Sommaire du BIPP n° 48 - Juin 2007

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 48 au format PDF

Editorial : un beau métier - Olivier Schmitt

Motions 1 et 2 votées à l'AG 2007 de l'AFPEP-SNPP

Courrier aux MG à propos de la lettre de Rey-Jurin - Olivier Schmitt et Yves Froger

Position sur la psychothérapie des MG - Jean-Jacques Laboutière et Olivier Schmitt

FMC-EPP - Yves Froger

Courrier des lecteurs : Dr Thérèse Allainmat

Etude clinique - Patrice Charbit

Nouvelle clinique - Jacques Louys

Communiqué de presse sur la génétique

L'inné et l'acquis de Nicolas Sarkozy - Joseph Mornet

Compte rendu du CASP - Marie Kretzschmar

Compte rendu d'ALFAPSY à Neuchâtel

Editorial : un beau métier

Olivier Schmitt

Il doit y avoir autant de raisons diverses que de psychiatres pour s’engager et persister dans ce métier. Il me plaît à penser qu’il y a des points forts, et parmi les plus nobles.

Je pense à cette passion de la rencontre, toujours étonnante dans sa diversité ; à cet émerveillement devant l'intelligence de l'inconscient ; à cette extraordinaire complexité des moyens de défense de l'intégrité psychique.

Je pense à nos patients, à tout ce qu'ils nous apprennent de la vie, de l'humain ; à ces vécus sans nul autre pareil qui dépassent bien souvent la fiction ; à l'affection qui se tisse entre nous, aux phénomènes transférentiels que l'on tente de saisir, qui nous échappent encore.

Je pense à l'inventivité qui nous est nécessaire, à chaque surprise, à chaque instant ; à la subversivité inhérente à notre fonction ; aux repères psychopathologiques qu'il nous faut constamment remettre en question ; à l'écart qu'il nous faut mesurer, élaborer, négocier avec les conduites à tenir que nous avons apprises, avec les dogmes, les protocoles.

Je pense à la chance que nous avons d'être à l'interface de la psyché et du soma ; à la vraie science qui nous fascine et nous déroute ; à la confraternité qui nous lie, nous enseigne et nous réconforte.

Je pense à Henry Ey qui parle de pathologie de la liberté, liberté dont nous sommes devenus par ses propos les panseurs. Et pourquoi pas des penseurs de liberté…

Oui, je pense à tout cela que nous appelons la clinique.

C'est cette clinique que nous avons à soutenir contre vents et marées.

Du gros temps est annoncé, ce n'est certes pas nouveau et, grâce à nos combats, nous avons pu, bon an mal an, préserver notre travail dans ce qu'il a de plus fondamental. Tosquelles disait, non sans malice, que le jour où la Psychiatrie sera reconnue s'en sera fini d'elle. Ne nous étonnons pas que notre fonction dérange, c'est plutôt rassurant.

Mais cette tempête sera rude ! L'impression nous est donnée que tout peut s'effondrer tant le clivage des discours se creuse, le nôtre d'un côté, celui du bureaucratisme scientiste de l'autre.

La tempête sera rude pour nos patients d'abord : l'accès aux soins est en danger car, après la perte de l'accès direct, nous redoutons la perte de leur solvabilité avec la menace des franchises.

La tempête sera rude pour la psychiatrie clinique car la guerre est ouverte avec les puissances financières et de l'industrie.

C'est pour cela que nous nous impliquons autant dans les instances nationales et internationales.

C'est pour cela que nous investissons dans la recherche clinique.

La tempête sera rude enfin pour notre confort matériel car l'ONDAM* est ridicule pour la médecine libérale et les voyants sont au rouge. Nul doute qu'il sera difficile d'obtenir la pourtant légitime revalorisation de nos actes.

Merci à tous ceux qui nous soutiennent dans ce combat.

Olivier Schmitt
Niort

Motions votées par l'Assemblée Générale de l'AFPEP-SNPP le 17 mars 2007

Le samedi 17 mars nous nous sommes réunis en Assemblée Générale pour l'approbation du rapport moral, du rapport financier et d'un débat de politique général qui a débouché sur les deux motions que vous trouverez ci après.
Ce moment de la vie syndicale est important dans la mesure où il oriente le travail de l'année à venir.
La défense de la clinique a centré nos débats dans une période où se préparait l'élection du président de la république avec les inquiétudes que cela suscitait, face au constat que la psychiatrie était totalement absente des programmes.
C'est maintenant de l'élection des députés qu'il s'agit, et les perspectives pour la psychiatrie sont toujours aussi sombres.
Enfin l'AG est aussi le moment du renouvellement du tiers des conseillers nationaux. Ont été élus : Jean-Louis Place, Yannick Cann, Jean-Jacques Xambo, Anne Rosenberg, Dominique Jeanpierre, Didier Couturier.

Motion 1

L'AFPEP-SNPP réunie en Assemblée générale le 17 mars 2007, confrontée à des réformes et des projets de réforme du système de santé, se voit dans la nécessité de réaffirmer les principes fondamentaux de la Psychiatrie en cabinet médical et plus particulièrement ici dans ses rapports conventionnels avec l'Assurance Maladie. Ces principes restent les outils indispensables à toute efficacité thérapeutique et à toute pratique de qualité.

Qui aurait l'idée d'imposer à un artisan des outils dangereux ou contre-productifs ? Qui mieux que lui peut les choisir et les exiger ?

L'indépendance professionnelle
Jusqu'à présent, la signature d'une convention avec la Sécurité Sociale nous garantit cette indépendance professionnelle indispensable à l'ouverture d'un espace de création et d'invention nécessaire à tout processus de soin. Ainsi, intimité et indépendance professionnelle permettent que chaque patient soit entendu dans sa singularité. L'AFPEP-SNPP veillera comme par le passé à les conserver devant les risques assurantiels et technocratiques qui pourraient y porter atteinte. En corollaire, elle poursuivra ses efforts et ses actions pour que les psychiatres privés puissent rendre compte de leurs pratiques à leurs pairs dans des conditions respectueuses de ces fondamentaux.

L'accès aux soins et la solvabilisation des patients
La liberté de choix et d'accès au psychiatre doit pouvoir se faire à l'insu des autres intervenants sans pénalité ni stigmatisation afin que nos patients puissent venir nous voir sans retard. Pour cela, il doit être mis un terme à la diminution programmée du nombre de praticiens et à toute entrave punitive des malades hésitants ou peu solvables ainsi qu'aux effets pervers de seuil des systèmes d'aide médicale.

La confidentialité
La garantie d'une confidentialité la plus grande est indispensable à la liberté de parole des patients.
L'AFPEP-SNPP réaffirme sa lutte pour tout ce qui pourrait y contrevenir. Les exceptions strictement nécessaires à la conduite des soins ne doivent intervenir sans l'accord averti du patient.

Les référentiels
Tout au long du parcours thérapeutique de nos patients, nous utilisons des connaissances théorico-pratiques — très diverses selon la formation et la personnalité de chacun — qui nous servent de repères. Nous savons aussi que trop s'en rapprocher ne manque pas d'écueils. C'est la distance que nous entretenons avec elles qui fait la qualité du cheminement. Quel que soit le référentiel, une bonne navigation est à ce prix, et c'est

pourquoi l’AFPEP a élaboré le concept d’Écart-Qualité comme garant d’une pratique efficace et la moins iatrogène possible.

Le paiement à l’acte et l’unicité de notre acte
Le psychiatre libéral est payé pour s’occuper personnellement du patient au moment de cette rencontre essentielle que constitue la consultation thérapeutique. Critiquer cet usage revient à négliger un préalable nécessaire au respect de la dignité d’un sujet déjà fragilisé, qui, au-delà même de l’effet délétère de le mettre en dette — très variable d’une personne à l’autre —, trouve une sécurité indispensable dans le fait qu’il est à l’origine du paiement de son médecin pour s’occuper précisément de lui.

D’autre part, l’unicité forfaitaire de l’acte et de son paiement évite toute suspicion de tri des pathologies suivies, et laisse la place à l’inventivité indispensable à notre efficacité en évitant ainsi l’apparition de protocoles figés dans une nomenclature éclatée.

Motion 2

"Le psychiatre et les dérives de la demande sociale"

La pression de la demande sociale s'exerce de façon de plus en plus marquée sur la fonction et la pratique du psychiatre.

• Nous dénonçons l'exigence de transparence et la protocolisation du contenu des soins imposées par l'Assurance Maladie qui empêchent que nous trouvions avec chaque patient la conduite la plus adaptée à son cas dans le respect absolu de l'intimité et de la confidentialité.

• Nous dénonçons la recherche de gains de productivité appliquée à la santé sur le modèle de l'idéologie financière dominante et sous couvert de critères prétendument scientifiques imposant une rentabilité antinomique de l'aspiration des psychiatres à des soins de qualité pour leurs patients.

