

« Langue psychiatrique, langue politique »
Intervention au colloque du CEFA « Les perversions langagières »
Paris, 4 et 5 décembre 2009
Claire Gekiere, psychiatre de secteur en Isère (38)

Langue psychiatrique, langue politique... Quelle idée ! Ni linguiste, ni historienne, juste psychiatre de secteur.

Mais avec l'envie d'un état des lieux, subjectif, orienté.

Avec le besoin de m'arrêter sur certains mots, sur quelques expressions de la langue utilisée en psychiatrie, et notamment en psychiatrie de secteur, qui m'écorchent ou qui me happent comme des épines et des déchirures dans le tissu du langage clinique et institutionnel.

J'ai donc choisi plusieurs exemples dans les domaines qui me soucient le plus, et je vais traiter successivement :

- de quelques évolutions langagières, leurres et tromperies
- des euphémisations dans le champ de la contrainte psychiatrique
- de termes qui marquent l'individualisation, au sens du rabattement sur l'individu, à l'œuvre en psychiatrie comme ailleurs

Pour lutter contre l'intoxication croissante en la matière, je précise que ce texte ne contient pas de chiffres, et notamment aucun pourcentage, en dehors de ceux contenus dans les citations.

Mais d'abord, avant d'entrer dans le vif du sujet, un petit aparté, un court écart vers le langage de l'accréditation et de la certification en psychiatrie, ce festival de langue folle et morne à la fois.

Juste un petit exemple pour ceux d'entre vous qui ne côtoient pas journallement la « V2 » (les sigles sont listés en fin de texte). Dans les « points forts » d'une « EPP » intitulée « améliorer la planification de la sortie et la coordination avec les professionnels d'aval » (1), est écrit : « une amélioration des pratiques soignantes concernant la traçabilité des liaisons intra/extra : le taux d'utilisation de la macrocible sortie passe de 3% à 45% et continue son évolution positive sur l'ensemble de l'établissement ». Il est précisé en note que la « macrocible sortie » est un « outil de transmission écrite fonctionnel sur la prise en charge prescrite pour une personne sortie et son vécu de l'hospitalisation ».

Je conseille vivement comme antidote, associant un texte superbe aux vertus analogiques du dessin humoristique, un petit livre de Joseph MORNET, psychologue au centre psychothérapique de Saint Martin de Vignogoul, « Le petit guide de l'accréditation » (2). Cela peut nous aider à sortir de la sidération où plonge cette novlangue réificatrice, au service du « découpage [du soin] en de multiples espaces quantifiables venant s'accumuler en énormes masses paperassières de comptes-rendus de protocoles et de procédures »... « la mise en lamelles de plus en plus fines des pratiques cliniques » liée à « un emballage monstrueux de la raison qui pense toujours pouvoir découper les objets en éléments plus petits pour mieux les maîtriser et les contrôler ».

Non, je ne parlerai pas plus de la langue de l'accréditation : c'est à la fois trop facile et trop triste.

I-LES EVOLUTIONS LANGAGIERES, LEURRES ET TROMPERIES

Il y a les expressions et les mots nouveaux : gouvernance, pôles d'activité, équilibre budgétaire, « T2A » travestie en « VAP » pour la psychiatrie...

Et puis il y a les mots dont le sens se modifie. Quand c'est par décision politique, la question du leurre ou de la tromperie se pose.

Je vais prendre trois exemples qui concernent particulièrement la psychiatrie :

-celui des « territoires de santé »

-celui des « missions »

-et l'exemple de la « sécurité et de la protection »

1-Les territoires de santé

Quand les « territoires de santé » sont apparus dans les SROS III (2006-2010), la familiarité des termes employés a d'abord compliqué la compréhension des enjeux. La notion de « territoire de santé » a pu fonctionner un temps comme un leurre, car elle évoque la planification, le service public, l'aménagement du territoire.

Leur création paraissait ainsi relativement anodine, en continuité historique avec cette passion de découper le pays en zones à la mesure des évolutions politiques. Ces territoires n'auraient pu être qu'un des signes de la prise de pouvoir de la région sur le département, pour la santé une des matérialisations du pouvoir souverain des « ARH » sur les DDASS exsangues.

