

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

Supplément au numéro 10 • 50 FF / 6,92 euros

Manifeste pour une refondation de la psychiatrie

Fragments I



éditions

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

Supplément au numéro 10

*Manifeste pour une
refondation de la psychiatrie
Fragments I*

S O M M A I R E

Editorial	3
Psychiatrie ? Vous avez dit psychiatrie ? Comme c'est bizarre !	5
Politique de secteur / Secteur de la politique	9
Confidentialité et mise en réseau informatique	13
Halte aux abus de la raison !	17
De l'obligation de soin à l'obligation de consentement	22
La logique de l'expertise et ses dérives modernes	24
Le délire économique	26
Petit glossaire de la psychiatrie générale ou les mots pour le dire	28

**Ont participé à la rédaction : Alain Abrieu,
Olivier Boitard, Alain Chabert, Claire Gekière,
Jean-Paul Godet, Jean-Pierre Legendre
et Vincent Perdigon.**

Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)
52, rue Colliard - 92240 Malakoff
Tél. : 01 46 57 85 85 Fax : 01 46 57 08 60

Psychiatrie ? Vous avez dit psychiatrie ? Comme c'est bizarre !

Dur...dur... Comment peut-on encore évoquer ce mot de psychiatrie en l'an 2 000 ? Au moins deux raisons majeures impliquent son éradication du champ de la parole.

L'opinion publique ! En dehors de toute hiérarchisation de valeur, nous évoquerons en premier un élément fondamental de toute prise de décision des « grands penseurs » : la *doxa*, cette sacrée opinion publique, objet de toutes les attentions, scannérisée sous toutes les coutures, le dit bien : la psychiatrie, ça fait peur ! Donc, il faut rassurer la population, la rassurer très vite afin d'éviter cette horreur que le progrès a pu définitivement écarter, éviter le surgissement d'un questionnement, une ébauche de pensée !

Convoqués sur le champ, les experts, gardiens zélés des RMO (Références médiatiques opposables) traiteront le problème, en supprimant le mot et parleront de santé mentale, souffrance psychologique, troubles mentaux : termes bien sûr tous pertinents mais non équivalents...

La complexité à l'index : vive la communication digitale ! L'autre raison conduisant à ranger la psychiatrie au rang des accessoires de l'histoire est son impossibilité à s'accommoder à une communication digitale, faite de noir et blanc, de oui non, rendant mal les nuances de la psychiatrie. La psychiatrie recouvre un champ complexe, sa définition est difficile. Elle évoque ces

concepts difficiles à appréhender qui, tels ces ponts fragiles, supportent un passage rapide mais pas que l'on s'y arrête.

Des débats ! Des débats ! Et pourtant il devient urgent (trop tard, diront les pessimistes-lucides, les aquoibontistes) de reprendre les débats contradictoires autour de l'objet de la psychiatrie au péril de la voir disparaître par dilution dans le champ de la médecine et du médico-social sous la raison énoncée de la logique économique.

Si l'hypothèse clinique du secteur, équipe pluridisciplinaire pour assurer une continuité des soins dans une approche bio-psycho-sociale de l'homme, disparaît, alors prière de diffuser en urgence et, sur le NET, bien entendu, l'annonce suivante : *recherche désespérément fil conducteur...*

La psychiatrie branche de la médecine. Si l'on fait remonter l'invention de la psychiatrie à la fin du XVIII^e siècle, 1^{re} moitié du XIX^e siècle, la médecine s'est préoccupée de la folie de la plus haute antiquité à nos jours.

Si l'idée de « guérir des maladies », puis d'apaiser des souffrances ouvre la psychiatrie au champ de la médecine, elle ne saurait s'assimiler à ce que l'on dénomme actuellement MCO : médecine, chirurgie, obstétrique. Filiation ne veut pas dire sœurs jumelles. La définition des maladies en psychiatrie n'est pas identique à celle utilisée en



MCO. Simple retard historique ou objet différent ? Nécessaire réflexion épistémologique à poursuivre. Toujours est-il qu'actuellement la psychiatrie doit revendiquer sa spécificité.

Le champ de la psychiatrie dépasse, même s'il l'englobe, celui des maladies mentales. Il n'est plus possible de fonder la psychiatrie sur une nosographie descriptive.

En tant qu'elle implique un trouble de la relation à autrui, la psychiatrie ne saurait s'intéresser qu'aux maladies, ni même qu'aux malades.

La psychiatrie dans le champ social : oui, mais... Les instances psychiques qui composent l'appareil mental se constituent, se différencient et s'organisent au contact du champ social.

La souffrance psychique s'intrique donc au champ social où elle puise certaines de ses causes, comme elle y manifeste certaines de ses conséquences.

Mais la psychiatrie court un double risque à y répondre trop vite, risque issu d'une double confusion : répondre aux plaies sociales par des emplâtres psychiatriques la dévoie, infliger le cautère d'un traitement social à la maladie mentale et aux manifestations sociales de la souffrance psychique, la nie.

Et la folie ? La folie est un aspect de la condition humaine. Historiquement décrite sous la forme du sacré, du judiciaire, du discours de la raison sur la déraison, la folie est actuellement « conceptualisée » dans le champ de la médecine et à l'intérieur de la médecine par la psychiatrie.

Si la psychiatrie a à voir avec la folie, elle ne saurait en recouvrir son champ. La folie est une dimension existentielle et culturelle du sujet, non réductible au seul champ de la maladie mentale.

Victoire de l'Union syndicale de la psychiatrie ? Cette chronique d'une mort annoncée devrait satisfaire l'USP, syndicat créé pour promouvoir une alternative à la psychiatrie et lutter contre l'asile. Illustration caricaturale de la polysémie des mots, des stratégies perverses des uns, la naï-

veté des autres, le carriérisme de certains : le résultat est là, l'asile a disparu, la désinstitutionnalisation se termine.

Quel est le courant psychiatrique qui a insufflé suffisamment d'énergie pour réaliser cette évolution ? L'économie de marché !

Les faux-amis. Dans une confusion dramatique où l'appauvrissement intellectuel prend le masque d'un scientisme arrogant et totalitaire, l'asile/lieu d'aliénation a été confondu avec les murs de l'asile, le secteur a oublié l'hypothèse clinique pour ne retenir que l'habillage administratif de l'aire géo-démographique et la liste pourrait se poursuivre...

Pouvoir penser ! L'USP, loin de se satisfaire de cette fin de la psychiatrie, entend poursuivre le débat d'hier, criant d'actualité, faute de ne pas avoir été soutenu par un assez grand nombre, débat sur la psychiatrie, sa validité, son objet, son utilité, sa nécessité... Elle promeut toujours un mouvement créatif où le retour à la pensée redevient une priorité, la question de la folie d'actualité et l'Homme au centre de tous les débats.

Projets individualisés ou Babel ? Si la psychiatrie doit ressortir du colloque singulier, le pluriel rend mieux compte de la diversification des théories et des techniques de soins. Cette variété, qui en fait sa richesse, induit également sa fragilité avec le risque « du retour de Babel ».

Cette diversité se concrétise dans la « palette offerte » pour les soins (nous ne détaillerons pas toutes les possibilités de structures aussi bien dans les champs publics, associatifs ou privés), mais aussi dans la définition de populations particulières requérant des approches spécifiques :

- critères d'âge : pédopsychiatrie, adolescents, géro-psycho-geriatrie ;
- critères de pathologies : alcoolisme, suicidants, déficients mentaux, toxicomanes, autistes, sida... ;
- critères de situations particulières : crises, urgences, milieu pénitentiaire.

Diversité également dans les techniques de soins :



soin individuel, de groupe, à domicile, aux familles plus ou moins élargies, dans la communauté...

Le tout inscrit dans un travail partenarial avec les structures sanitaires, médico-sociales, sociales, éducatives, judiciaires.

Choisir son camp. La psychiatrie doit revendiquer haut et fort sa fonction soignante.

Elle se situe du côté du patient et doit être, si besoin, l'amplificateur de sa parole.

Elle doit garder sa force libératrice, pour permettre à un sujet de trouver-retrouver sa place parmi les autres, et non le conditionner par des protocoles d'adaptation pour le mettre à la place que lui aura assignée la société.

Pourquoi des psychiatres ? La psychiatrie de secteur, praxis actuelle de référence pour l'USP, implique une équipe pluridisciplinaire. Les différentes lectures ainsi créées rendent mieux comp-

te de la complexité de l'objet de la psychiatrie, et évitent le risque du discours totalitaire dangereux dans le soin et dramatique dans l'utilisation de la psychiatrie à d'autres fins que le soin.

Dans cette équipe, les psychiatres doivent occuper pleinement leur place.