• Nous dénonçons l'appel à la délation et à la contrainte de soins, sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur, auxquelles le psychiatre se verrait expressément invité, selon les dernières propositions de loi sur la prévention de la délinquance traitant, entre autres, des jeunes enfants ou de l'hospitalisation d'office.

Si cette dernière proposition a été, pour l'instant, retoquée, l'énoncé même de celle-ci témoigne d'une dérive politique assignant à la psychiatrie une mission de contrôle des comportements prenant le pas sur la fonction de soignant.

Très attachés à inscrire notre pratique dans le champ social, nous dénonçons une telle dérive qui viendrait anéantir toute possibilité de soigner.

Nous réaffirmons les conditions inaliénables de l'exercice de la psychiatrie : la sauvegarde de la singularité de la relation soignante, la garantie de la liberté et de la confidentialité des soins.

Le soin n'est possible que si le psychiatre n'est pas en position d'agent de contrôle social.

Nous demandons solennellement aux candidats à l'élection présidentielle de prendre position sur cette question et de prendre l'engagement formel de garantir notre indépendance professionnelle.

Courrier aux MG à propos de la lettre de Rey-Jurin

Olivier Schmitt et Yves Froger

Paris, le 22 mars 2007

Cher Collègue,

Nous avons récemment pris connaissance de la lettre que les Docteurs Rey et Jurin ont envoyée au nom de l'U.ME.SPE à Mme Ségolène Royal, et dans laquelle ils dénoncent, entre autres, les retards de diagnostic pour les psychoses maniaco-dépressives du fait du parcours de soins, laissant ainsi planer l'idée d'un lien de cause à effet injurieux pour les médecins généralistes.

Comme vous le savez sans doute, le SNPP a toujours revendiqué un accès spécifique total en psychiatrie, non par défiance à l'égard des compétences des médecins généralistes, mais pour des raisons directement liées à la clinique psychiatrique, cette dernière ne se manifestant pas de la même manière selon le cadre dans lequel le patient s'adresse au médecin.

Nous souhaitons rappeler très clairement notre position afin d'assurer tous nos collègues généralistes de notre soutien et de notre aspiration à la refondation d'un corps médical libéral uni autour des idées fortes qui l'animent, loin des mesquineries qui surgissent lorsque les projets s'effritent.

Bien cordialement.

Dr Olivier Schmitt, Président du SNPP
Dr Yves Froger, Secrétaire Général du SNPP

Position de l'AFPEP-SNPP sur les compétences psychothérapiques des médecins généralistes

Jean-Jacques Laboutière et Olivier Schmitt

Paris, le 7 juin 2007

L’article 52 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 réglementant l'usage du titre de psychothérapeute vise à clarifier l'offre de soins afin de mieux assurer la sécurité du public. Cette clarification repose sur la prise en compte de la formation des professionnels autorisés à se prévaloir du titre de psychothérapeute qui sont divisés en deux groupes :

- D'une part les professionnels que leur formation autorise de droit à se prévaloir du titre de psychothérapeute : ce sont les médecins, les psychologues et les psychanalystes.

- D’autre part les professionnels n'ayant aucune des formations citées ci-dessus et qui devront suivre une formation complémentaire en psychopathologie avant de pouvoir porter le titre de psychothérapeute. Le contenu de cette formation complémentaire sera précisé par un décret qui n'est pas encore paru.

En autorisant tous les médecins à se prévaloir du titre de psychothérapeute, le texte de cet article pose problème dans la mesure où il implique que le tronc commun des études médicales serait suffisant à assurer la compétence psychothérapique. Les syndicats de psychiatres ne peuvent se ranger à cette lecture du texte.

Afin de situer au mieux les enjeux de ce texte, piégé par l'ambiguïté des termes « psychothérapeute » et « psychothérapie », trois niveaux de compétence dans le champ médical doivent être clairement distingués en préalable à toute discussion :

- Tout d'abord la compétence relationnelle que tout médecin acquiert au cours du tronc commun des études médicales par sa formation théorique en psychologie médicale et l'encadrement dont il bénéficie lors des stages hospitaliers. Cette compétence relationnelle commune à tous les médecins, ou en tout cas que leur position professionnelle exige, ne peut en aucun cas être assimilée à une « compétence » psychothérapique.

- Ensuite les diverses techniques psychothérapiques, généralement enseignées par des instituts privés, qui s'ordonnent elles-mêmes à une diversité de théories dont les principaux courants sont la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies systémiques, cette liste étant loin d'être exhaustive. Cette compétence dans une seule technique psychothérapique est généralement revendiquée par les médecins non psychiatres qui souhaitent bénéficier du titre de psychothérapeute.

- Enfin la compétence psychothérapique du psychiatre qui a constamment été théorisée par les associations scientifiques représentatives de la profession comme une dimension consubstantielle de l'acte du psychiatre et non pas comme une technique détachable de cet acte. Cela se traduit dans la nomenclature des actes médicaux par l'unicité de la lettre clef CNPsy puisqu'un acte de psychothérapie distinct de cette lettre-clef serait sans fondement. Cette compétence repose avant tout sur l'expertise psychopathologique et clinique acquise lors de la spécialisation en psychiatrie ; elle est le plus souvent complétée par une formation à la psychothérapie hors de l'université durant les années de spécialisation, généralement sous la forme d'une formation à la psychanalyse.

Cette distinction entre différents niveaux de compétence regroupés sous le terme unique de « psychothérapeute » éclaire le problème posé par l'octroi de ce titre à tout médecin. Trois questions surgissent d'emblée :

1°/ Modification de la nature des demandes

Tout d'abord, s'il est évident qu'un médecin non psychiatre peut valablement se former à une technique psychothérapique comme tout autre professionnel non-médecin pourrait le faire, l'autonomie particulière du cadre médical et la place symbolique du médecin peuvent poser problème.

En effet, contrairement au psychothérapeute non médecin, le médecin psychothérapeute sera confronté à toute la palette des états psychopathologiques, comme c'est déjà le cas, mais avec cette différence que l'affichage du titre de psychothérapeute placera le patient dans une position de demande radicalement différente de ce qu'elle est actuellement puisque le patient s'attendra à ce que le médecin puisse aussi répondre en tant que psychothérapeute, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle sauf pour les psychiatres. Cette position est totalement différente de celle du psychothérapeute non-médecin dont la compétence se repère dans la stricte limite d'une technique psychothérapique particulière dont l'indication a généralement déjà été posée en amont.

C'est donc avant tout d'une expertise clinique et thérapeutique en psychiatrie dont le médecin psychothérapeute aura besoin afin de parfaitement repérer les troubles et poser les indications de psychothérapie. Mais quel niveau de formation « intermédiaire » entre le tronc commun des études médicales et la spécialisation peut-on imaginer ?

2°/ Hiérarchie des fonctions

De surcroît, depuis l'instauration du parcours de soins, si le médecin est un omnipraticien, il est aussi l'acteur déterminant de l'orientation du patient dans le système de soins. Le fait qu'il puisse éventuellement conduire lui-même la psychothérapie s'il est formé à une technique adéquate ne doit en aucun cas interférer avec ce premier impératif de dépistage et d'orientation, ce qui suppose une formation différente, et bien plus approfondie, de celle qui sera exigée des psychothérapeutes non médecins.

Indépendamment de la volonté du médecin, le patient pourra-t-il comprendre que son généraliste l'adresse à un psychiatre alors qu'il affiche le titre de psychothérapeute ? L'affichage du titre de psychothérapeute permettra-t-il de concilier durablement ces deux missions ou bien va-t-il obliger les généralistes à se cantonner dans l'une ou l'autre ?

3°/ Hétérogénéité des conceptions de la psychothérapie

Enfin, la spécificité de la psychothérapie pour les psychiatres – dimension consubstantielle de l'acte – pose question quant à la légitimité de ces derniers à se prononcer sur une compétence psychothérapique réduite à une technique qui n'est pas leur objet. L'objet de la psychiatrie est la psychopathologie et c'est uniquement à ce niveau que les psychiatres devraient s'impliquer pour discuter de la possibilité des médecins non-psychiatres de se prévaloir du titre de psychothérapeute, les différentes techniques psychothérapiques demeurant du ressort des instituts qui en assurent la formation.

En conclusion :

Entre les capacités d'accompagnement psychologique communes à tous les médecins et les compétences psychothérapiques acquises par la formation spécialisée en psychiatrie, l'octroi du titre de psychothérapeute aux médecins non-psychiatres pose un problème spécifique qui tient davantage à la modification de la demande de soins qu'à sa compétence psychothérapique.

Le médecin affichant le titre de psychothérapeute va inévitablement voir s'adresser à lui en premier recours une population de patients attendant d'être pris en charge par lui quelle que soit leur demande de soins. Il sera de fait dans la position du psychiatre. Toute la question est donc de savoir si l'on peut assumer cette position sans en avoir la formation.