Dans un premier temps donc, l'idée de la sectorisation psychiatrique comme programme politique (pour aller vite : « tourner le dos aux pratiques asilaires, garantir la continuité des soins tout au long de l'évolution des troubles d'un patient, par des réponses thérapeutiques différenciées dans le temps et dans l'espace, en l'aidant à maintenir le lien à sa communauté sociale » (3)) ne semblait pas affectée par cette énième réforme. Or il s'agit en fait d'une réorganisation radicale du système de soins, y compris psychiatriques. Nous sommes en train de passer du secteur à la PME, de la continuité des soins à la gestion des flux et stocks. Un territoire de santé, c'est le lieu où l'ARH distribue les activités de soins au public ou au privé, mis en concurrence (4). Cette attribution est pensée à partir d'analyses de flux (le modèle initial en Rhône-Alpes par exemple a été celui des flux de patients en chirurgie), qui parlent de consommation de soins en fonction de l'offre, de son attractivité et de son accessibilité, pas des besoins.

Un texte de la mission nationale d'appui en santé mentale, qui traite de « Territorialité et santé mentale » illustre bien ce changement de modèle (5). Ce texte disqualifie à la fois subtilement l'idée de planification basée sur l'égalité et non sur l'équité, et celle de la sectorisation psychiatrique comme programme politique : « Les chiffres de 70 000 et de 210 000 habitants [taille des secteurs adultes et infanto-juvéniles] apparaissent comme contraignants parce qu'ils conduisent à considérer comme semblables tous les individus sans considération de leur âge de leur sexe et de toutes leurs caractéristiques épidémiologiques. Cette vision égalitariste pouvait se comprendre à la fin des années 50 alors que la psychiatrie traitait surtout des pathologies à distribution aléatoire dans l'espace et que l'on pouvait, en outre penser que l'élévation du niveau de vie concernait ou allait concerner l'ensemble de la population, chaque citoyen devant être l'égal de tous dans la vie comme devant la loi. Cette conception égalitariste n'est, hélas, pas confirmée par les faits ».

Le territoire peut ainsi être vu comme le lieu de gestion de collections d'individus en mouvement (les flux) et non plus de collectifs d'individus ayant des droits historiquement construits (6). Ce qui éclaire alors des propos entendus lors du suivi du SROS : « Il n'y a pas de contradiction entre parts de marché et planification » ou « il nous manque toujours un bout de quelque chose pour avoir des données objectives ».

2-Les missions

Le mot de « missions » connaît une évolution parallèle.

Dans la loi « HPST » les « 14 missions de service public des établissements de santé » sont listées dans le titre intitulé « Modernisation des établissements de santé » (7). Les quatre dernières concernent des soins sous contrainte ou dans un milieu contraignant. Il s'agit de :

« 11) la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

12) les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire

13) les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

14) les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté »

Ces missions peuvent être attribuées aussi bien à des entités publiques que privées, avec une mise en concurrence possible.

Pour le dire dans la langue adaptée à la situation : les internements ne sont plus le monopole du service public de psychiatrie, et peuvent constituer des parts de marché pour des établissements privés lucratifs (au passage, alors que la rentabilité des cliniques privées se ralentit, celle des cliniques psychiatriques augmente encore) (8).

Cette mise en concurrence est qualifiée « d'ouverture » et de « capacité à faire appel, en renfort, à des acteurs non traditionnels » dans une revue qui traite de l'économie de la santé (7). Elle va bien sur de pair avec la gouvernance sur le modèle des entreprises financières : directoire et conseil de surveillance, et le directeur comme « seul patron à l'hôpital » (en novlangue : « établissements : un circuit de décision centré sur le directeur »)(7) Par exemple le directeur « dispose du pouvoir de nomination dans l'établissement », nomme les médecins et peut aussi les « mettre en recherche d'affectation », c'est-à-dire les virer au bout d'un certain temps. Il « définit les modalités d'une politique d'intéressement » (c'est-à-dire laisse miroiter que l'on gagne plus si l'on produit plus, une des modalités possibles étant la production des diagnostics de manière exhaustive, conforme et à flux tendu).

