétaire Général de l'AsPi et membre du comité d'organisation.

*On visitera utilement le site des « Assises » : **www.medicosocial.com***