On peut donc considérer que la Loi reconnaît la consubstantialité d'une nécessaire position d'accompagnement psychologique à la fonction médicale de tout médecin. Il est de la responsabilité de l'Université qu'ils en acquièrent les compétences minimales durant leurs études de médecine. Il est donc inutile, redondant et problématique pour les raisons citées plus haut, d'autoriser les médecins à afficher une quelconque compétence de « psychothérapeute ». Être médecin implique de facto une position où l'on doit assumer une certaine fonction psychothérapique et ne nécessite pas une mention particulière. Seule une compétence technique particulière peut être éventuellement mentionnée par eux telle que « Psychanalyste » ou « Thérapies cognitives et comportementales » s'ils sont affiliés à une école ad hoc, ou encore « Titulaire du DESS de psychologie clinique » s'ils en ont le diplôme.

En aucune manière il nous semble nécessaire de créer une entité professionnelle nouvelle — que l'on aurait les plus grandes difficultés à définir — entre le médecin et le psychiatre.

Dr Jean-Jacques Laboutière,
Président d'honneur de l'AFPEP – SNPP

Dr Olivier Schmitt,
Président de l'AFPEP – SNPP

Le point sur la FMC et l'EPP

Yves Froger

Le cahier des charges pour obtenir l'agrément pour la Formation Médicale Continue a été finalisé fin 2006. L'AFPEP a déposé début 2007 un dossier de demande d'agrément dans les 3 collèges, médecins libéraux, médecins salariés du secteur privé, médecins salariés du secteur public. Nous avons tout lieu de penser que nous obtiendrons notre agrément.

L'objectif premier est que la participation aux Journées Nationales de l'AFPEP et aux séminaires de l'AFPEP soit validante pour la FMC pour tout psychiatre qui s'y inscrit, quel que soit son secteur d'activité. Nous ignorons si nous aurons une réponse d'ici octobre 2007 mais nous allons mettre en place dès les Journées du Havre les dispositions requises pour la validation. Cela consistera surtout dans les formulaires à remplir qui seront remis avec le dossier d'inscription et dans une information rigoureuse de notre indépendance vis-à-vis des pouvoirs économiques au premier rang desquels l'industrie pharmaceutique.

L'AFPEP s'est constituée en 1970 sur le concept d'interformation. La question de la formation des psychiatres a toujours été l'un des piliers de notre réflexion. Il est important qu'un organisme comme le nôtre soit à même de proposer des séminaires ou des réunions qui prolongent cette réflexion sur notre métier et les questions qui le traversent.

C'est le rôle de chacun des membres du Conseil d'Administration d'animer dans sa ville, ou dans sa région des réunions de formations locales.

L'agrément pour la FMC est un cadre à la disposition de chacun pour organiser, sous l'égide de l'AFPEP, des formations au contenu multiple.

Les exigences de l'agrément sont assez lourdes pour les petites associations locales très nombreuses chez les psychiatres, et qui organisent un très grand nombre de réunions de formations. Nous invitons les responsables à nous contacter pour mettre en place, s'ils le souhaitent et dans le respect du cahier des charges, un partenariat avec l'AFPEP permettant à ces associations de bénéficier de notre agrément.

Les exigences du cahier des charges reposent sur la rigueur scientifique et pédagogique de la formation proposée quelle que soit son orientation, sur l'indépendance vis-à-vis des puissances financières, et sur une méthodologie préparatoire rigoureuse. Nous ferons en sorte que ces tracasseries administratives restent simples et peu chronophages tout en permettant à nos petites associations locales de poursuivre leur travail sans dénaturer leur esprit.

Nous rappelons également dans le tableau ci-après les obligations légales de FMC pour chacun d'entre nous. Dans ces obligations figure l'obtention de 100 points pour l'EPP. Si les 2 obligations sont étroitement liées, l'agrément pour la FMC et l'agrément pour l'EPP sont deux démarches tout à fait différentes, la première auprès du CNFMC*, la seconde auprès de la HAS* ce qui est d'un tout autre ordre au regard des intentions normatives qui animent cet organisme.

Néanmoins, nous avons développé un projet (PARAP) qui est en phase de validation dans le cadre de l'agrément EPP de l'UNAFORMEC. Une fois ce programme validé, il sera validant quel que soit le cadre de sa mise en œuvre. N'importe quelle instance habilité peut en vérifier l'exactitude d'application (URML locale par exemple).

Nous vous tiendrons au courant de ces démarches et publierons le PARAP** dès sa validation.

Yves Froger
Lorient

** Le PARAP (Programme d'Action-Recherche Adapté à la Psychiatrie) est le dispositif que nous avons élaboré pour permettre aux psychiatres de valider l'EPP et la FMC en gardant l'esprit dans lequel ils

travaillent déjà la plupart du temps (groupes de pairs etc.).Il est fondé sur l'interformation et l'Écart-Qualité, concept que chacun utilise sans le nommer, c'est-à-dire que la qualité des soins en psychiatrie repose sur la possibilité de s'écarter des protocoles normatifs dans une démarche d'inventivité propre à chaque relation thérapeutique.

***

Règles d'attribution des points de FMC

Concrètement, 250 crédits à obtenir en 5 ans en 4 catégories de formations. Le médecin décide la date de départ qu'il souhaite pour la prise en compte de sa première action de FMC-EPP.

Catégorie 1 : Formations présentielles

8 crédits pour une journée (soit 16 crédits pour un séminaire de 2 jours ou 24 crédits pour un séminaire de 3 jours) 4 crédits pour une demi-journée ou une soirée.

Catégorie 2 : Individuelles ou à distance

8 crédits pour une journée

4 crédits pour une demi-journée ou une soirée

Abonnement à une revue : 2 crédits sans dépasser 10 sur 5 ans

Abonnement avec critères de qualité définis par le CNFMC* (test de lecture) : 4 crédits sans dépasser 40 sur 5 ans

Catégorie 3 : Situations professionnelles formatrices

Groupe 1 Staff ou réunion de salariés

Groupe 2 Missions d'intérêt général

Groupe 3 Formateurs

Groupe 4 Recherche et publication

Maxi 50 crédits par groupe au prorata du temps (plafond 100 crédits pour cette catégorie)

Catégorie 4 : Évaluation des pratiques professionnelles

100 crédits sur 5 ans suivant les critères de la HAS*.

La validation est obtenue si le médecin acquiert 250 crédits au minimum sur 5 ans, dont 100 dans la catégorie 4, 150 dans deux des catégories 1 à 3 (points majorés de 20 % s'ils sont obtenus dans le cadre d'un programme national).

***

* CNFMC : Conseil National de Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

Courrier des lecteurs

Thérèse Allainmat

15 mai 2007

Cher Monsieur, Cher Confrère,

J'ai reçu votre dernière lettre et soutiens, bien sûr, vos positions. Je voudrais ajouter que l'avenant n° 10 est en train « d'assécher » la demande de soins en psychiatrie de façon drastique. Les patients qui venaient nous consulter sont des personnes très culpabilisées. Et renforçant leur culpabilité on les empêche de consulter. Mes demandes de rendez-vous ont chuté de 80 % après l'avenant et ce phénomène s'amplifie. J'avais, au moins, deux demandes par jour et maintenant à peine une fois tous les dix jours.

Que deviennent les patients qui ne consultent plus ?

- Vont-ils voir leur généraliste pour un traitement médicamenteux ?

- Ne font-ils plus aucune démarche de soin au risque d'aggraver leur souffrance ?

Et pour les psychiatres, quelles répercussions auront ces réductions de demandes de soin ?

Ce sera probablement la fin de notre exercice de psychiatres-psychothérapeutes. Si bien qu'il va devenir nécessaire et urgent pour les syndicats de psychiatres de réactiver la proposition qui a été faite dans le passé, d'adresser au psychiatre les patients traités par psychotropes depuis plus de 6 mois par leur généraliste. Je pense qu'il faut le faire rapidement car, les effets de l'avenant 10 vont se faire sentir dans l'année qui vient.

Nous n'aurons sans doute pas la possibilité en 2008 de renouveler tous nos arrêts de psychothérapie et nos consultations risquent de se réduire fortement. C'est ce que veulent les pouvoirs publics mais pas nous !…

Et ces patients qui ne consultent plus, vont-ils grossir les rangs des gens sous psychotropes au long cours ? Vont-ils (je pense aux jeunes) se mettre à boire, à prendre des toxiques ? Les jeunes anglais qui n'ont pas d'autre « traitement » de leur souffrance psychique que l'alcool y ont recours de façon tellement importante que cela pose un problème de santé publique en Grande-Bretagne.