3-Sécurité et protection

Je veux en dire quelques mots en raison de la gravité de la situation, mais des mouvements comme « Non à la politique de la peur » (9) et « le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire » (10) ont, heureusement, bien mis en lumière cette politique sécuritaire, cette stigmatisation des patients psychiatriques, ce retour des classes dangereuses comme épouvantail justifiant de nouvelles atteintes aux libertés individuelles et collectives.

Juste quelques malversations langagières à ce sujet :

-Baptiser « vidéo-protection » l'installation et la généralisation, y compris dans des chambres d'isolement, de caméras de surveillance

-Dire, comme l'a fait le président de la République en décembre 2008 à Antony, que des patients hospitalisés sous contrainte seront « ...équipés d'un dispositif de géo-localisation » pour parler des bracelets électroniques (11). Et retranscrire très vite cette mesure dans la circulaire du 22 janvier 2009 relative, eh oui, au financement par le Fond pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) par la formule suivante : les établissements qui le souhaitent « peuvent proposer, dans le cadre de leur projet thérapeutique et du contrat de soins avec le patient, la mise en place de dispositifs de surveillance permettant d'éviter au patient d'être placé dans une unité ou un espace fermé et de lui permettre de circuler sans sortir de l'enceinte hospitalière »(12).

Recadrage pervers : le bracelet libère !oui, mais dans une vision où les internés sont forcément enfermés, puisque hospitalisation sans consentement et dangerosité sont assimilées. Le président le dit : « Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte. Et vous savez fort bien

que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent devenir soudainement dangereux » (11).

-Confondre prévention et prédiction, c'est-à-dire échanger un esprit prévenant contre un dépistage prédictif. J'emprunte cette formule à Michel DUGNAT, pédopsychiatre, qui, dans le recueil de Pas de 0 de conduite sur « enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ? »(13) s'inquiète de la transformation de l'entretien prénatal précoce. Celui-ci était initialement proposé au 4^o mois de grossesse, il est devenu légalement un entretien psychosocial systématique. Nous passons d'un espace possible de dialogue au repérage normatif d'une parentalité sous surveillance.

II-LES EUPHEMISATIONS DE LA CONTRAINTE

Je pars d'une définition de Christiane VOLLAIRE, une philosophe qui s'intéresse beaucoup à la santé : « L'euphémisation, c'est traduire en termes édulcorés une réalité qui conserve toute sa violence » (14).

Je vais prendre trois exemples : les internements, les chambres d'isolement et le fichage des personnes suivies en psychiatrie.

-Depuis la loi de 1990 les internements sont devenus des « hospitalisations sans consentement », termes qui, par rapport à ceux de « placement » ou d'internement, font disparaître la notion essentielle de restriction à la liberté d'aller et venir, la contrainte des corps par l'enfermement, au moment même où celle-ci s'accroît.

-Les hospitalisations sous contrainte ont augmenté ces dernières années, et l'utilisation des chambres d'isolement est une pratique quotidienne dans les services de psychiatrie (même ceux qui n'en n'avaient pas ont du en ouvrir, si j'ose dire), avec ou sans contention.

Une chambre d'isolement n'est jamais qu'une cellule, avec ou sans toilettes, avec ou sans sonnette d'appel, et même maintenant parfois avec une caméra. Mais elle peut s'appeler « chambre de soins intensifs », « chambre d'apaisement », « chambre de soins obligés ». Bien sûr, l'emploi du sigle « CI », ou « CSO » sonne comme plus technique, et signe en même temps la routine qui conduit à l'abréviation. « Mettre en CI » ne provoque pas les mêmes résonances que « enfermer en cellule ». Cette forme d'euphémisation peut aggraver l'état des personnes internées et enfermées tout en désarmant les soignants, si, pour parler de cette violence subie et exercée, ne sont disponibles que des mots lénifiants.

-Le recueil des données personnelles en psychiatrie

Dans la mesure où je pense maintenant que ce recueil réalise un fichage dangereux des personnes suivies en psychiatrie, j'ai choisi de classer également dans les euphémisations ce qui a trait au recueil des données personnelles, c'est-à-dire aussi bien le « RIMP » que, très beau terme aussi, ce qui se nomme « l'identito-vigilance ».