Approche globale du sujet. Le psychiatre, médecin, sait par son expérience que tout fait psychique, tout déni, toute pulsion, s'inscrit dans une réalité corporelle dont il doit tenir compte tant au niveau diagnostique que thérapeutique. Le psychiatre, psychothérapeute, prend en compte la dimension imaginaire et désirante essentielle à toute vie psychique.

Ainsi à l'interface de la psyché et du soma, se situant dans un champ aussi irréductible à l'une qu'à l'autre, le psychiatre prend en charge dans une relation transférentielle un sujet souffrant psychologiquement dans sa double dimension organique et psychique.





Des psychiatres en nombre. Le travail des psychiatres ne peut être fait que par des psychiatres. Ce qui devrait être une tautologie renvoie à l'objet même de la psychiatrie et dépend de la conception que l'on en a.

Seule condition de possibilité d'un travail de subjectivation. Considérer le patient comme un sujet est incompatible avec l'idée d'un psychiatre diagnostiqueur et orienteur qui appréhende le malade comme un objet.

Le diagnostic fait partie de la rencontre, et si le psychiatre est loin d'être le seul thérapeute, il faut lui laisser la possibilité de l'être et cela nécessite donc un nombre « suffisant » de psychiatres.

Les débats contradictoires : encore et toujours. Nous avons déjà insisté sur l'absolue nécessité de l'existence de débats d'idées, le plus grand danger pour la psychiatrie étant la désobjectivation qui prendrait la forme d'un savoir qui s'imposerait à tous sous la terrifiante égide de la vérité scientifique objective, indépendante de celui qui l'énonce.

Parmi de nombreux psychiatres, il y aura une multitude de discours (correspondant, nous l'espérons, à une multitude de pratiques !), discours multiples qui, par leur simple énonciation, se relativiseront et réintroduiront la dimension subjective du psychiatre.

Oui à l'artisanat, non à l'industrie. Seul un nombre suffisamment élevé de psychiatres permet un travail artisanal, seule pratique acceptable pour prendre en compte le sujet, le passage à l'industrie et au taylorisme transformant inéluctablement l'autre en objet de soin et non plus sujet de ses soins.

La psychiatrie : le leurre et l'argent du leurre. Et si la psychiatrie était un leurre ? Les incertitudes soulevées par la rencontre de la folie et de la médecine, amènent la psychiatrie de l'an 2 000 à se satisfaire de voir souhaiter sa disparition.

Un génial syndicat intitulait sa propagande élec-

torale pour les dernières paritaires : « psychiatrie-psychiatre : indissociables ».

La disparition concerne donc les deux facettes de cette bande de Moebius.

Du questionnement « angoissant », nous passons à la certitude « rassurante » : l'or pur de la psychiatrie rejoint la médecine somatique via les neurosciences et le reste se diluera dans le social.

Les seuls débats restants concernent la fondamentale question de l'allocation budgétaire, des points ISA et faute d'avoir des soins de qualité, dernier retour du refoulé : la qualité des soins...

Et les psychiatres ? Le numerus clausus et la pyramide des âges règlent leur sort.

Mais en attendant, nous sommes encore là !

La psychiatrie un leurre ? Oui et alors ? La fonction du leurre, c'est la vie !

Assumons totalement cette question et méfions-nous des châteaux de cartes qui s'écroulent trop vite.

Donnons plutôt à ce leurre les moyens de fonctionner efficacement et " évaluons " le leurre suivant avant de participer gaiement au massacre de la psychiatrie de secteur.

Réclamons donc l'argent du leurre !

C'est en marchant que le chemin se crée... Des réponses claires, précises, simplées : c'est ce que nous demandent les autorités de tutelle, mais aussi les patients, leurs familles, la population...

Assumons nos doutes, nos incertitudes. Garantissons, avec tous les labels AFNOR adéquats, que ces questions nous travaillent et alors cette apparente lacune deviendra la seule condition de possibilité de l'accueil de l'autre en permettant d'être prêt à tout réinventer avec le sujet qui se trouve en face de soi, nous rappelant ainsi que chaque histoire est singulière, même si les pratiques psychiatriques sont plurielles.

Politique de secteur Secteur de la politique

De même qu'il n'y a pas d'histoire de la psychiatrie qui ne soit liée à l'Histoire en général, il n'y a pas de politique psychiatrique qui ne soit un aspect localisé du Politique dans son ensemble.

1945, comme 1968, ne sont pas tant les dates d'événements (la Libération, mai 68) que les indices de moments « organisateurs » de notre histoire. Il nous paraît opportun, à l'aube du troisième millénaire, de revenir sur ces moments de mutation des pratiques et théories psychiatriques de la deuxième moitié du vingtième siècle.

1945. Le Secteur : une psychiatrie communautaire.

Écoutons un témoin acteur : « ... en 45, on a fait le coup des journées psychiatriques nationales... et je me souviens qu'à ce moment-là, je prends la craie et, comme on enseigne les mathématiques modernes, je trace un ensemble dans le département, une zone, un secteur de population (et c'est là que le mot secteur apparaît pour la première fois dans le discours public). » Lucien Bonnafé

Ce concept continuera à être travaillé et trouvera sa consécration officielle dans la célèbre circulaire du 15 mars 1960. Il faut resituer le contexte de cette apparition pour en saisir les intentions et les enjeux.

Lors du débat rapporté plus haut, la recherche d'une indépendance des médecins du service public par rapport aux établissements d'hospitalisation privée (ils sont alors très nombreux) est un élément important, mais l'idée va beaucoup plus loin.

Nous sommes au lendemain de la seconde guerre mondiale et de la résistance qu'elle a fait naître. Dans ce nouveau cadre historique et politique, c'est une nouvelle conception de la psychiatrie qui va pouvoir se penser. Certes, la découverte des camps nazis rend l'image de la « concentration » asilaire plus intolérable, d'autant que des milliers de malades y ont succombé « d'extermination douce ». Mais plus profondément encore, se forge une nouvelle représentation de la maladie mentale, à la lumière des travaux sur la psychogénèse et la sociogénèse de celle-ci, relativisant la place de l'organogénèse. Henri Ey, dont Jacques Lacan qualifiera l'œuvre de civilisatrice, propose de définir le champ de la psychiatrie comme celui des « pathologies de la relation ». « On n'est pas fou tout seul », avait déjà noté la sagesse populaire, « le fou, c'est celui qui est désigné tel » précisera Bonnafé. Ce mouvement est également lié à la pénétration dans le milieu psychiatrique, tant de la psychanalyse que du marxisme, ces « deux jambes » qui, selon l'expression de François Tosquelles, vont aussi soutenir l'autre grande avancée théo-



rico-pratique marquant la psychiatrie de l'après-guerre : la psychothérapie institutionnelle. Si la psychanalyse permet une lecture de sens dans une psychodynamique transgénérationnelle, le marxisme invite à une réflexion sur les liens unissant aliénation mentale et aliénation sociale.

La psychiatrie de secteur ne se veut pas seulement hors les « murs de l'asile » pour éviter les effets iatrogènes et désocialisants qu'ils peuvent induire, mais dans la communauté : lieu d'émergence du trouble psychique, à partir duquel peut se penser sa prise en charge et son traitement. La mise à la disposition d'un groupe de population (une entité géo-démographique, écrira-t-on) d'une équipe de santé mentale, tant pour des actions de soins, de prévention, que de post-cure, supposerait le dépassement de la référence à un individu isolable (et isolé) dans le moment de sa « maladie ». La référence à un « ensemble » comme le traçait Bonnafé, à une communauté interactive dans un cadre de vie, s'oppose à son morcellement par âge, par mode de vie, par expression pathologique... Une pre-

mière entorse à ce principe apparaîtra dans les années soixante-dix avec la notion d'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. Initialement, et le préfixe inter le souligne, il ne devait s'agir que de dispositifs de liaison, sur les problèmes spécifiques de l'enfance, au niveau de plusieurs secteurs de psychiatrie générale. Si l'appellation d'usage subsiste encore, les pratiques se sont rapidement clivées et, après la légalisation du secteur en 1985, le décret du 14 mars 1986 citera les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile tout court et ajoutera un troisième mode de sectorisation : les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Depuis lors, l'intersectorialité serait la solution miracle, permettant tout à la fois de rendre un hommage hypocrite au sacrosaint modèle du secteur tout en le démantelant et en le vidant de son sens originel : une technique de soins psychiatriques dans le cadre d'une politique de santé. Il ne s'agit évidemment pas de nier la nécessaire diversité des formes de prise en charge adaptées à des types de situations, ni de faire des secteurs de nouvelles baronnies, mais de rappeler que le





concept de « secteur psychiatrique » désignait d'abord une pratique thérapeutique et non seulement une zone de planification sanitaire allouée à un centre hospitalier, comme l'a fixé le cadre légal.