Lorsque l'on refuse d'entendre la souffrance mentale dans une société, elle resurgit sous les formes les plus graves. Je pense à ce qui s'est passé aux États-Unis à ce jeune coréen psychotique meurtrier de 32 étudiants. Ce n'est qu'une forme de réaction au déni de la souffrance psychique dans ce pays.

Merci de continuer à défendre la psychiatrie française. Individuellement, nous pourrons y participer en vous soutenant.

Avec mes cordiales salutations.

Dr Thérèse Allainmat
Rennes

Etude clinique

Patrice Charbit

Nous tenons à remercier tous les confrères qui ont participé à l'étude clinique menée par l'AFPEP, en faisant parvenir un témoignage de leur pratique.

Une première approche nous permet de souligner l'importance du concept de soin (au sens winicottien du terme) particulièrement dans les cas de psychose dont la fréquence revient de manière inattendue dans les différentes observations. Il est tangible que le travail auprès de ce type de problématique s'accompagne d'une solitude du psychiatre parfois extrême. Cette étude pourra être de surcroît l'occasion de partager des points de vue voire des préoccupations.

D'une façon plus générale, il paraît clair que les conditions techniques de la consultation psychiatrique sont prégnantes à définir une éthique de la consultation. Ses inflexions seront, à tout coup, reprises dans les conclusions définitives.

Nous pouvons préciser, à ce point de notre réflexion, que les interventions les plus riches de sens pour notre étude portent sur les observations les plus singulières et les plus remarquables dans leur originalité. Il s'agit de ne pas sous estimer la particularité de nos pratiques les plus journalières, nous sommes en effet coutumiers d'inventions au jour le jour dont il serait riche de témoigner, cependant, n'hésitez pas à nous envoyer, si le cœur vous en dit, « l'observation de votre vie de psychiatre » et ce, surtout si elle n'a pas été idéale.

En vous remerciant par avance de votre prochain envoi.

Pour le groupe d'étude : **Anne Rosenberg, Claude Gernez, Patrice Charbit.**

Point d'étape de l'étude clinique

La nosographie psychiatrique est dépendante du contexte socio-politique : c'est un enseignement de l'histoire et l'explication de l'exclusivité recherchée des DSM et autre CIM qui sont des instruments de gestionnaires, d'industriels et la source d'inspiration des protocoles actuels.

C'est l'illusion du protocole que de croire gérer les questions avant même d'y être confronté. Les seuls protocoles possibles sont ceux qui permettent aux questions de se poser, de prendre toute leur mesure, certainement pas ceux qui imposent que tout soit joué d'avance. Il n'y a pas d'intelligence artificielle du fantasme ou de la relation. Pourtant, rien de déraisonnable à imaginer que les planificateurs aient besoin d'indicateurs mais de là à se passer de diagnostic et de structure psychique, le moins que l'on puisse dire est qu'il y avait plus précis qu'une pure collection de symptômes. Toujours est-il que nous en sommes là, que les choses avancent à un rythme effréné et qu'il s'agit de marteler que la gestion n'est pas à confondre avec la thérapeutique, que, somme toute, elle n'est pas faite pour cela.

La santé est devenue une question de consommation qui ne repose elle-même que sur le temps du suspense et du court terme. Espérons qu'elle ne le soit pas toute et qu'il puisse persister des zones de paradoxes.

Pour notre part, nous sommes les héritiers d'une histoire, d'un patrimoine, dans un monde en mutation dont nous avons à prendre le pouls si nous ne voulons pas devenir obsolètes. Il s'agit de chercher à infléchir et de ne pas abandonner le terrain de la science.

Dans ce contexte, l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé s'est mise en tête, à travers une étude clinique, d'identifier au plus près la spécificité de l'acte psychiatrique contemporain. Nous avons à cet effet demandé aux psychiatres privés français de rédiger une observation qui leur semble paradigmatique de leur pratique et nous sommes en mesure de vous faire part de premiers commentaires.

Avant de tenter de cerner leur acte, il est stratégique de définir leur place. Les psychiatres sont en effet les seuls à assumer les confins de la médecine, de la médecine spécialisée, de la psychanalyse, du médico-social, de la philosophie et de la politique. Nous ne saurions trop insister sur ce point puisque c'est cette place qui se trouve aujourd'hui sur la sellette. Il est du souhait de beaucoup que nous ne soyons que des techniciens. L'exemple nous vient de la médecine somatique dont le fantasme de soigner l'organe malade et non le patient est chaque jour plus marqué.

Si seulement il pouvait laisser sa fonction cérébrale au vestiaire, que de soulagements il en résulterait pour nos gestionnaires. Je n'exagère en rien, il nous est demandé de soigner des cerveaux, et qui, parmi nous, pourra soigner un déprimé, un délirant ou un anxieux en exigeant qu'il laissât sa fonction cérébrale dans la salle d'attente ?

Qui pourra parler de ce lieu une fois la disparition des psychiatres consommée ?

N'est-il pas utile qu'un psychanalyste s'appuya sur le poids politique de la médecine ou qu'un philosophe s'ancra dans une pratique patente ?

Est-ce que la diversité de leurs formations ne leur permet pas des actes singuliers ?

N'y a-t-il pas d'actes spécifiques qui ne soient imputables qu'à cette diversité ?

Leurs pratiques au jour le jour et le degré d'inventivité que cela comporte ne sont-ils pas liés aux confins qu'ils occupent ?

Les premiers résultats de notre étude semblent aller dans ce sens. Toute la vigueur de cette étude repose sur le repérage d'actes spécifiques opérés d'une place singulière. Dans ce cadre, un protocole limité dans le temps et d'indication symptomatique, n'est que purement et simplement déplacé.

Nombre confrères insistent, notamment avec des patients psychotiques ou porteurs d'atteinte psychosomatique, sur la nécessité d'inventer un cadre qui ne sera aucunement exportable auprès d'un autre patient.

Loin d'une neutralité, fut-elle bienveillante, ils sont dans la nécessité d'éviter un diagnostic (beaucoup de patients sont malades du diagnostic au sens de l'étiquette), d'intervenir, de placer en première ligne la dimension de soin, de s'investir personnellement jusqu'à demander des contrôles, à inventer des cadres en fonction des modes d'élaboration possibles.

Vous sentez bien que cette étude vient mesurer l'investissement du psychiatre, l'écart qu'il est prêt à prendre de ses propres théories, de ses propres positionnements au nom d'une confrontation clinique.

Cette étude pose donc la question de la spécificité de l'acte psychiatrique, la place du diagnostic, le mode d'invention du cadre, la valeur de la nosographie qui n'est pas un préalable protocolaire mais un repérage lié aux conditions d'élaboration du patient.

L'ambition de cette étude est donc de cerner les conditions techniques qui permettront d'établir une éthique de notre pratique qui pourra elle-même déboucher sur des considérations politiques.

C'est au nom d'une éthique que les confrères prennent des distances de ce qui leur a été enseigné ou prescrit.

C’est de leur place, de leur confrontation avec la clinique, qu’ils inventent au jour le jour des prescriptions qui ne sont inscrites nulle part.

C’est cette éthique née de leur technique que nous voulons cerner.

Je voudrais pour ponctuer cette étape, insister une fois encore sur la dimension éminemment politique de la nosographie. Vous avez tous en tête l’extraordinaire levier que le diagnostic de monomanie a pu représenter, jusqu’à quasiment inventer la psychiatrie de la première moitié du XIXe siècle. Vous avez tous en tête combien le diagnostic d’hystérie a pu distendre « le lien odieux entre la femme et le prêtre » et soutenir de ce fait la Troisième République Française. Vous vous rappelez tous combien les diagnostics de neurasthénie puis de névrose obsessionnelle ont contribué à grignoter le territoire des médecins généralistes et autoriser ainsi l’installation des psychiatres en ville, ce qui a permis leur rayonnement dans la société civile et de ce fait les psychothérapies.

Nous sommes aujourd’hui devant de pareils enjeux, devant la nécessité de ne pas abandonner le terrain de la science aux indices boursiers et de défendre nos pratiques. Nous avons besoin d’une nosographie à notre mesure si nous voulons garder une incidence politique, un poids sur l’échiquier sanitaire.

La logique marchande des nouvelles nosographies, la complicité de l’université à cet égard, nous oblige, de facto, à nous démarquer nettement. Nous proposons, pour notre part, une éthique du diagnostic.

Elle ne peut être que liée aux rigueurs d’une pratique, elle ne peut être que dépendante d’un cadre d’élaboration, elle ne peut que prendre en compte des réalités subjectives, elle ne peut que prendre en compte notre patrimoine historique, elle ne peut être que déliée de tout étiquetage qui se révélera discriminatoire voire injurieux, elle ne pourra que chercher à éviter qu’un patient soit malade du diagnostic et se retrouve du fait du déclenchement d’un protocole invalidant dans une position de handicapé soit au-delà de toute thérapeutique curative.