J'avais évoqué ce recueil en 2006 au CEFA à propos des diagnostics en psychiatrie (15), je rappelle juste qu'il est obligatoire de recueillir en routine depuis janvier 2007 dans tous les services de psychiatrie, des données aussi anodines que les diagnostics psychiatriques, les types d'hospitalisation (libre ou sous contrainte), l'existence ou non de mesures de protection des biens.

Pour l'identito-vigilance je vous donne lecture d'un extrait du programme d'une journée qui va se tenir le 15 décembre en Savoie : le titre d'abord « Identito-vigilance et système d'information en psychiatrie, oui on peut, oui on doit ». Et le début de l'argument : « L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de la prise en charge et à chaque venue est un enjeu majeur en termes de continuité et de sécurité des soins ». En clair, cela implique par exemple de demander une pièce d'identité à celui qui se présente au CMP, au nom de la sécurité de ses soins, puis d'organiser sa traçabilité sans faille.

Au passage, traçabilité est un mot qui a fait fortune en quelques années, popularisé me semble-t-il au moment des histoires de vache folle. Ainsi j'ai vu en juin dernier, affiché sur la vitre de l'infirmierie des urgences, à l'hôpital du coin, un tableau intitulé « traçabilité du passage des coursiers ».

Donc s'identifier d'abord, discuter après. Comme j'ai des associations parfois sinistres, en lisant ce programme sur l'identito-vigilance, j'ai pensé à un passage de « Dialogues d'exilés » de BRECHT, tout au début du texte : « Le passeport est la partie la plus noble de l'homme » dit l'un, « Disons que l'homme n'est que le véhicule matériel du passeport » (16) poursuit l'autre.

Dans les conditions actuelles où ils se pratiquent, le recueil des données personnelles et l'identito-vigilance réalisent un fichage des personnes suivies en psychiatrie.

Appeler le recueil « RIMP » relève donc pour moi de l'euphémisation. Bien sûr, cela vient entre autres de la croyance que la sécurité sanitaire implique la transparence, « cette vivisection du réel » comme dit VIRILIO. Mais fichage quand même car il s'organise ainsi, comme dans bien d'autres domaines, une traçabilité des personnes très différente d'un recueil des actes des soignants, contrôle légitime de leur activité professionnelle.

Le parallèle est intéressant avec les fichiers de l'Education Nationale, dont « BaseElèves », qui organisent la traçabilité des élèves du primaire... jusqu'à plus de 30 ans.

Ou avec le fichier dit « Edwige 2 » au sujet duquel le président du groupe de contrôle des fichiers de police et de gendarmerie a déclaré : « Il s'agit de fichiers de renseignements sur des personnes qui n'ont pas encore commis d'actes répréhensibles mais qui sont susceptibles de le faire » (17).

III-INDIVIDUALISATION, LE RABATTEMENT SUR L'INDIVIDU

Deux questions : le consentement et l'extension du domaine du trouble

1-Le consentement

Prenons le concept de consentement dans les internements. Son entrée officielle dans la pratique des internements date de la loi de juin 1990 sur « les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » (18). Elle s'est faite sous forme négative, puisqu'il faut, pour se retrouver interné, que « les troubles rendent impossible le consentement ».

Or si la notion de consentement, ainsi que celle de contrat et de confidentialité est congruente avec le modèle médical traditionnel de la relation médecin malade, ou avec celui des psychothérapies individuelles où les trois éléments constitutifs de la demande (qui présente le symptôme, qui l'allègue, qui souffre) comme l'a décrit Robert NEUBURGER (19) sont portés par la même personne, qui vient en principe pour aller mieux en soulageant sa souffrance, la notion de consentement devient problématique dès que les termes de la demande sont dispersés sur plusieurs personnes ou institutions, ce qui est toujours le cas dans les internements.