1968. L'antipsychiatrie : détruire l'asile.

Écoutons des témoins-acteurs : « *Il ne s'agit pas de proposer une psychiatrie « idéale » dans une société pourrie, mais de dénoncer ladite société. Nous nous battons sur ce thème et par tous les moyens.* » Comité d'Action Santé

« *Les psychiatres et l'ensemble des travailleurs de la psychiatrie ont certes bien des choses à faire transformer, humaniser, ouvrir leurs institutions. Mais peut-être que leur véritable responsabilité est à situer au-delà. Leur insertion particulière dans ce milieu résiduel les met en position de contester radicalement le statut et la méthodologie des Sciences Humaines, de l'Économie Politique et de l'ensemble des référents institutionnels sous-jacents au champ politique et social...* » Félix Guattari

Vaste programme. Il s'agirait de transformer nos rêves d'hier en projets d'aujourd'hui. Le décalage subsistera. Comment faire des projets d'hier, les rêves de demain ?

Il ne s'agit plus seulement de dépasser l'asile psychiatrique, mais la psychiatrie elle-même. Ce seront les antipsychiatries (anglaise, italienne...) portées essentiellement par les praticiens de la psychiatrie. Mais la critique de la psychiatrie peut-elle se réduire à la promotion, somme toute assez corporatiste, d'une psychiatrie critique ? Les projets les plus globaux entraînent alors les clivages les plus fractionnés et groupusculaires. Le tract cité plus haut du Comité d'Action Santé s'intitulait : « Garde-fous, arrêtez de vous serrer les coudes ! » Beaucoup d'entre nous en furent les témoins acteurs et l'USP, via le Syndicat des psychiatres en formation, puis le Syndicat de la psychiatrie, y prend son origine. Nous sommes loin de la recherche d'un unanimité consensuel, dénoncer l'erreur pour trouver la vérité excusera la naïveté. On parle alors beaucoup de réseaux, d'alternatives (certains

iront jusqu'à la « nouvelle résistance »). Avec le temps, ces termes seront repris par les discours officiels, de même que l'idée de détruire les asiles. Amère victoire à la Pyrrhus, comme pour le « secteur », ce sont les mêmes mots, mais ils ne désignent plus la même chose. Le chantier ne fut pas sans résultats, mais la vigilance et la rigueur s'y épuisèrent. La lutte contre l'usage du concept de secteur dans une planification bureaucratique ne saurait faire oublier les risques d'outil de contrôle social qu'il peut aussi générer. C'est pourquoi, à plusieurs reprises, l'USP a préféré se référer à la notion de psychiatrie communautaire et désaliéniste.

Il faut également souligner que ce mouvement va s'appuyer autant sur une recherche de techniques de soins que sur une démarche éthique et politique prenant en compte le sujet de droit que doit demeurer tout citoyen, fût-il réputé « fou ». La lutte contre l'exclusion et la ségrégation est en soi une démarche de soin et un préalable à d'autres démarches thérapeutiques. Passons à aujourd'hui.

2000. La psychiatrie maîtrisée : ne pas penser, ne pas dépenser.

Nous sommes tous témoins, mais y a-t-il encore des acteurs ? Derrière ce repère de double nullité, s'indique la fin d'un millénaire ou le début d'un autre. Nous laisserons ce sot débat aux faiseurs d'almanach. Les temps ont changé là où on ne les attendait pas. Après la chute du mur de Berlin, triomphe sans partage l'économie de marché et le système capitaliste qu'elle produit. On a annoncé la fin de l'Histoire et il ne devrait plus être question d'idéologies. Le savoir unifié impose une culture dominante labélisée, qu'il s'agisse du D.S.M.IV ou des conférences de consensus. Le débat nécessairement contradictoire, lieu d'une confrontation de points de vue, d'une lutte des idées, devrait permettre le fondement démocratique d'une politique. Aujourd'hui, nous voyons fleurir, dans toutes les instances conseillères des décideurs, des collègues d'experts ne tranchant plus au nom d'une opinion, mais en vertu de leur « science » validée par ces mêmes décideurs. L'expert n'est plus le



praticien habile qui a fait ses preuves, mais le supposé savant qui fait la preuve. Son objectivité serait garantie par son indépendance vis-à-vis de ceux qu'il est censé représenter, pour ne pas affirmer qu'il n'est dépendant que de ceux qui le nomment. Il a ainsi pu être déclaré que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (A.N. A. E. S.) représentait les professionnels puisqu'on l'a composé de professionnels. Ce mode de désignation de représentants officiels de corporations nous semble plus dans la logique de l'Etat français que de la République française.

La globalisation économique doit pouvoir s'appuyer sur une pensée unique. Les neurosciences réinscrivent les troubles mentaux dans les pathologies du système nerveux central, plus ou moins nuancées de facteurs environnementaux. Le sujet du génome remplace celui du discours. L'idéal d'un traitement spécifique par maladie,

que dément chaque jour la clinique, doit s'imposer pour stigmatiser un individu délié du collectif, et que soit évincée la subversion de sa folie. Pour recouvrir le tout, le mythe de la transparence efface le champ de la réalité.

L'économie de la santé s'inscrit sans écart dans l'économie générale et la « maîtrise des dépenses de santé », comme un équivalent de la « baisse tendancielle des taux de profit » annoncée par MARX, exclut l'analyse des besoins comme celle des profits. La politique gestionnaire s'installe comme une dictature technobureaucratique entendant encadrer, normer, un espace encore trop contradictoire, à force de P.M.S.I. et autre démarche d'accréditation.

La question n'est plus de savoir pourquoi résister, mais comment !

2001. La fin ou le début. Ou les deux, ou rien...

Confidentialité et mise en réseau informatique

Quelle en est la finalité ? Est-ce une évaluation qui doit conduire à une meilleure appréciation de la réalité, ce qui constituerait les conditions favorables pour une meilleure économie de la santé ? Ou bien organise-t-on une mise sous contrainte des dépenses de santé ?

Cet axiome est posé depuis quelques années et répété à l'envi dans la presse qui se cite : « On dépense trop pour la santé ! » De manière concomitante, sont apparus en France ces thèmes « trop de dépenses pour la santé », le libéralisme « trop d'Etat » et l'informatisation.

À quoi ça sert, comment ça se combine ?

La réorganisation, la réforme des pratiques de santé paraissent nécessaires. Ne serait-ce que pour s'adapter à l'évolution technique. Mais l'occasion est trop bonne pour ne pas tenter une réforme « libérale » du système de santé : soignons au moins aussi bien à un moindre coût. Le projet paraît ambitieux, il est surtout hypocrite.

On nous rebat les oreilles des modèles américains, anglais ou québécois qui seraient à imiter.

Or la presse s'est fait l'écho de l'état déplorable des hôpitaux québécois et britanniques. En France, les dépenses de santé sont deux fois moindres par tête d'habitant qu'aux Etats-Unis

(6 000 pour 12 000 F par an) où 1/3 de la population est exclue des soins.

Les systèmes sociaux drainent d'énormes sommes. On demande aux bénéficiaires de les faire fructifier, en attendant de les utiliser. On les appelle des investisseurs institutionnels (ils ont de l'argent à placer : E. D. F., Caisse des Dépôts, Assurances, Mutuelles, Sécurité Sociale etc...). Ils ont un rôle de volant d'intervention sur le marché financier. Ils participent de cette logique spéculative. Nous rappellerons pour mémoire la M. N. E. F.

Les enjeux financiers actuels (accélération de la spéculation, aspiration des capitaux par la bulle financière) sont-ils tels qu'il faille cerner, contraindre encore plus les dépenses de santé, alors qu'il y a reprise économique, donc augmentation des disponibilités, des ressources des systèmes sociaux (on entend moins parler du déficit de la Sécu) ?

Dépenser moins aboutit à plus d'argent disponible sur le marché financier et cela indépendamment du développement réel de l'économie de la santé, qui peut être créatrice d'emplois, d'innovations techniques, de richesses...

Tout cela pour mieux situer quel type d'informatisation a été choisi : **un système pyramidal,**



centralisé, calqué sur la division administrative en France renforcée par le plan Juppé, l'encadrement des établissements de soins par les agences régionales, la création de fait de superdirections régionales sans contre-pouvoir. Ce système utilise l'informatique comme vecteur et se veut un outil de gestion moderne, totalement rigoureux, centralisé et transparent : on voit quelle fantasmagorie bureaucratique est à l'œuvre. Cela n'aboutit certainement pas au moins d'Etat ni au développement des libertés individuelles.

Dans les textes censés guider cette organisation est réclamée la transparence des itinéraires de soins des patients. Plus il y aurait d'informations dans le système, plus transparentes elles seraient, plus la, plus les libertés se développeraient. Credo libéral !