Il en va du statut de nos patients comme de celui du citoyen qui doit pouvoir s’adresser à nous sans craindre un catalogage social qui le marquera à vie jusque et y compris sur des papiers d’identité informatisés.

Nous n’avons pas de plateau technique qui soit un lieu d’investissement du capital malgré les gros efforts pratiqués sur l’imagerie neurophysiologique et la logique marchande ne pourra essentiellement pénétrer notre champ opératoire que par le biais du médicament.

C’est donc là que doit s’exercer notre vigilance en veillant à ce que la nosographie soit indépendante des thérapeutiques médicamenteuses.

Une éthique du diagnostic, une nosographie qui tiennent compte du sujet et non du consommateur, les considérations politiques qui en découleront, telles sont les ambitions à terme de cette étude.

Patrice Charbit
Montpellier

Nouvelle clinique psy. Dis-moi la conception de l'inconscient que tu as, je te dirai qui tu es !

Jacques Louys

La conception neurologique de l'inconscient sert de base aux partisans de la théorie de l'émergence et des niveaux constitutifs du psychisme. Le développement de niveaux hiérarchiques de complexité neurologique finit par permettre à une conscience de surgir, on ne sait comment. La personne va pouvoir rétro-agir consciemment sur les niveaux inférieurs du psychisme. Il s'agit de changer les routines inconscientes et le mauvais conditionnement des réflexes qui rend malade dans une situation donnée. La thérapeutique qui s'ensuit est fondamentalement rééducative puisque c'est le handicap obtenu qui fait souffrir en fonction de la situation de vie. Sinon, on donne une compensation sociale sous forme d'une pension et d'aides diverses au "désavantage social" ainsi constitué pour le gommer. Et pour finir, un contrôle institutionnel vient limiter les conséquences des échecs rééducatifs.

En psychanalyse, certains sont très proches de cette vision des choses au point que leur approche « psychodynamique » est fondamentalement une pensée par niveaux de développement, souvent assimilée à une conception psychanalytique. L'inconscient est alors pensé comme une inscription qu'il faudrait décoder, ou comme un logiciel qui serait à "translittérer" pour reprendre le mot de M. Jean Allouch. On a des hiéroglyphes quelque part et il faut arriver à les formaliser en écriture avec nos caractères à nous pour les comprendre ou dans la phonétique de nos paroles conscientes pour pouvoir en parler. Il y a un déchiffrement littéral à faire de l'écriture inconsciente depuis ses inscriptions archaïques et enfantines.

Le Dr Sigmund Freud parlait ainsi de rébus à trouver. Il s'était d'ailleurs appliqué à construire une métapsychologie avec des stades à partir de 1905.

Les neurologues s'intéressent plus au matériel concret qui permet les conditionnements et les psychodynamiciens plus au logiciel qui en est la substance interne, mais leur rencontre actuelle est logique et conforte la vision de la construction hiérarchique et développementale du psychisme.

Toutefois, court en parallèle dans la psychanalyse, une conception jamais abandonnée depuis le Dr Freud qui est celle du conflit intra-psychique et du symptôme comme levée d'un refoulement après un temps de fonctionnement défensif plus ou moins efficace. L'inconscient est abordé comme processus primaire face aux processus secondaire du préconscient-conscient. Déplacements et condensations d'éléments mnésiques en sont les concepts fonctionnels clés, plus tard reformalisés comme métaphores et métonymies par le Dr Jacques Lacan. Elle s'oppose complètement à la précédente, celle par niveaux hiérarchiques.

Un implicite de cette autre conception est que l'inconscient n'est pas tant une inscription refoulée ou incomprise par son archaïsme, qu'un problème fonctionnel. L'inconscient est la mémoire de ce qui permet les articulations des éléments psychiques qui est proprement l'inconscient, plus que les "signifiants" en eux-mêmes du psychisme qui sont toujours activés en temps "réel", dans le temps réel de la vie virtuelle ou concrète et du processus secondaire. C'est la fonctionnalité articulatoire inconsciente qui permet le jeu d'accrochage et de décrochage des signifiants pris dans les pressions contraires des pulsions de vie et de mort. Cette conception fonctionnelle est plus proche de la conception biologique de l'homéostasie corporelle, à part que la contrainte en jeu n'est pas seulement la contrainte externe dont le corps aurait à se prémunir mais aussi la contrainte interne que la notion de pulsion indique. Il y a un raffinement progressif en biologie du maintien des équilibres lors de l'évolution et le psychisme humain serait ainsi la pointe la plus affinée du contrôle des équilibres. Mais ce ne serait pas seulement par l'effet d'une pression de sélection sous l'effet des désastres ou des avantages externes que cette homéostasie se serait affinée. Cette pression d'équilibres à maintenir serait aussi une pression intériorisée par le corps qui interviendrait pour son propre compte sous la forme de pulsions constantes antagonistes. Dans cette conception, la pulsion n'est pas l'instinct qui serait une énergie inférieure à contrôler et à diriger par des rétroactions suffisantes. C'est au contraire la clé fonctionnelle même des équilibres à maintenir en des jeux de contraires dans tous les types de relations humaines.

La différence avec les théories de l'émergence, c'est que cet affinage inconscient se fait toujours en perdant quelque chose. Les théoriciens de l'émergence ne veulent pas voir ce qui se perd quand une propriété

nouvelle surgit. Pour eux, si le verre devient transparent, c'est une propriété nouvelle qui advient et jamais une perte d'opacité. Mais là, c'est ce qui se perd en cours de route à chaque situation adaptative qui va être en question pour comprendre comment naît un problème psychique jusqu'à l'effondrement final et ce qui peut surnager après.

En biologie végétale existe une conception dont on peut s'inspirer pour comprendre cela, qui est celle de formation et d'information.

"Formation" vient du latin forma, forme. Une forme, c'est une manière d'être extérieure, d'où le mot "formation". Une formation, c'est quelque chose de complexe qui apparaît unifiée par un rapport de forme (Gestalt). Une formation en biologie végétale, c'est un ensemble de plantes qui présentent un rapport de forme résultant de leurs situations climatiques et édaphiques communes. Exemple : les plantes du maquis constituent une formation caractéristique, alors qu'elles sont pourtant de nature biologique très diverse. On comprendra alors que ce qui nous apparaît dans le "réel", ce sont des formations. L'"information", par contre, c'est ce qui échappe à cette mise en apparence en formation car c'est ce qui donne la forme, ce qui fournit l'information (dans l'exemple, la nature génétique des plantes) et non ce qui en résulte, la formation résultant des facteurs liés au sol (édaphiques) et climatiques, comme réunion des "accommodats". C'est la notion d'accommodat qui permet de faire le lien entre la formation et l'information.

Le mot accommodat vient du latin accommodatio d'où le terme "accommodation" ; en biologie, quand un être vivant est déplacé de son milieu d'origine, il peut présenter des modifications d'aspect ou de fonctionnement qui ne sont pas héréditaires mais qui le sont par accommodation ; par exemple de nombreuses plantes de plaines ont une taille réduite si elles sont semées en montagne ; dans le maquis, elles présenteront d'autres modifications typiques de la formation qu'on y rencontre. Le nombre de ses accommodats traduit en conséquence la plasticité écologique d'une espèce. C'est une réduction des potentialités de l'espèce dans une situation concrète, donc une augmentation de la précarité pour cette espèce. Il y a pertes successives par adaptations successives.

Nous voyons qu'en biologie végétale, les facteurs liés au sol et au climat mettent en relief la souplesse du génétique. En même temps, la notion d'équilibre entre les espèces s'est imposée avec vigueur dans les considérations écologiques modernes. Une formation n'est possible que si ses composants recréent un équilibre possible entre eux de par leurs échanges. Déjà en situation de précarité, les espèces accommodées vont déterminer une formation dont on voit bien la fragilité conséquente. Si tout se passe bien, après un changement d'environnement, une nouvelle formation se crée et arrive à tenir ses équilibres. Sinon, la formation s'effondre d'un bloc et un déséquilibre majeur apparaît avec surgissement inconsidéré de quelques espèces et disparition d'autres. Il y a alors réduction exagérée de la réalité et de la variété vivante une fois dépassée la limite de l'accommodation. C'est ce qui fait craindre aux écologistes des effondrements soudains (et proches !) des bio-systèmes une fois ces limites atteintes alors que la conscience politique, si elle ne nie pas les problèmes écologiques, croit toujours que l'on pourra agir par des corrections successives. Les politiques sont, hélas, toujours englués eux aussi dans les conceptions des théories de l'émergence et de la foi consécutive dans les rétro-contrôles possibles.