La loi de 1990 crée une confusion entre deux niveaux logiques (20). En effet alors que cette loi structure dans un souci de santé publique (à la fois protection des personnes et préservation de l'ordre public) et donc collectif les conditions d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, elle emploie une terminologie habituellement référée à la relation médecin malade de type contractuel, où un consentement « libre et éclairé »(21) reste pertinent dans notre fiction du colloque singulier en médecine ; mythe qui organise encore grandement notre vision du soin.

Elle fait ainsi porter au sujet le poids de la mesure contraignante, sorte d'échec alors d'une relation contractuelle, pourtant par définition impossible dans ce dispositif. Ce rabattement au niveau individuel relationnel de phénomènes qui ont une dimension collective prégnante se

retrouve ailleurs, par exemple dans le « harcèlement moral » avec lequel on peut faire un parallèle.

Dans les deux cas, consentement en psychiatrie et harcèlement moral (22), on a d'une part une valorisation de l'individu, qui se voit reconnaître un droit supplémentaire, lorsqu'un problème est reconnu et formalisé explicitement (soumission des malades mal informés d'un côté, exploitation des individus par des proches ou au travail de l'autre). Mais d'autre part, et dans le même mouvement, est pointée une faiblesse individuelle : on n'est ni harcelé, ni traité non plus sans son consentement par hasard. L'individu devient le centre du problème, doit se remettre en cause, et se soigner. Il se retrouve au cœur d'un paradoxe pragmatique puisqu'il ne peut méta-communiquer sur la situation ainsi définie par d'autres : toute protestation, critique ou remise en cause de la définition peuvent lui être renvoyées comme signe de son propre dysfonctionnement, créant de facto celui-ci.

D'ailleurs, gênée par cet aspect dans son second livre, Marie-France HIRIGOYEN tente de dépasser, sans y arriver vraiment, la relation duelle pour intégrer la dimension de contrainte sociale, en parlant par exemple du « harcèlement comme règle de survie » pour le harceleur quand « la violence perverse vient de l'entreprise elle-même »(23). C'est une vision très différente de celles de spécialistes de la souffrance au travail comme Christophe DEJOURS ou Yves CLOT qui n'évacuent pas le contexte politique et le rôle de l'organisation du travail (24).

La question du consentement dans les internements, en focalisant le problème sur la personne mise en cause, fait donc écran à la dimension de compromis social que représente toujours une hospitalisation sous contrainte. Sinon d'ailleurs, comment analyser les disparités des taux d'internement d'un endroit à l'autre à moins d'imaginer que la capacité à consentir soit d'essence géographique.

Tout de passe-passe où, d'une mesure censée protéger la personne contre une atteinte arbitraire à sa liberté individuelle et la valoriser, en tenant compte de son consentement, l'on passe à l'objectivation d'une incapacité obligatoire (puisqu'on ne peut refuser, mais simplement être catalogué comme affublé d'un consentement impossible) en cas de troubles suffisamment inquiétants ou dérangeants pour mener à un internement. Cela par la simple inscription d'une formule rituelle et légale au bas du certificat médical attestant, après une description censée être détaillée des troubles en question, que « les troubles nécessitent des soins immédiats en milieu hospitalier », une surveillance constante et « rendent impossible son consentement ». L'idée persiste d'un consentement possible dans un contexte de contrainte majeure, ce qui est logique s'il ne s'agit que d'un attribut du sujet. Le consentement, comme le diagnostic, est alors considéré comme un objet en soi, un attribut du malade mental lui-même objectivé (25). Il est alors naturel de chercher à le cerner, l'évaluer, le caractériser. Il n'est plus possible de le penser comme un processus interactif dépendant de deux personnes au moins, et en psychiatrie publique toujours de beaucoup plus de monde. Dans le langage, l'emploi du substantif « consentement » au lieu du verbe « consentir à » participe à cette objectivation, en effaçant sujet et objet (26), et toute dimension de processus interactif, ici « produire un sens à plusieurs ».