En psychiatrie, on aboutit plutôt à la « traçabilité des fous ». Terme choisi à dessein de sa proximité d'avec la vache folle : recueil dans les unités de soins (hôpital, CMP, CATT) de l'activité médicale qui est liée, dans la fiche individuelle au diagnostic et surtout au nom du patient. Le contenu de cette fiche, télétransmis, sera stocké nominativement pendant des années dans la mémoire des ordinateurs des centres hospitaliers « Et vous serez bien contents de savoir dans vingt ou trente ans que Monsieur Untel a consulté un psychiatre lorsqu'il était enfant ! » nous a-t-on dit.

Actuellement, il n'est pas prévu que ce stock de données soit obligatoirement crypté. « L'informatique est sûre. » « Nous avons pris nos précautions. » « Nos méthodes sont transparentes. » De quoi exciter la curiosité et l'appétit de tous ceux qui auraient intérêt à savoir...

Quant au PMSI, son intitulé Programme de Médicalisation du Système d'Information est en soi déjà tout un programme et un aveu : le médical doit s'adapter au système informatique et non l'inverse. Il y a prééminence du système informatique centralisé, bureaucratique de l'administration sanitaire. Nous aurions pu simplement informatiser les systèmes médicaux. Le PISM ?

Tout cela se paye, au passage, par la pulvérisation, excusez du peu, du secret médical, de la confidentialité, de l'intime du patient. Et instaurer en quelque sorte la dénonciation du sujet, la trahison de sa confiance.

La clinique faite sans a priori, donc nécessairement dans l'incertitude, certainement pas dans la prédictivité, se trouve hachée par le langage binaire des ordinateurs. Ceux-ci ne fonctionnent que par couples binaires : oui-non, blanc-noir, haut-bas, ce qui a pour effet l'abandon de tous les aspects synthétiques de la pensée clinique : essayez de transcrire en langage binaire la moindre idée délirante, dont l'expression est nécessaire à la recherche du sens. On aboutit très logiquement à l'abandon des cadres cliniques classiques pour des échelles d'évaluation diagnostiques (DSM III-DSM IV, CIM 10, etc.), qui tronçonnent la problématique en symptômes indépendants les uns des autres. Cela donne un behaviorisme rudimentaire.

Les évaluations diagnostiques, les évaluations d'activité ne prennent pas en compte toute la complexité des phénomènes des pratiques. Elles en offrent donc une vision réduite. Cela concourt à la remise en cause de toutes les pratiques qui nécessitent du temps, des gens, des techniques relationnelles, soit en quelque sorte la condamnation de la psychiatrie du sujet, de la recherche du sens. Et la clinique qui s'y rattache va-t-elle être envoyée au musée ?

Il suffit de décrire les bonnes manières de faire. En découle une psychiatrie de protocoles. Il suffit de suivre la check list ! L'idée du protocole est de lier une collection de symptômes à une efficacité médicale thérapeutique, vérifiée sur le plan statistique. Pas besoin de chercher le sens, il suffit de savoir que ça marche. Et si ça ne marche pas, on change de protocole. Et surtout, ça devient quasi réglementaire. On ne s'y reconnaît pas, et pour cause, mais on est conduit à consentir à ce fonctionnement avec une certaine réticence : consentement sans consentir, se renier soi-même, renier les fondements mêmes de nos cadres cliniques, cela modifie insidieusement nos pratiques.



Tout cela a quand même un peu de mal à passer auprès des collègues. On a donc chargé la mule : le MYTHE SCIENTIFIQUE. Avec le recueil de données, on ferait non seulement de l'évaluation médicale, de la gestion, mais aussi de l'épidémiologie : imposture intellectuelle. Et le tout dans la perte potentielle de la confidentialité, du secret professionnel ! La dénonciation, la trahison du sujet est-elle à l'ordre du jour ? Comme la fiche par patient fait partie du dossier médical, le fichier sera-t-il saisissable du fait de la commission rogatoire d'un juge zélé ? Ou bien sera-t-il dévoilé par décision de l'autorité administrative ? Comment par exemple les fichiers SONACOTRA sont-ils passés à la police des frontières ?

Tout cet ensemble mène au totalitarisme. Le fond de l'ère effraie...

Au développement de la « rigueur » de ces outils informatiques, répond, comme en écho, l'accroissement de l'intolérance à la différence,

l'augmentation de l'exclusion du soin psychiatrique : où sont passés les patients chroniques ? En CHRS, en prison, à la rue ?

LES CONFINS DU SECTEUR, C'EST LE RESTAURANT DU CŒUR.

L'outil informatique, la fiche par patient nominative, le PMSI, conduisent à élaborer des trajectoires homogènes de patients. Donc des protocoles, une prédictivité des destinées (où couré-je, où vais-je, as-tu vu, etc.) ? Surtout, des coûts. Malheur à ceux qui n'y entreront pas : « Vous deviez être guéri de votre délire en un mois... Vous passez donc du statut de malade actif à celui de malade chronique. Vous n'aurez droit qu'à des soins médico-sociaux. »

Une raréfaction médicale certaine.

Il est grand temps de séparer radicalement, nettement, l'information médicale de l'administra-





tion hospitalière. Qui plus est sous quelles vérités la gestion se ferait ?

En effet, qu'advient-il au système informatique le plus transparent quand il véhicule des données faussées ?

Comme aux Etats-Unis, où pour conserver un minimum de secret à leurs patients, les médecins avouent pratiquer le mensonge, la dissimulation.

La trop grande disparité des situations risque de faire mettre sous la même rubrique des données différentes. On additionnera des carpes et des lapins.

Les décisions de gestion se prendront-elles, au bout du compte, sur quelles vérités, sinon celles des intérêts qui dominent le système : la volonté politique économique du moment ? Cette logique rejoint étrangement un autre totalitarisme qui développait un appareil statistique on ne peut plus sophistiqué : le PLAN était dit juste et rempli sur des données fausses. On en connaît le résultat.

Autrement dit dans ce système d'évaluation, de globalisation, du PMSI, comme le faisait joliment remarquer l'un d'entre nous : « Là-dedans, plus tu pédales, plus tu dérailles, plus on t'apprend à pédaler. »

Et comme l'écrivait MANDRIKA dans le livre *Comment devenir maître du monde* : « Dans un monde de cyclistes, seuls les sophistes se graissent la patte, les autres freinent. »

Le libéralisme mourra de son hégémonisme et de son hypocrisie. La gestion informatique de la santé est censée être libérale (pour qui ?) Elle porte en elle des germes totalitaires, hégémoniques, étatiques, bureaucratiques. Sur la même puce : notre identité, notre compte en banque, notre dossier de soins.

Rien ne justifie le stockage centralisé de données nominatives.

Pour élaborer l'économie de la santé, les gestionnaires n'ont besoin que de données statistiques agrégées, anonymes. Pour évaluer l'incidence, l'évolution des formes de telle ou telle maladie, l'épidémiologue n'a besoin que de la trace, la description des systèmes pathologiques, sans le nom des gens.

Ce qui semble justifier ce stockage nominatif de données personnelles est la mise en perspective du pouvoir pris ou prenable sur le sujet, qui perd le contrôle des informations qui le concernent. C'est une image moderne de l'aliénation.

Quelque chose échappe et ça n'est pas dans l'inconscient ! Mais le nom, l'identitaire : dans le fichier ! ...

Quand va-t-on sortir de cette confusion entre évaluation, gestion et rapports de police ?

Halte aux abus de la raison !

Il y a quelques années, une campagne de publicité américaine définissait une molécule antidépressive, dans un livre devenu célèbre, comme « *la pilule du bonheur* ». Il y a tout intérêt à prendre au sérieux cette histoire, et à ne pas la réduire à une « erreur de communication » ou de « casting » (les pays européens auraient dû être tenus en dehors de cette campagne). Cette histoire est tout à fait significative du délire scientifique auquel nous sommes confrontés ainsi qu'à ses effets pragmatiques. Bonheur est un mot grossier, un de ces mots qu'on ne devrait prononcer qu'in petto. Et, là, voilà qu'on nous fait savoir qu'on va enfin le faire parler, qu'on va pouvoir l'expliquer. Que dire, l'expliquer ! Non, mieux que cela ! On va se proposer de le provoquer, de le produire. Oh, certes, pas forcément tout de suite ; cette pilule-là du bonheur n'est peut-être pas encore la bonne ; mais attendez, cela va venir car : le bonheur est mo-lé-cu-lai-re !