Les catastrophes du psychisme

Pour le psychisme, on peut comprendre les situations de crise et de surgissement des symptômes chez quelqu'un comme un dépassement des limites de l'accommodation du champ psychique relationnel entre humains et un effondrement de la formation qui concerne l'individu. La réduction où se trouve plongé l'individu n'est pas alors une réduction par passage à un niveau inférieur dont il faudrait l'aider à sortir, c'est la réduction affreuse des composantes de sa formation de vie après une catastrophe.

Pour ceux qui se rattacheraient à ce dernier courant, la clinique toujours à construire face au rouleau compresseur des cliniques d'une certaine acception de la psychodynamique puis maintenant "pragmatiques

anglosaxonnes", est une clinique fonctionnelle qui parle des équilibres et des déséquilibres du psychisme, des crises symptomatiques d'effondrement et des éventuelles néo-formations résultantes, instables et limitées. Ce qui est repérable par là même, formalisable et transmissible scientifiquement dans ces catastrophes et leurs conséquences n'est donc pas toute la clinique puisqu'il s'agit de la constitution de néo-formations qui ne sont pas forcément "typiques". Une part est typique et sert à établir une clinique raisonnée qui montre que ça ne s'écroule pas n'importe comment. Une autre part est à envisager comme atypique, ou instable et évolutive dans un bon ou un mauvais sens de façon singulière. Il est même possible que la fréquence des cas particuliers soit supérieure à la fréquence des tableaux cliniques bien individualisés. La description et l'étude de ceux-ci sont toutefois utiles pour aborder les situations concrètes de la clinique. Ils peuvent servir de point départ pour comprendre ensuite les différences singulières qui s'en écartent. Mais ces tableaux cliniques ne doivent pas aboutir à un gel de la séméiologie qui empêcherait de se confronter concrètement à la réalité évolutive de la maladie psychique. Pour une personne donnée, ces tableaux cliniques sont la plupart du temps provisoires en attendant que des dérives et des remaniements se produisent, pas toujours prévisibles et auxquels le clinicien doit savoir s'adapter avec souplesse.

Une clinique tellement réduite qu'elle se résume à des symptômes pathognomoniques ou à des collections statistiques de symptômes appariés : c'est ce que veulent absolument les tenants des classifications anglosaxonnes cherchant à mettre la psychiatrie dans le lit de l'Evidence Based Medicine. C'est une clinique si idéologique qu'elle met en danger l'éthique même du professionnel psy, qu'il soit médecin ou non. Au niveau de la prise en charge, cela se traduit par le calibrage du discours du patient à des normes au lieu de la recherche d'un nouveau discours qui aiderait patiemment la personne à retrouver un nouvel équilibre fonctionnel à sa mesure et à le stabiliser. C'est vraiment un problème éthique majeur.

Conclusion

La recherche clinique devient aujourd'hui un enjeu crucial dans le champ psy face aux comportements enragés des réducteurs de tête qui sont des utopistes croyant à une simplicité trompeuse de la "maladie mentale" et qui cherchent à imposer à tout le monde des référentiels dirigeant les pratiques avec contrôles à la clé. Fixer des protocoles statiques à des situations cliniques fondamentalement mouvantes est une sottise. Il est temps que ceux qui ont une pensée développée de physiologie réagissent et mènent la résistance suffisante pour maintenir un espace de liberté scientifique à la recherche clinique psy et à la pratique soignante qui doit rester absolument du "sur-mesure". Sinon, nous serons obligés de continuer une recherche clinique quasi-clandestine en profitant pour le moment des facilités de communication que permet internet.

Jacques Louys
Haguenau

Communiqué de presse sur la génétique

12 avril 2007
Peut-on être aussi irresponsable !

Comment, dans une position aussi médiatisée, peut-on proférer de telles inepties inspirées d'idées reçues rappelant les heures les plus noires de l'histoire de l'Europe ?

Comment peut-on briguer la Magistrature Suprême lorsqu'on est capable de soutenir des idées à l'emporte-pièce aussi stigmatisantes et ségrégatives ?

Comment peut-on se défausser de manière aussi caricaturale des responsabilités sociétales que l'on revendique par ailleurs en matière d'éducation, de soins et de cadre de vie de la population ?

Comment peut-on à ce point ignorer les effets désastreux de ses propos ? Si ces assertions venaient d'un simple citoyen, une Organisation Scientifique les traiterait parle mépris ; en ces circonstances, ne pas réagir reviendrait à les cautionner.

C'est pourquoi, l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé s'insurge solennellement devant les paroles du candidat à la Présidence de la République affirmant sa conviction sur l'origine génétique de la pédophilie et du suicide.

L'inné et l'acquis de Nicolas Sarkozy

Joseph Mornet

Libres réflexions à propos des déclarations sur l'inné et l'acquis de Nicolas Sarkozy, candidat à la présidence de la République Française.

Les déclarations :

« J'inclinerais, pour ma part, à penser que l'on naît pédophile, et c'est d'ailleurs un problème que nous ne sachions soigner cette pathologie. Il y a mille deux cents à mille trois cents jeunes qui se suicident en France chaque année, ce n'est pas parce que les parents s'en sont mal occupés ! Mais parce que, génétiquement, ils avaient une fragilité, une douleur préalable. Prenez les fumeurs : certains développent le cancer, d'autres non. Les premiers ont une faiblesse physiologique héréditaire. Les circonstances ne font pas tout, la part de l'inné est immense ». Dialogue avec le philosophe Michel Onfray dans Philosophie Magazine de mars 2007.

« Qui peut me dire que c'est normal d'avoir envie de violer un petit garçon de trois ans ? Quelle est la part de l'inné, quelle est la part de l'acquis ?.… Il y a des gens qui fument deux paquets de cigarettes et qui n'auront jamais de cancer et puis il y a des malheureux qui ne fument jamais et qui auront le cancer, pourquoi ? Parce que leur identité… il y a un terrain qui est plus propice et plus fragile ». Interview sur France 2 de début avril 2007.

« Je suis né hétérosexuel. Je ne me suis jamais posé la question du choix de ma sexualité. C'est pour cela que la position de l'Église consistant à dire que l'homosexualité est un péché est choquante. On ne choisit pas son identité… On a l'identité qu'on a. De la même façon qu'il y des gens qui ont tendance à grossir et d'autres pas, des chauves et des chevelus, des petits et des grands. Nous sommes 6 millions de migraineux. C'est totalement héréditaire. Ma mère est migraineuse, mes fils sont migraineux ». Entretien à Libération du 12 avril 2007.

Quelques réactions :

« La vision d'un gène commandant un comportement complexe tel que ceux conduisant à l'agressivité, à la violence, à la délinquance, à la dépression profonde avec dérive suicidaire, est ridicule et fausse… Cette conviction réaffirmée par le candidat de l'UMP à l'Elysée confirme ses liens idéologiques avec la nouvelle droite ». Axel Kahn, généticien.

« Grave est l'idée que l'on ne peut pas changer le cours de l'existence ». Monseigneur André VingtTrois, archevêque de Paris.

« Il y a des choses chez Nicolas Sarkozy qui me semblent aujourd'hui, et je le dis avec tristesse, proprement irrecevables, proprement inacceptables… Pour moi, il a franchi la ligne jaune dont j'ai consacré ma vie à dire qu'elle devait être tracée et respectée… Nous dire qu'il y a une prédisposition à la pédophilie, une prédisposition au suicide, que la génétique décide, ça n'est pas supportable… Dans d'autres cas, on se disait, c'est de la tactique, c'est du machiavélisme, il est en train d'aller pêcher les voix de Le Pen. Là, non, c'est quelque chose qu'apparemment il pense et je crois qu'une ligne jaune a été franchie ». Bernard-Henri Lévy, philosophe.

«Quelque chose d'extrêmement grave qui rappelle des choses qu'on a entendu à d'autres époques». Marie Georges Buffet, candidate du PCF.

« Signe d'un programme profondément réactionnaire et antihumaniste ».
Najat Belkacem, porte parole de Ségolène Royal.

« Interprétation idéologique digne de la scientologie » Jean-Marc Ayrault, député socialiste.

Le commentaire :

La déclaration de Nicolas Sarkozy ne peut être jugée comme un simple dérapage, pas plus que comme un argument de campagne : **elle s'inscrit dans une conviction et dans la continuité d'une politique** dont il est facile de suivre la logique dans le temps et dans les déclarations.
Ce « fil » conducteur est celui de l'eugénisme et du « fichage ».
Il dépasse, malheureusement, la seule personnalité de Sarkozy : il imprime tout un courant politique de la nouvelle droite.

Le projet de loi sur la délinquance et du dépistage précoce des troubles decomportement chez l'enfant sous-entend l'idée d'éléments constitutifs irréversibles dès le plus jeune âge de la personne : on naît, en quelque sorte, futur délinquant. Tout étant joué, l'action de l'homme politique ne peut consister qu'à établir un système pour empêcher de nuire ces futurs fauteurs de troubles. Les questions de pédagogie et l'éducation n'ont plus lieu d'être.