Comme le rappelle Irène THERY(27) « le procédé de subjectivation ôte tout ce qui, dans le discours narratif, exprime l'action et les relations : le verbe, l'adverbe, le système ... permettant de distinguer qui fait l'action, qui en est l'objet et qui en est l'attributaire ». La substantivation peut transformer en attribut individuel bien des interactions. Avant de revenir au consentement, deux autres exemples :

-en mai 2008, Alain SCHIFFRES s'énervait dans Libération (28) : « Un adolescent a poignardé trois camarades. Une psychiatre à la radio : ' vous avez des enfants qui sont dans l'incapacité de se socialiser'. L'horreur s'ajoute à l'effroi : sont incapables, eut-on dit naguère. La mode est à supprimer le verbe et l'adjectif. On ne veut que des noms, on va au listing. Le français se substantive, il devient pierreux. Un jour on dira : 'ce garçon est dans le poignardage (les autres sont à l'hôpital)' ».

-et puis une invitation, reçue dans le service, d'une association, à sa « rencontre parentalité, la créativité au service de la parentalité ». Parmi plusieurs thèmes au choix, celui-ci : « comment concilier parentalité et minima sociaux ou revenus modestes ? ».

Pour revenir au consentement, les conséquences peuvent être impressionnantes. Ainsi « l'ANAES » dans ses « Recommandations sur la pratique clinique » sur « Les indications et modalités de l'électro-convulsivothérapie » (c'est-à-dire les électrochocs) place « l'information et le consentement du patient et de son entourage » au chapitre « quelles sont les conditions techniques de réalisation des séances d'électrochoc » au même niveau que les conditions pour une bonne anesthésie (29).

Ainsi le consentement, attribut médicalement évaluable, ne pouvait que devenir insensé, leurre rabattant sur l'individu la complexité de ce qui fonde un internement, c'est-à-dire son arbitraire, celui de la situation, de la subjectivité du psychiatre et des différents protagonistes, celui du fou qui vient mettre, par ses propos et son comportement, son intime sur la place publique, plaçant l'autre en demeure de le désigner et d'agir.

2-L'extension du domaine du trouble

L'emploi du terme « trouble », mental, de la personnalité, du comportement, n'est pas nouveau, mais tend à devenir hégémonique. Cela me semble notamment en lien avec la volonté de standardisation de la langue médicale en général, et donc aussi psychiatrique, quand la psychiatrie est réduite à une spécialité médicale parmi d'autres.

Edouard ZARIFIAN écrivait en 2004 : « voir le cerveau penser n'est qu'une métaphore poétique » (30).

La langue médicale à laquelle rêvent nos gouvernants est une langue subordonnée aux « nouvelles technologies de l'information ». « Il est indispensable » écrit en mars dernier la ministre de la Santé au professeur de physiopathologie humaine qu'elle missionne, « que les informations produites par chaque professionnel de santé puissent être communiquées et comprises par les autres acteurs du système de santé, ce qui suppose notamment l'emploi de terminologies médicales communes. Il importe donc de définir les modalités d'une politique publique en matière de terminologie médicale » (31). Cela donne un rapport intitulé « La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur de développement des systèmes d'information en santé », dont j'extrais juste deux passages. D'abord une vieille utopie d'une langue au garde à vous, il faut « gérer des données sur la base de normes et de référentiels sémantiques stables, pérennes, recommandés et mis à jour au niveau national et adoptés par tous » (p10) ; et la « nécessité de former et d'informer les professionnels pour les familiariser avec ces outils, ces méthodes et ces langages qui étaient étrangers à leur métier mais qui l'envahissent au point de structurer de nouvelles modalités d'exercice »(p11). Il s'agit d'un « système d'information centré sur le du patient » (p9).

Donc, une langue uniformisée et sans ambiguïté. En psychiatrie, un double effet : les informations pertinentes ne sont plus une différence qui fait la différence (32) mais un empilement de données ; et tout ce qui n'est pas centré sur le patient individuel n'est pas transmissible, c'est du « reste » non codifiable.

Dans ce contexte l'utilisation du vocable « trouble » est tout à fait pertinente. Un trouble mental, notamment dans le « DSM », c'est bâti à partir de comportements observables, sans psychopathologie ni intersubjectivité, ce qui, comme le dit Jean-Claude MALEVAL « suggère, sans faire de théorie, que les symptômes sont des entités naturelles biologiques » (33). Les troubles sont des attributs de l'individu isolé de son contexte. Mais ils constituent aussi une troupe hétéroclite, recrutée sans limite, qui aspire à échapper à leur origine : ils ont été inclus sur leur simple allure de comportement, et briguent le grade de maladie après avoir fait leurs classes.