Mot grossier, donc, pour enfoncer un méchant clou dans la paume de l'homme social. Et d'autres clous sont en réserve, pas très loin. L'étape suivante, dont on parle moins, est de financer des recherches sur l'action possible de molécules, proches de la précédente, sur certains comportements sociaux, tels l'agressivité et les comportements d'affiliation, expériences portant sur des sujets indemnes de tout antécédent per-

sonnel ou familial de trouble mental. Ce n'est plus de la grossièreté, c'est de la scatologie ! Il s'agit de l'expression la plus achevée d'un programme de dissection pharmacologique des comportements humains et de modifications de certaines formes de comportement social. À une échelle moins spectaculaire, mais aussi plus pragmatique et clinique, il convient de s'offusquer de la facilité aveugle avec laquelle se diffusent aujourd'hui les prescriptions de psychotropes chez les enfants, avec des indications de plus en plus centrées sur des modes de comportement sociaux. Il n'est évidemment pas indifférent que ces phénomènes, touchant à la production chimique du bonheur et du conformisme social, soient directement liés aux intérêts économiques des grands groupes pharmaceutiques : derrière la folie raisonnante du délire scientifique se cache une sordide raison économique !

Nous sommes plongés dans un bain d'informations partiales constituant un véritable délire étiologique et génétique. Ce bain, à la mousse abondante, se présente sous formes d'*abstracts*, de synthèses de réunions dites internationales, de comptes-rendus résumés d'interventions et de colloques, dont la réunion de l'A.P.A. réalise le must. C'est un bain de données souvent raccourcies, condensées, disparates, éventuellement contradictoires entre elles. Il existe en général, comme une



sorte de « chapeau » au recueil, un article prétendument éthique, qui attire notre attention sur la nécessité d'une pensée critique. C'est une forme de dénégation qui susurre : « Restons critiques ! » afin qu'il soit bien entendu qu'il n'est pas question de l'être. Car l'essentiel est dans la mousse du bain. Cette mousse abondante vise à nous persuader par imprégnation que les comportements sociaux et donc les troubles psychiques sont causés par des altérations du génome.

La schizophrénie et les dépressions – il faudrait dire les « maladies dépressives » – sont des cibles privilégiées. Chaque jour nous amène les résumés de travaux apportant la preuve de la causalité génomique de ces troubles. Peu importe d'ailleurs que les gènes en question, que les mécanismes d'action, que les types d'expression phénotypiques des gènes, que les loci eux-mêmes soient variables et contradictoires d'un

travail à l'autre. Peu importe que les travaux soient de façon habituelle basés sur de faibles nombres de cas, que les règles déontologiques de la recherche scientifique, notamment en ce qui concerne les extrapolations, soient souvent bafouées. Peu importe surtout que les articles originaux, dont sont extraits les résumés, puissent être plus prudents dans leurs conclusions que les quelques phrases qui en sont issues : l'important est dans le bain moussant qui nous amène, à l'insu de notre plein gré, à croire que les causes des désordres mentaux sont connues ou connaissables prochainement.

Au plan de la recherche, la génétique du comportement humain tient la vedette. La pensée, la personnalité, l'ensemble du comportement humain seront bientôt élucidés, grâce au Projet Génome Humain. Déjà, on aurait cru identifier un « gène du bonheur », un « gène de la quête





d'expériences nouvelles » ; le « gène de la timidité » n'en aurait plus pour longtemps à se cacher. Quant au « gène de l'homosexualité », il serait d'ores et déjà observé de très près sur la mouche *Drosophila melanogaster*, ou, plus précisément sur la portion d'ADN q28 de son chromosome X, l'extrapolation à l'homme – ou à la femme – n'étant plus qu'une question de temps, ou plutôt de « période », chose chronométrique de causalité génomique.

Nous sommes là dans la construction d'un Mythe, et le cœur de ce Mythe est que va être trouvée la réponse à la question de la substance de la pensée : ce sera une protéine, n'en doutons pas ! N'en doutons pas ! Insidieusement, ce Mythe (respectable en tant que tel ; utile, peut-être dans sa confrontation à d'autres Mythes sur la genèse des comportements humains) vient à s'imposer comme Norme. C'est là qu'il devient délire scientiste. Et c'est sa diffusion par le vecteur des productions des laboratoires pharmaceutiques qui le constitue dans sa nuisance économique, éthique et intellectuelle. Cette méthode insidieuse, que nous avons comparé à un bain moussant, réalise un abus de pouvoir mou !

Contrairement à ce que prétend un ouvrage intitulé, *La schizophrénie – Recherches actuelles*, publié chez Masson mais distribué généreusement auprès des psychiatres par un laboratoire pharmaceutique, il n'y a pas de consensus sur l'hypothèse neuro-développementale. S'il s'agissait d'une hypothèse, elle supporterait d'autres hypothèses, avec lesquelles elle pourrait débattre. Mais il s'agit en fait d'un axiome, caché derrière une expression politiquement correcte.

Nous dénonçons, ici, le caractère pernicieux joué par l'ANAES dans son activité de production de « guides ». La mise en protocole du champ thérapeutique, par petites touches, dans un style gommant les aspérités pour mieux se placer comme machines à fabriquer du consensus, oblige le soignant à se soumettre. L'écriture renforce systématiquement l'impossibilité de n'être pas d'accord. C'est une pensée-à-notre-place, un prêt-à-penser.

La psychiatrie prêchée est une psychiatrie industrielle, pour laquelle il s'agit d'uniformiser, de standardiser, de mettre en série les individus. L'homme n'est plus un être de Paroles et d'Actions, il n'est même plus un *homo faber* produisant des œuvres et des outils, dont des outils savants ; il est un simple *homo biologicus*, une machine vivante mue par un cycle biologique.

Le protocole a pour but de déterminer des responsabilités, des culpabilités. Pour cela, il homogénéise les pratiques et permet une médecine de l'évidence et une médecine des cohortes.

Médecine de l'évidence car il n'y aurait plus besoin de penser l'unicité d'une démarche qui s'imposerait d'elle-même ; médecine des cohortes car elle ne supposerait plus l'unicité de l'être souffrant, mais lui préférerait la vérité révélée des grands nombres.

Paradoxalement, cette psychiatrie industrielle et protocolaire affirme que des responsabilités sont déterminables a priori – il suffit de rechercher où le protocole a fait défaut – et rend, d'un même mouvement, les pratiques irresponsables !

Pour des cohortes se constituent, il convient de réduire les différences ; et pour cela le diagnostic n'est plus clinique à proprement parler, ni a fortiori social : il ne peut être que comportemental ; et la pratique qui en résulte ne peut plus être que béhavioriste. Le protocole, dans son apogée totalisant, véhicule deux autres notions particulièrement néfastes : Prévention et Prédiction. L'application du protocole permettrait d'obtenir le résultat voulu ou d'éviter le dysfonctionnement redouté ; et on voit proliférer des formes prédictives de psychothérapie. La trajectoire du malade serait prédéterminée ; il serait possible de prédire, et donc d'empêcher l'apparition de problèmes psychopathologiques ; les aléas de l'existence, ce que le sujet fait de ses rencontres – notamment, mais pas seulement, de ses rencontres thérapeutiques –, sa participation unique à la fabrication de sa vie, et donc aussi de ses symp-



tômes, tout cela ne serait plus que péripéties dans un destin écrit d'avance !

À cela nous opposerons : vive l'aléatoire ! Reconnaissons, avec R. Angelergues, que Freud avait commencé à penser une authentique science de la vie, du vivant, c'est-à-dire de l'aléatoire et de l'incertitude.

Cette psychiatrie industrielle se développe par et dans l'urgence, sur le modèle de l'aide humanitaire et d'un feuilleton américain chéri par les téléspectateurs. Citons Rony Brauman (ex-président de Médecins Sans Frontières) « Les médecins qui interviennent dans le cadre de l'aide humanitaire, sur des situations de détresse des populations, épouvantables, agissent dans l'urgence. Ils n'ont pas le temps d'approcher la souffrance individuelle. Ils traitent des masses. Campagnes de vaccinations par-ci, calcul de rations par là ! Bref, le sujet, l'individu, nous échappe. Tout médecin qui a travaillé aux urgences sait qu'il est plus facile de travailler en urgence que de suivre son patient. On ne peut voir l'homme dans la médecine des urgences. On pare au plus pressé. On n'accède pas vraiment au sujet. La souffrance, la vraie, celle du malade, du patient, disparaît. »

L'accès aux soins par le biais de l'urgence renforce la logique de médecine des cohortes.

Le groupe P.M.S.I.- Psychiatrie, chargé par le ministère d'appliquer la réforme à notre champ, malgré les difficultés d'y établir des Groupes Homogènes de Malades comme dans les autres branches M.C.O., a proposé récemment une ambition en apparence plus mesurée : partir des trajectoires des patients. Au premier coup d'œil, rien à redire, n'est-ce-pas ? Qui ne voudrait le faire serait aussitôt suspect de ne s'intéresser point aux individus qu'il prétend défendre, ni à la qualité de vie des patients !