Le fichage des personnes ayant été l'objet de placements en psychiatrie s'inscrit dans un même processus de prédestination et d'inéluctable récidive. Il confond, de plus, trouble psychique et délinquance. Toute décompensation psychique ne peut être que le signe d'un risque inéluctable de répétition et donc de dangerosité individuelle en puissance. Quelle répercussion cette condamnation peut-elle avoir sur la personne ainsi désignée ? C'est la même logique que l'on retrouve dans la préconisation des fichages ADN, aujourd'hui pour les délinquants sexuels… demain pour les suicidaires ? A quand le code barre génétique gravé sur l'avant-bras ?

Le projet de statut de « psychothérapeute » s'inscrit dans une logique complémentaire. Reprenant l'évaluation de l'INSERM préconisant les thérapies comportementalistes et cognitivistes, seules efficaces à leurs yeux, il prévoit une formation universitaire des psychothérapeutes privilégiant ces approches par rapport à celles basées sur la psychanalyse et autres approches « humanistes ». On ne peut, en effet, qu'améliorer par conditionnement celui qui est victime de ses gènes. La psychanalyse ne peut être vécue que comme une science dangereuse puisqu'elle pose la question de la liberté de la personne à travers ses conditionnements posés comme l'interaction de facteurs multiples agencés organiquement les uns aux autres, individuels, collectifs et biologiques.

Enfin, **la notion d'identité** nationale reprend une autre dimension puisque dans sa déclaration sur France 2 ainsi que dans l'entretien à Libération, il associe directement « gènes » et «identité» : demain l'identité

française sera-t-elle lisible dans les gènes ?

Il appuie cette notion d'identité mêlée à l'hérédité **sur une base prétendument scientifique car biologique**, mêlant aussi bien la calvitie, que la taille ou la migraine à des choses d'un autre domaine que sont la sexualité ou la dépression. D'une part, il utilise la science d'une façon totalement abusive et erronée : ce qui est vérifiable physiologiquement est d'emblée annoncé comme forcément vrai. Il oublie par là aussi bien les notions de cause et d'effet (est-ce la poule qui fait l'oeuf ou l'œuf qui fait la poule) que celle des interactions entre l'observateur, son protocole d'observation et l'objet observé. Ces choses là sont des évidences reconnues actuellement aussi bien par les scientifiques que par les épistémologues. D'autre part, il oublie que tout être humain est d'emblée le résultat d'une rencontre de deux patrimoines génétiques qui, d'emblée, interagissent : la génétique est pensée comme clonage. C'est l'exemple étonnant qu'il donne : sa mère, lui et ses enfants liés dans une file clonée d'où tout tiers ou tout hasard est exclu. Lapsychanalyse aurait effectivement des choses à dire là qui pourraient, on le voit bien, être gênantes pour la construction tranquille et rassurante que veut établir Sarkozy.

Tout cela à un relent délétère d'eugénisme et de police.
Cet eugénisme, comme toujours, s'appuie sur des démonstrations biologiques : c'est ce qui a amené, ne l'oublions pas, à tous les asservissements et toutes les exterminations ethniques, de même que tous les rejets des « handicaps ». Par ailleurs, si tout est joué à quoi bon s'encombrer des notions désuètes de liberté, de justice et de droit ? Le responsable politique n'a plus à se soucier des « Droits de l'homme » puisque s'ils sont déclarés libres et égaux devant la loi ils sont en même temps déclarés non égaux devant la nature : la justice est remplacée par un savant rééquilibrage où l'on essaiera seulement de « corriger » au sens propre du terme : « corriger » des infirmités par des prothèses généreusement octroyées par le politique (sous forme d'allocation par exemple) ou, alternative qu'il ne faut jamais oublier, «corriger» au sens répressif, si ces « inégalités naturelles » entraînent un danger pour l'ordre social.

Tout est prêt, désormais, pour une organisation politique qui administre, sélectionne et classe. Tout est prêt pour un pouvoir policier qui scrute et enquête. La fonction de tout éducateur et de tout soignant est désormais réduite non seulement à celle de dresseur et de réparateur, mais aussi de dépisteur pour livrer tout individu potentiellement dangereux. Cette tâche, si l'on n'y prend garde, sera également dévolue à tout citoyen désormais chargé de « dénoncer » tout individu ou tout comportement individuel suspects. C'est l'avènement d'une société de surveillance où chacun peut être suspect aux yeux de chacun, structure que Annah Harendt a nommée en « pelure d'oignon » (chaque couche couvre une autre couche mais est aussi couverte par une autre), qui, pour elle, est signe des sociétés totalitaires. C'est l'avènement du citoyen transparent, réduit à son code génétique et à sa carte vitale, pistable à tout instant grâce à sa carte bancaire ou à son numéro de portable.

Joseph Mornet
Saint-Martin-de-Vignogoul

Compte rendu du CASP

Marie Kretzschmar

Lundi 21 mai 2007

Etaient présents : Madame le Dr Garret-Gloanec (SPH), Dr Batlaj (CFE-CGC), Dr Boitard (USP), Pr Bougerol (SUP), Dr Kammerer (SPF), Dr Salbreux (CFE-CGC), Dr Schmitt (SNPP).

Etaient excusés : Dr Cozic, Dr Faraggi, Dr Froger.

Assemblée générale :
Débat autour du rapport moral

1/Réflexions sur le Comité d'Action des Syndicats de Psychiatrie :

Dr Boitard : les Etats Généraux ont marqué un tournant. Le CASP permet les confrontations et évite les clashes. Quant à nos positions, nous recherchons l'unanimité au détriment peut-être parfois des décisions. Les statuts prévoient la possibilité accordée à un syndicat membre de se désolidariser d'une position, et permet aussi à chaque syndicat de soutenir en son nom propre la position d'un autre exercice.

Les colloques sont des moments importants, suivis de la diffusion des interventions aux adhérents de chaque syndicat

Dr Kammerer : serait-il possible d'aménager le calendrier de nos réunions selon l'urgence des décisions à prendre ?

Mme le Dr Garret-Gloanec : se voir régulièrement permet de garder le contact et d'éviter de devenir projectif.

Dr Salbreux : les pouvoirs publics et la presse considèrent le CASP comme réel interlocuteur parce que représentant tous les exercices.

2/Le titre de psychothérapeute :

Dr Boitard : le CASP est réticent à ce que les généralistes bénéficient du titre de psychothérapeutes sans formation, mais est favorable à ce qu'ils aient accès à une formation en psychiatrie.

Mme le Dr Garret-Gloanec : à la Fédération Française de Psychiatrie, tous sont d'accord pour qu'il n'y ait pas clivage du psychiatre entre sa fonction prescriptive et psychothérapique. Le ministère risque de soutenir ce clivage par mesure d'économie (non remboursement des psychothérapies).

Dr Salbreux : nous avons intérêt à harmoniser nos positions public : privé/médico social.

3/L'étude KOVESS :

Dr Kammerer : l'étude Kovess vient confirmer la division santé mentale/psychiatrie. Quelle position prend le CASP ?

Mme le Dr Garret-Gloanec : cette étude a une valeur épidémiologique et non clinique. Il serait intéressant d'avoir une représentation des prises en charge de chaque exercice.

Dr Schmitt : le SNPP travaille à une étude dans ce sens. C'est un énorme chantier. Il s'avère déjà que les psychiatres de ville suivent des cas aussi lourds que les psychiatres des hôpitaux en toute complémentarité.

Dr Salbreux : ce travail d'étude sur la prise en charge de chaque exercice serait très important et renforcerait le lien CASP.

4/Réforme de la loi de 90 :

Dr Boitard : le CASP partage le succès du retrait des articles de psychiatrie de la loi de prévention de la délinquance.

Dr Salbreux : les réunions au ministère sur la réforme se font autour de cinq thèmes :

- Autorité compétente et questions éthiques

- Soins ambulatoires

- Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

- Sécurisation et médicalisation des transports

- Troubles mentaux et dangerosité

Pr Bougerol : Chaque thème fait l'objet de deux réunions ; la première est un brassage d'idées, la deuxième devrait aboutir à des décisions. Le calendrier du gouvernement actuel prévoit d'aboutir à un texte pour la rentrée, ce qui ne permet pas un vrai débat de fond. La tendance est de passer du champ médical au champ social.

Mme le Dr Garret-Gloanec : notre situation n'est pas légitime par rapport à l'Europe et pose question. Le SPH regrette que ce débat ne se fasse pas en profondeur. Notre syndicat travaille cette question avec des spécialistes depuis plusieurs années.

Dr Boitard : l'USP défend l'idée de judiciarisation, de confier la décision de privation de liberté à un juge comme dans l'ensemble des pays de l'union européenne.