Nous voyons de plus en plus à l'œuvre l'équation un comportement problématique= un trouble du comportement= un symptôme ou une maladie psychiatrique à soigner pour normaliser.

Il s'agit à la fois de la médicalisation de l'existence, de l'invention des maladies (34), où l'inventivité des laboratoires pharmaceutiques connaît peu de limites, mais aussi de la fonction attrape-tout du « trouble du comportement » avec « la catégorie du sujet anormal dont les actions sont réputées pathologiques sans relever d'une maladie proprement dite » comme le résume bien Olivier DORON (35). Cela produit par exemple la justification de la loi de rétention de sûreté (25 février 2008) où les psychiatres doivent apprécier « une particulière dangerosité caractérisée par le risque particulièrement élevé de commettre à nouveau une de ces infractions » en raison de « troubles graves de la personnalité ». A venir donc de savants distinguos entre dangerosité et particulière dangerosité et des développements acrobatiques sur les troubles de la personnalité et leur gravité.

POUR COMMENCER A CONCLURE

Les abréviations, les sigles de toutes sortes colonisent la psychiatrie, tant le langage clinique qu'institutionnel.

Pour la clinique les « TED », les « TOP », les « TOC », les « TAG » et autres « PTSD » sont suivant les lieux cantonnées aux items diagnostics, ou bien établis dans les discours. Je connais au moins un service où le terme de psychose infantile est banni par le médecin-chef, seuls les TED y ont droit de cité.

La « VAP » et son « RIMP », les V1, V2, V3 avec leurs « EPP », le budget et son « EPRD », « l'ARH », bientôt « ARS », avec son « CRCSM », son « PPSM » déclinés régionalement sont des sigles bien plus envahissants dans la vie des établissements. Ces sigles obscurcissent le langage, le technicisent en apparence.

Il est possible de n'y voir que l'envahissement à la fois managérial et scientifique (autrement dit : la privatisation et la marchandisation de la santé, et la psychiatrie assimilée à une neuroscience primaire, ou comment la psychiatrie se raconte qu'elle est une science exacte qui s'occupe de maladies biologiques).

Ces deux aspects peuvent être illustrés grâce au même psychiatre, détenteur d'un groupe de cliniques privées lucratives spécialisé en psychiatrie et géro-psi-chiatrie. Son groupe, dans sa commission économique en date du 29 septembre dernier, titrée « Le développement des activités de géro-psi-chiatrie. La gérontopsy, vecteur de croissance et d'ouverture ? »(36) considère qu'il existe en ce domaine « un fort potentiel de développement », « un segment à investir en prévision des SROSS 4 » avec « un financement à inventer ... » puisqu'il y a une « exigence d'accessibilité temporelle et financière avec un impact sur les ventes de chambres particulières » et ce au service d'un projet médical que je vous cite texto : « Unités spécialisées en court séjour gérontopsy= temps de gériatre salarié + équipes soignantes adaptées + spécificités architecturales (dont isolement) et moyens thérapeutiques variés (ECT, thérapies cognitives, etc.) ». (36)

Le même psychiatre, interrogé dans le rapport MILON sur « La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe » (37) (avril 2009) convient, à propos de la neurologie et de la psychiatrie « que la scission des deux disciplines, qui date de 1968, apparaît mois légitime aujourd'hui. On observe au contraire une convergence des deux disciplines avec l'apparition progressive d'une « médecine du cerveau » qui réconcilie les deux approches ». Dans le même rapport, un des axes du contrat d'objectif et de moyens de la fondation FONDAMENTAL avec le ministère de la Santé vaut d'être connu : « identifier les mécanismes qui sous-tendent les maladies psychiatriques, identifier les bio-marqueurs, identifier les facteurs de vulnérabilité, étudier les paramètres anatomiques et fonctionnels grâce aux plateformes d'imagerie, connaître les modifications cognitives et émotionnelles, construire des modèles animaux ».