Eh bien, nous assumerons l'épithète d'Idéologues, qui nous fustigera, mais cette notion là de trajectoire ne nous sied pas. Car, de

quoi s'agit-il, dès que l'on s'approche des conséquences pragmatiques, en termes de propositions ? De favoriser des classifications opératoires et économiques des patients, en tenant compte des durées de prise en charge, de la présence ou de l'absence de troubles dits évolutifs – ceux-ci compris comme se manifestant sous forme de troubles comportementaux posant des problèmes aux entourages familiaux, institutionnels, sociaux... et médicaux. Il en résulte l'établissement de listes dont les psychiatres, avec la complicité des organismes de contrôle (Direction de la Vie Sociale, des conseils généraux, D.D.A.S.S., Caisses de Sécurité Sociale), ont déjà proposé de dresser les plus caractéristiques et les plus scélérates. Ces dernières et paradigmatiques listes s'appellent selon les secteurs, les départements : listes d'inadéquats (sic), listes d'incasables (re-sic), listes de faux-malades (re-re-sic). Observons aisément que ces « faux-malades » se trouvent tout de suite être de « vrais-à-placer » ou « vrais-à-déplacer » !

Ceci est une double conséquence de la médecine des cohortes : tout d'abord, celle-ci conduit à des classifications des maladies qui découpent la psychiatrie en unités aporétiques. Les D.S.M. et C.I.M. rivalisent de non-sens dans l'organisation des items identifiés. Alors on voit surgir un autre sens, une autre logique, économique et comptable, qui commande à l'élaboration des listes ci-dessus. Mais aussi la médecine des cohortes réalise une orientation de la recherche clinique vers la recherche de facteurs de prédictivité : il conviendrait d'affirmer que l'on peut savoir la durée d'évolution, le risque déficitaire, la probabilité de survenue de phases aiguës, la réactivité aux thérapeutiques, la succession des étapes vers la réadaptation, ou plus exactement vers la structure adaptée à l'inadaptation, au coût le plus bas possible. Il y a danger de prédictivité. Nous proposons de refuser de prédire, et d'affirmer que toute prétention à dire déterminée l'évolution d'un sujet souffrant est un mensonge et une escroquerie proférés par des charlatans.

Nous sommes des artisans ; au sens où nous fai-

sons des bricolages avec nos outils. Ces outils sont, pour l'essentiel, des pensées, des concepts. Nous revendiquons la liberté de pensée et le plaisir de penser. Cela nous est nécessaire pour pouvoir accueillir des pensées qui paraissent radicalement autres. Défendre la liberté de pensée a pour corollaire nécessaire l'idée que le délire est une pensée. C'est une production de pensée. Certes, cette production est source de souffrance, mais aussi de faits culturels, et, parfois de génie. C'est toujours une façon d'être au monde.

Nous refusons le projet de normalisation, d'adaptation et de contrôle des comportements et de la pensée elle-même. Le prêt-à-penser de la médecine de l'évidence empêche l'association de pensées, permet d'éviter le questionnement. Face à la question de la Folie, rangeons-nous du

côté de ceux qui retournent à la Question, et détournons-nous de ceux qui ont la Réponse !

Notre action est Politique, en tant qu'elle concerne la mise en commun par des êtres singuliers des Actes et des Paroles. Elle définit donc un espace de confrontation d'une multiplicité potentielle de points de vue incluant nécessairement ceux des êtres souffrants.

L'Article 1 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit », nous commande de prendre parti pour les Fous, y compris comme dit L. Bonnafé, ceux qu'on appelle malades mentaux, c'est-à-dire ceux qui ratent leur folie, contre les abus de la raison scientifique et économique. C'est en ce sens que nous déclarons nous soumettre à une obligation de prendre soin.



De l'obligation de soin à l'obligation de consentement

Les anciens détenus de l'asile d'aliénés font place aux nouveaux mis en examen de l'ambulatoire. Mais n'ayez crainte pour les libertés individuelles ! Grâce aux nouvelles lois et à l'aide humaniste des bons psychiatres, nous savons aujourd'hui les préserver et obliger en douceur au consentement, au consensus, nous fous les plus rétifs...

Les psychiatres deviennent vraiment ces fonctionnaires du consentement dont parlait BASAGLIA, opérateurs d'une OBLIGATION DE CONSENTEMENT qui prend le pas sur l'OBLIGATION DE SOIN, leitmotiv pourtant de ces dernières années, panacée du malaise social. L'expression est devenue incontournable, reléguant presque celle d'Injonction (distinguo subtil : pas d'échappatoire dans l'obligation, alternative même très contraignante dans l'Injonction, du genre « vous vous soignez » ou « vous allez – retournez – restez en prison »).

Très tendance dans les textes sur la répression des délits/crimes sexuels, l'obligation de soins a l'immense avantage de permettre leur transmutation en troubles mentaux. Elle suit son bonhomme de chemin dans l'ordinaire des mesures de contrôle judiciaire adressées au secteur (case cochée sur l'ordonnance du juge, papier de présence chez le psychiatre...).

Elle infiltre de plus en plus les dispositifs d'aide sociale, à tel point que les textes sur le RMI doivent rappeler de façon récurrente et dénégative que les soins sont incitatifs et ne peuvent faire l'objet

d'obligations dans les contrats d'insertion.

L'OBLIGATION DE SOIN prospère de facto dans les internements psychiatriques où l'on ne différencie toujours pas, de loi de 1838 en loi de 1990, hospitalisation forcée (privation de liberté au nom du trouble mental et de l'ordre public) et soins sous contrainte.

Exemple concret : comme enfermer est un soin, et ne peut être que cela, l'ANAES, dans ses recommandations pour les Mises en Chambre d'Isolement, classe donc comme "risque" la privation de liberté alors que le bouclage est à la base même de cette pratique hospitalière !

Car en France l'OBLIGATION DE SE SOIGNER nous astreint, sous peine d'être un mauvais citoyen – principe le plus souvent bien intériorisé (surtout pour les autres !), ami avec celui de bienfaisance, en froid avec celui d'autonomie (ça tombe bien, ce dernier a des relents anglo-saxons...)

De toutes façons, en psychiatrie, l'obligation de se soigner est tellement évidente qu'elle va sans dire, et que tout refus de soin ne peut être que pathologique, ou au moins suspect. Ainsi s'accroissent ordre public et soins psychiatriques, ainsi les hospitalisations d'office répondent à la demande sociale de traiter ce qui fait désordre. Car il faut se soigner pour son bien, socialement déterminé, pas seulement pour celui des autres ! Il faut prendre soin de la santé mentale de nos concitoyens, pas seulement de leurs maladies ou de leur souffrance

psychique ! Et ne pas se dérober à cette tâche de salubrité publique... Le prix ? Morceaux d'intimité, pans de liberté...

Exemple concret : s'appuyant sur des pratiques très répandues dans les sorties d'essai, le projet de révision de la loi de 1990 (où est-il passé celui-là ?) imaginait une obligation de se soigner en ambulatoire sous l'égide du secteur pour les récidivistes - récalcitrants qui n'auraient pas intégré l'intérêt de bien gérer leur santé mentale par tous les moyens.

Alors qu'il est si doux de CONSENTIR ! Leurre magnifique, le consentement rempart pour la liberté individuelle, protection contre l'arbitraire ! Tour de passe-passe conceptuel de la loi de 1990, à double détente.

Premier coup : puisque l'on doit certifier pour interner quelqu'un que " ses troubles rendent impossible son consentement " (et non qu'un sujet refuse, ou s'oppose, ou ne semble pas en état de, ou...), exit le sujet en face, insensé par définition légale de son trouble, et exit par la même occasion ce qui fonde l'internement, c'est-à-dire son arbitraire, celui de la situation, celui de la subjectivité du psychiatre et des différents protagonistes du problème, celui du fou qui vient mettre par ses propos et ses comportements son intime sur la place publique, mettant l'autre en demeure de le désigner et d'agir.

Bonjour, à l'insensé incapable, objet de la science psychiatrique et certificatrice et de la « sémiologie du consentement » !

Bonjour, au psychiatre bienfaisant, meilleur garant de la liberté de son patient dont il ne veut que le bien et qui sait mieux que lui ce qui lui convient... Une Tutelle à la personne par exemple, et sûrement pas un tiers extérieur qui assisterait un citoyen momentanément privé de sa liberté pour des raisons sanitaires (ça tombe bien, l'*advocacy* et toutes ces pratiques qui s'obstinent à introduire un tiers pour faire processus et non passage à l'acte, ça a aussi des relents anglo-saxons. Et vive la spécificité européenne paternaliste en psychiatrie !). Un Tuteur à la personne, au moins on saurait à qui l'on a affaire, avec un peu de chance, ça ne sortirait même pas de l'hôpital.