5/L'avenir :

Dr Boitard : dans le projet d'union des syndicats de psychiatres publics, le SPF n'a pas été invité. Par ailleurs, invitons-nous à nouveau le SPEP et le SPS dans le cadre de la confédération des syndicats de psychiatres ?

Dr Kammerer : sur le plan formel, le SPF aimerait participer aux réunions préparatoire du projet d'union.

Mme le Dr Garret-Gloanec : la différence public/privé va s'amoindrir au niveau des décrets et des textes.

6/le congrès de la WPA 2008 à Paris :

Ce congrès se tiendra à paris du 6 au 9 février 2008.

***

Le rapport moral est adopté

Le rapport financier présenté par le Dr Salbreux est adopté

Le bureau actuel reste en place :
Dr Boitard : Président
Mme le dr Garret-Gloanec : Secrétaire Générale
Dr Salbreux : Trésorier

***

Accueil d'Aline Picard, présidente de l'AFFEP
(Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie).

Aline Picard est interne en psychiatrie dans la région lilloise - Armentières - et présidente de l'AFFEP depuis décembre 2006. L'AFFEP a été créée en 1998 dans le but de faire lien entre les régions, d'autant plus que la formation varie d'une région à l'autre. Le financement de l'association repose sur les adhésions. L'AFFEP est en contact avec les syndicats d'internes, toutes spécialités confondues.

Le Dr Boitard présente le CASP en insistant sur la représentation de tous les exercices.

Aline Picard présente les positions de l'AFFEP :

La formation :
Nous essayons de proposer l'éventail de toutes les formations. Le congrès annuel a lieu début octobre, souvent aux mêmes dates que ceux du SPH et de l'AFPEP. L'association soutient les initiatives régionales diversifiées et fait circuler l'information (congrès, formations, stages) sur son site internet.

Rappel de la maquette actuelle :
- 4 ans dont

    - 1 an en pédopsychiatrie

    - 2 semestres hors filière (ceci varie selon les DRASS)

Dernières propositions :

- 5 ans dont

    - 4 ans en psychiatrie

    - 1 an hors filière pour les volontaires

Reste le problème du financement de la cinquième année.

La recherche :
Les cinq années sont des années de formation clinique. Suite à un questionnaire que l'AFFEP a fait circuler dans les régions, il apparaît qu'il n'y a aucune formation à la méthodologie à la recherche.

Pr Bougerol : il faut une réflexion de fond sur le contenu de la formation ; il y a un réel besoin de formation à la recherche qui s'avère difficile à décliner sur le terrain. La demande de tutorat est forte mais il est compliqué d'officialiser sur le terrain. Dans la proposition à 5 ans il est demandé d'augmenter le ratio en service universitaire : actuellement un semestre, deux demandés.

Aline Picard : les stages à l'étranger ne sont pas pour l'instant validés. Ce qui est fort regretté par les étudiants de chaque pays.

Dr Schmitt : l'AFPEP-SNPP propose d'inviter les internes dans les groupes de pairs, ce qui permet de découvrir l'exercice libéral. Serait-il possible que ceci soit pris en compte dans leur formation ?

Le Pr Bougerol y est tout à fait favorable.

Dr Boitard : Est-ce que l'AFFEP accepterait de participer aux débats du CASP, à ses réunions et manifestations et de bénéficier des informations ?

Aline Picard soumet la proposition du CASP lors du prochain bureau de l'AFFEP.

Marie Kretzschmar
Attachée de presse

Compte rendu d'ALFAPSY à Neuchâtel

" Impressions d'après Rencontres "
"5èmes Francopsies à Neuchâtel (Suisse) du 13 au 19 mai 2007".

Organisées conjointement par ALFAPSY (Alternative Fédérative des Associations de Psychiatrie) et la SSPP (Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie) sur le thème : " Neutralité en psychiatrie ? ", ces journées ont réuni de nombreux psychiatres venant d'horizons théoriques et géographiques très divers.
Etaient présents à parts égales des psychiatres d'Afrique du Nord et subsaharienne (Tunisie, Algérie, Maroc, Sénégal), de Suisse et de France.

À l'instar de la neutralité de la Confédération Helvétique, il est vite apparu que dans notre pratique de psychiatre ce concept relève d'un positionnement qui n'est en aucun cas neutre !

Examinée sous toutes les coutures, cette question a fait l'objet de débats animés et de communications tantôt exprimées de façon narrative tantôt présentées "propres en ordre"sous "power point"…

Loin d'une position aseptisée du soignant, loin de la paralysie dogmatique d'une stricte neutralité, loin de l'objectivation standardisée des symptômes à travers grilles et protocoles rigidifiés, loin d'un parti pris de normalisation, loin de l'indifférence ou au contraire de la manipulation, la neutralité est apparue dans sa dimension dynamique dans la relation soignante.

Au fil des apports des uns et des autres tout au long de ces journées, parler de neutralité a conduit à affirmer la nécessité de l'engagement du psychiatre dans la relation intersubjective, engagement présenté bien souvent comme condition de l'opératoire du soin.

Ont été abordés les rapports de la neutralité à la culture, à la science, au contexte politique et économique, aux conditions d'exercice très disparates, selon l'existence ou non d'un système de soins, selon la démographie médicale, selon que les soins sont remboursés ou non, selon la prévalence de l'économie sur la santé, selon la place dévolue à l'assurance privée…

Renvoyé à la question du désir d'être là en tant que soignant, le psychiatre est confronté à la nécessité d'inventer et d'élaborer en permanence. Il se trouve en position de résistant face à la demande sociale de normalisation et de transparence. Voilà à quoi nous a menés la question de la neutralité en psychiatrie !

La richesse des débats et le foisonnement des contributions montrent une fois encore combien il importe de partager notre expérience et de confronter nos références théoriques. Mieux comprendre l'organisation des différents systèmes de santé, s'adosser à la connaissance de ce qui se fait ailleurs nous donne un précieux atout dans la défense de notre spécificité de psychiatres !

Pour conclure sur la neutralité, il a été lancé :

- - un appel au témoignage de la clinique, par l'envoi d'observations (anonymes) à l'AFPEP
- - un appel à la défense de la psychiatrie de la personne, en participant au prochain congrès européen de la WPA à Paris en février 2008

La belle tenue de ces journées neuchâteloises est une invitation à participer aux prochaines francopsies qui se tiendront à Dakar en février 2009 !

Michel Marchand, Belfort

***

Le colloque de Neuchâtel était pour moi le premier colloque Francopsies auquel j'assistai.

Lors de la première journée consacrée à des exposés en séance plénière j'ai été frappée par le caractère immédiatement politique des exposés posant très explicitement en quoi la neutralité envisagée à titre systématique n'avait rien de neutre, ne pouvait pas être neutre. Peut-être était-ce aussi en relation avec les élections présidentielles françaises toutes récentes qui constituaient véritablement une sorte de toile de fond constante dans les échanges, aussi bien privés qu'en public.

Le terme d'engagement est revenu très constamment durant tout le colloque, tout en le déclinant selon les pays, les contextes de travail, les orientations des orateurs.

Il est bien évident que pour la plupart, les intervenants venaient de fort loin, Maroc, Tunisie, Algérie, Sénégal, Éthiopie, etc., ce qui en soi est déjà tout un engagement, d'où un ton direct et ne s'encombrant pas de précautions oratoires.

Tout aussi frappant lors des ateliers auxquels j'ai pu participer durant la seconde journée, était très sensible le fait que beaucoup d'intervenants et de participants se connaissaient déjà, du fait d'autres rencontres similaires précédentes.

Il en résultait une facilité de prise de parole, une liberté de propos extrêmement agréables et tout à fait propices à des échanges intéressants et engagés.

La dernière demi-journée fut l'occasion d'envisager un certain nombre d'actions, qu'il s'agisse de :

- - l'étude clinique proposée par l'AFPEP, fort bien accueillie,
- - l'invitation à participer au colloque de la WPA qui se tiendra à Paris du 6 au 9 février 2008 sur le thème : " Éthique, science et psychiatrie de la personne "

- - du projet des prochaines rencontres francopsies qui auront lieu à Dakar, au Sénégal, au début de l'année 2009 sur un thème encore à préciser mais pour lequel Félicien Adotevi souhaite qu'il concerne la question des femmes.

Après coup il en ressort de façon extrêmement forte un souci partagé de préserver la possibilité d'une clinique psychiatrique de qualité, non inféodée aux dictats du DSM, et la nécessité d'innover aux regards des différentes contraintes politiques, économiques, sociales.

Pour ma part j'ai été impressionnée par la qualité de la présence de nos collègues africains, leur vivacité, leur enthousiasme, à mille lieues de toute idée de découragement ou de morosité…

Donc en conclusion, tout à fait d'accord pour recommencer à Dakar !

Jacqueline Légaut, Grenoble