Second coup : le consentement c'est, dans un cadre contractuel, la rencontre d'une conscience et d'une confiance, comme disait notre cher ancêtre de l'Ordre. C'est équilibré, on informe d'un côté,

on comprend et accepte de l'autre, soulagé d'être aidé... C'est la fiction du colloque singulier en médecine, mythe organisateur du soin qui a du plomb dans l'aile, comme son corollaire la confidentialité (qui agonise sous le scalpel de la transparence, cette « vivisection du réel » - VIRILIO), mais si commode encore ici pour rabattre à un niveau individuel une problématique collective, pour parer l'obligation de soin des oripeaux modernes du consentement. Et l'obtention d'un tel consentement ressemble alors à la recherche de l'aveu dans les systèmes totalitaires, en poursuivant le même but d'intériorisation de la contrainte. Consentez, nous ferons le reste !

Exemple concret : l'ANAES, dans ses recommandations sur la sismothérapie, met la recherche du consentement dans les problèmes techniques au même niveau que la nécessité d'une bonne anesthésie.

C'est à nous d'assumer un arbitraire revendiqué, des marges de manœuvre non protocolisables, y compris et même surtout quand nous nous retrouvons dans l'obligation de soigner, engagés avec notre subjectivité, responsables des soins que nous donnons mais pas des personnes que nous soignons.

Le psychiatre n'étant ni le meilleur garant ni le seul de ses patients, il faut que ceux-ci aient le droit garanti d'accès et de non accès aux soins, puissent refuser ceux-ci et se faire assister par des tiers indépendants du pouvoir psychiatrique et administratif dans l'exercice de ces droits.

Une loi d'obligation de soins non spécifique aux malades mentaux, judiciairisée, avec des soins obligatoires prévus en des lieux précis (sans obligation de soins dans la communauté) nous paraît actuellement le moins pire des systèmes... Mais nous restons conscients des défaillances du système judiciaire et des risques de dérives, notamment sécuritaires :

- non spécifique aux malades mentaux : car outre l'aspect ségréatif, il ne faut pas oublier toutes les personnes soignées de force sans pouvoir s'y opposer : personnes âgées en institution, handicapés...
- judiciairisée : ce barbarisme langagier pointant que dans nos systèmes démocratiques, et sauf à soutenir un régime d'exception, c'est le juge qui est garant des libertés individuelles, et pas le médecin, le directeur d'hôpital, la DDASS ou le préfet.
- avec des soins obligatoires en des lieux obligatoires, l'obligation de soins dans la communauté tous azimuts se prêtant aux dérives les plus folles.



La logique de l'expertise et ses dérives modernes

Un point de vue sur le discours psycho-juridique : est-il encore temps, aujourd'hui, de réinterroger la mascarade que représente l'expertise psychiatrique ? En est-il encore temps, quand on constate à quel point sa logique se déplace dans les pratiques et les procédures pour s'épanouir dans l'esprit des lois nouvelles ?

Mascarade que ce temps de l'expertise psychiatrique à des fins judiciaires, chacun le sait, juges comme experts. Chacun sait que l'expertise a pour fonction principale d'établir le leurre d'une justice jugeant la « vérité d'un sujet ». Le jeu de masque peut tout autant faire rire par le grotesque de la mise en scène, l'absurdité des questions auxquelles l'expert accepte de répondre, que faire frémir, quand on songe aux pouvoirs bien réels qu'il soutient.

Mascarade que ce temps d'un diagnostic rétrospectif, d'un arrêt sur images d'un film où nous n'étions pas, de ces questions-réponses quant aux risques de récidives, quant à la « dangerosité » d'un sujet, quant à la crédibilité de la parole des enfants victimes. La logique de l'expertise se développe et s'affine : les nouveaux experts sont psychiatres et psychanalystes.

L'inflation du « discours psy » dans le monde éducatif et judiciaire a conduit à la confusion la plus totale des places du juge et du psychiatre. Version

moderne de la Nef des fous, psychiatre et juge naviguent désormais ensemble, inséparables, nous entraînant dans une dérive insidieuse. Véritable " délire à deux " : on ne sait plus qui a commencé, qui influence le plus l'autre, mais on les voit mutuellement fascinés par le rapport au pouvoir et à la Vérité.

Si l'on peut souscrire à une plus grande reconnaissance, dans les esprits et dans les pratiques du « fou », comme sujet de droit, nous assistons en revanche à un mouvement de balancier inquiétant.

Nous sommes en train de passer d'une remise en cause de « l'irresponsabilité du fou » (état de démence au moment des faits de l'ancien Article 64 du CP), au principe mis en acte dans les faits – que « tous les fous sont responsables ». C'est ainsi qu'ils ne sont plus à l'asile, mais à la rue ou... en prison.

Il faut responsabiliser les fous, mais aussi les soigner. Psychiatrie et justice élaborent en commun les moyens modernes de les soigner. Ils auront à choisir sous contrainte de la loi entre deux condamnations : la prison ou le soin.

Ainsi se dessinent les contours de la psychiatrie de demain, façonnant les nouveaux espaces d'un « au-delà de la privation de la liberté ».

Au-delà de la privation de liberté (les prisons sont

pleines), il est des espaces nouveaux à conquérir. Les nouveaux experts psychiatres (psychanalystes), auxiliaires dévoués des magistrats instructeurs, ne se limitent pas à intervenir dans le temps de l'instruction du dossier d'un prévenu. Faut-il encore rappeler qu'à ce stade de la procédure, tout prévenu est présumé innocent ? Faut-il redire à quel point certaines expertises, par le seul diagnostic de « perversion », sont à elles seules LE jugement AVANT tout procès ?

Les nouveaux experts criminologiques sont devenus les auxiliaires du législateur. Ils ont réussi à convaincre les esprits, que pour soigner, on avait besoin du Droit. En d'autres termes que « la loi est thérapeutique » et que le jugement est à la fois la condition et le premier temps du soin.

L'esprit d'une loi nouvelle, instaurant la confusion entre juger et soigner, n'a pas fait réagir très bruyamment les psychiatres. Ce constat affligeant semble bien résumer l'évolution d'une psychiatrie qui délaisse de plus en plus sa fonction soignante première pour se mettre au service des différentes formes de pouvoir.

On peut tenir les psychiatres pour grandement responsables de l'idée selon laquelle un sujet se refusant à « entrer dans le symbolique » pourrait y accéder sous la contrainte de la loi. Les psychiatres ont contribué à l'émergence d'un discours psycho-juridique ubuesque qui laisserait entendre en somme que « là où il n'y a pas de sujet », le droit peut le constituer.

À partir de telles chimères, se dessine un avenir radieux auquel chacun feint de croire.

S'il semble confortable de croire à l'efficacité de ces nouvelles procédures, lesquelles s'acharnent à obtenir de la part du délinquant le consentement à l'idée de sa maladie, le progrès peut sembler considérable et la sophistication des nouvelles grilles d'analyse d'échelles prédictives du comportement peuvent rassurer certains, faire peur à d'autres (le fantasme d'un système réussi de manipulation mentale de masse n'est pas loin).

Il semble confortable de croire que celui qui se soumet sous la contrainte donne la preuve de son

consentement, et qu'au cœur de « l'intime » (chasse gardée de l'expert), ce dernier sait discerner « l'authentique » du consentement.

Nous attendons les statistiques concernant les récidives du sujet ayant donné leur consentement au traitement pénal.

En attendant, la psychiatrie poursuit sa dérive et le moment semble venu de poser la question :

- les psychiatres doivent-ils continuer de pratiquer des expertises pénales ?
- Si oui, tous les psychiatres doivent pratiquer alors des expertises pénales.

La logique de cette analyse a sa propre cohérence, cependant elle n'exprime qu'un aspect de la question des « expertises » qui, aujourd'hui, semblent se substituer à tous les débats, y compris politiques. Nulle certitude ne saurait se substituer au questionnement qu'elles prétendraient recouvrir. L'expertise ne peut être que relative, partielle et contingente, y compris l'expertise de l'expertise... Pour nous, cette question reste en débat et d'une importance considérable, compte tenu de l'expansion de la logique expertale, certes dans le cadre juridique, mais aussi beaucoup plus globalement. Nous y reviendrons.



La délire économique

Le délire économique, de mécanisme essentiellement interprétatif, est à thèmes variables. Nous nous intéresserons ici à ceux touchant la santé car nous sommes confrontés quotidiennement à ces idées délirantes particulièrement tenaces.

Même s'il peut surgir parfois par bouffées aiguës, le délire économique est généralement chronique. À noter que le délirant économique

trompe souvent son monde : il porte des costumes bien coupés, se peigne, se rase et ne bave pas, sauf sur ses adversaires idéologiques. Il entraîne souvent d'autres sujets dans son délire : il faut dire que sa conviction délirante est bien structurée. Assez souvent, le délire se construit à partir d'un postulat faux et par des enchaînements logiques arrive à des conclusions folles. Il faut donc attaquer le délire à la base.

Le postulat généralement le plus admis en économie de la santé est : « Il faut maîtriser les dépenses de santé ». Si beaucoup sont frappés par cette conviction délirante qui se développe sur des modes que nous reverrons, saluons quelques personnalités particulièrement équilibrées qui y ont échappé.

Derrière nous, Nicole Questiaux. On s'est assez moqué de cette ministre de la Solidarité (à l'époque Affaires Sociales) qui déclarait en 1981 : « Je ne serai pas la ministre des Comptes » ; rendons hommage à celle qui, il y a vingt ans, s'intéressait plus à la qualité des soins qu'à leur chiffre, mais qui devint vite « la voix criant dans le désert ».

À notre gauche, Jacques Attali : l'ancien sulfureux conseiller de François Mitterrand propose de remplacer le terme de « prélèvements obligatoires » renvoyant à Shylock et à une extorsion dictatoriale – par les « services démocra-





tiques » ou les « dépenses vitales ». On admettrait alors mieux que « ces dépenses ne peuvent qu'augmenter... » pour de bonnes raisons : on vit plus vieux et les savoirs deviennent plus riches. Et comme on ne peut automatiser les soins et l'éducation au rythme où l'on automatise les autres services, il est tout à fait normal qu'augmente leur part dans le revenu national. (*Le Monde* du 6 janvier 1999).

À notre droite ou plus exactement chez les « souverainistes » Henri Guaino, ex-commissaire général au Plan et proche de Charles Pasqua. C'est lors d'une interview dans *Le Quotidien du Médecin* qu'il s'étonne de l'acharnement des pouvoirs publics à freiner le développement de toute une branche de l'économie.

Devant nous, ATTAC : cette « Association pour la taxation des transactions boursières pour l'aide au citoyen » démontre qu'une faible taxation des flux financiers (y compris internationaux) pourrait améliorer considérablement les recettes publiques dont pourrait bénéficier – entre autres – la santé.

Quant aux grandes formations politiques, elles délirent pratiquement toutes. On fera cependant mention spéciale du parti communiste à qui il arrive de critiquer son délire, mais qui est rapidement ramené en dehors de la réalité dans un " délire à deux " avec le parti socialiste.

« Il faut maîtriser les dépenses de santé » n'a plus besoin comme tout postulat d'être justifié, il va de soi. Lorsque dans une réunion au ministère de la Santé, l'U.S.P. mit en doute cette affirmation, un sous-directeur répondit : « Mais lisez les journaux ! ». « C'est ainsi, puisque c'est écrit dans le journal » me semblait une conviction réservée aux lecteurs de feu *France Dimanche* ou du défunt *Ici Paris*.

Le délirant convaincu qu'il « faut maîtriser les dépenses de santé » appartient très souvent aux professions de santé. Mais, comme il s'aperçoit que cela fait mal (fou mais pas dans le coma...), il va opérer un clivage entre la maîtrise comptable réservée aux affreux financiers qui serrent le robinet, et la maîtrise médicalisée exercée par de vertueux professionnels soucieux de ne pas faire

de soins inutiles. Si vouloir procurer les meilleurs soins est faire preuve de responsabilité, assurer que, parce qu'ils seront meilleurs ils seront moins chers, (postulat des références médicales opposables), ne correspond à aucune réalité.

L'expérience nous apprend qu'il est inutile d'affronter par le raisonnement le délirant chronique. Nous ne pouvons qu'opposer trois éléments économiques peu contestables pour lui permettre une ébauche de critique :

– Il n'y a pas de rapport entre les performances de santé publique et la part du produit national brut qui y est consacré. Ainsi la Grande Bretagne, avec environ 6,7 % du PNB consacré à la santé, a de meilleurs indicateurs (morbidity, mortalité) que les Etats-Unis (12 %).

– Des pays peuvent consacrer des sommes importantes à la santé, sans mettre en difficulté leur économie, bien au contraire (ex. des Etats-Unis).

– Il n'y a pas parallélisme entre la satisfaction des usagers-clients de la santé et les indicateurs. Ainsi en Grande-Bretagne, les citoyens sont mécontents de leurs soins de spécialités et hospitaliers qui leur apparaissent pénuriques, malgré de bonnes performances statistiques.

En conséquence, si les professionnels de santé doivent évidemment veiller à ne pas gaspiller l'argent de leurs patients (peu importe qu'il soit recueilli en grande partie collectivement à travers les assurés sociaux, les contribuables, les mutualistes...), leur tâche essentielle consiste à soigner et à faire profiter la population du progrès de la médecine, pas à faire les comptes. Nous avons souvenir de ce directeur d'hôpital qui nous incitait à élaborer les projets les plus intéressants pour les secteurs de psychiatrie avec consigne de ne pas se préoccuper de leur coût, tâche qui lui revenait... Il est légitime, qu'au niveau national, des arbitrages soient rendus mais, de grâce, que les professionnels de santé n'organisent pas au départ les restrictions qu'ils appellent maîtrise !

Délirants... et masochistes par-dessus le marché !

Arriverons-nous enfin à imposer une politique raisonnable des « meilleurs soins aux meilleurs coûts » ?

Petit glossaire de psychiatrie générale ou les mots pour le dire

1. **Accréditation** : Absence de crédit.
2. **Appuyer** : Presser jusqu'à faire mal. Ex : « Mission d'appui en santé mentale ».
3. **Asile** : Se délocalise progressivement de l'hôpital psychiatrique vers les CHRS, les prisons, divers foyers et maisons de retraite d'où l'expression : « Où vas-tu, l'Asile, je vais à la ville ».
4. **Bricolage** : Mode de travail en psychiatrie. Avec de l'expérience, peut se transformer en artisanat.
5. **Consensus** : Concept « inventé pour que les imbéciles se sentent moins seuls » (H. AHRWEILER).
7. **Décoder** : Comme coder, peu intéressant en psychiatrie.
8. **Déconner** : Droit essentiel en psychiatrie.
9. **Déségrégation** : Permet de retrouver sa place.
10. **Expert** : Les non-dupes errent, les dupes experts.
11. **Expert** : Ex-pair, passe et manque !
12. **Intersecteur** : Equipe de professionnels faisant profiter les secteurs de leur technicité. En voie de disparition (cf. pédopsychiatrie).
13. **Loi** : nouveau médicament (injection de symbolique retard).
14. **Mensonge** : 50 % des médecins des Etats-Unis se disent prêts à mentir pour que leurs patients soient correctement soignés et remboursés par les assurances.
15. **Mort** : Pour l'assurance maladie, permet une réduction des coûts (dans le cadre de la maîtrise comptable ou de la maîtrise médicalisée selon les auteurs).
16. **Pédopsychiatrie** : Sous-spécialité qui, historiquement, fut la première étape du démantèlement des secteurs de psychiatrie (cf. Intersecteur).
17. **P. M. S. I.** : Psychiatrie Mission Statistiquement Impossible (Traduction littérale). Mais impossible n'est pas ministériel !
18. **Pratiques (bonnes)** : utiles à l'A. N. A. E. S. (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé).
19. **Prévention** : Pour DURKHEIM, la meilleure prévention du suicide, c'est la guerre.
20. **Placement** : Imposer une place.



21. **Praticiens** : Temps-pleins, primés ; temps-partiels, déprimés.

22. **Psychiatres** : Porte-mentaux.

23. **Réadaptation** : Retrouver une place (voir déségrégation).

24. **Réhabilitation** : Remise en état, rénovation, concerne surtout la façade.

25. **Réinsertion** : Retrouver la place perdue (pour autant qu'il en ait existé une !).

26. **Réseau** : (Délire en). S'oppose au délire en secteur.

27. **Résistance** : Rassemblement pour lutter contre l'ignoble. A aussi élaboré un programme

de refondation politique.

28. **R. M. O.** : Référence Médiatique Oppressante.

29. **Secret** : Exposé sur la place publique. Ex : Secret de l'instruction, secret médical, secret de polichinelle.

30. **Secteur** : (Délire en). S'oppose au délire en réseau.

31. **Sexuel** : Il n'y a pas de rapport MASSÉ.

32. **Traçabilité** : Mode de prise en charge du patient facilité par l'informatique. Implique la prédictivité. Effet boeuf assuré.

32. **Université** : Produits des univers sots.

33. ...