Peut-être seulement une langue managériale et scientifique, comme dans bien d'autres domaines de la société.

Mais je pense aussi, et ce sera ma conclusion, à ce que Victor KLEMPERER écrit sur « la foule des mots mécanisants » dans son livre « LTI, la langue du III^e Reich » (38) : « Ici, il s'agit bien plutôt de l'empiètement de tournures techniques sur des domaines non techniques, où elles ont ensuite un effet mécanisant »... « Le pas véritablement décisif vers la mécanisation de la vie par le langage n'est franchi que lorsque la métaphore technique vise directement la personne ou, comme le dit une expression qui sévit depuis le début du siècle : lorsqu'elle est « réglée » sur elle ».

« Les mots » écrit-il aussi « peuvent être comme de minuscules doses d'arsenic : on les avale sans y prendre garde, ils semblent ne faire aucun effet, et voilà qu'après quelque temps l'effet toxique se fait sentir ».

BIBLIOGRAPHIE

- 1-« Ensemble, le journal du CHS de la Savoie », n°55, septembre 2009, p4
- 2-J.MORNET : « Le petit guide de l'accréditation », Champ social éditions & Les cahiers d'Isadora, septembre 2009
- 3-MC.GEORGES, Y.TOURNE : « Le secteur psychiatrique », Que sais-je, n°2911, PUF
- 4-C.GEKIERE : « Secteur psychiatrique et territoire de santé : le marché avance masqué », Pratiques, la revue de la médecine utopique, n°35, octobre 2006, p37-39
- 5-Pluriels. La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, « Territorialité et santé mentale », n°60, juillet 2006
- 6-R.CASTEL : « L'insécurité sociale », éditions du Seuil et la République des idées, 2003
- 7-« Loi HPST et réformes : un nouveau modèle de santé ? », Décision Santé hors-série, n°259, novembre 2009
- 8-« Rentabilité des cliniques en baisse », Décision Santé, n°259, novembre 2009
- 9-collectif « Non à la politique de la peur », www.refus-peur.fr
- 10-collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, www.collectifpsychiatrie.fr
- 11-discours de monsieur le président de la République : « L'hospitalisation en milieu psychiatrique », Antony, mardi 2 décembre 2008
- 12-circulaire DHOS/02/F2/2009/23 du 22/01/2009, www.legifrance.gouv.fr
- 13-M.DUGNAT : « L'entretien prénatal précoce, un exemple concret de dilemme prévenance/prédiction en périnatalité », dans « Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ? », collectif Pas de O de conduite, Erès, 2008
- 14-C.VOLLAIRE : « L'aliénation médicamenteuse », Pratiques, la revue de la médecine utopique, n°21, avril 2003, 41-45
- 15-C.GEKIERE : « La passion classificatrice en psychiatrie : une maladie contemporaine ? », www.uspsy.fr
- 16-B.BRECHT : « Dialogues d'exilés », L'Arche, 2006
- 17-A.BAUER, dans Politis du 22 octobre 2009, p17, citation reprise du journal Libération
- 18-loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
- 19-R.NEUBURGER : « L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale », nouvelle édition augmentée, Petite Bibliothèque Payot, 2003
- 20-C.GEKIERE : « Comment le consentement vint au malade mental ? », revue Raison présente, dossier « de la psychiatrie française en 2003 », n°144, 4^e trim. 2002, p81-97
- 21-C.JONAS : « L'opposition de la personne à l'acte médical », thèse pour le doctorat en Droit, Tours, 5 juillet 1993, 586p
- 22-MF.HIRIGOYEN : « Le harcèlement moral », Paris, La Découverte et Syros, 1998
- 23-MF.HIRIGOYEN : 3^e harcèlement comme mode de management », interview, Politis, 3 février 2000
- 24-P.COUCHEUX : « La déprime des opprimés, enquête sur la souffrance psychique en France », Seuil, 2009
- 25-C.GEKIERE : « Obligations de soins en psychiatrie : évolution des législations et des pratiques », Perspectives psychiatriques, vol 38, n°12, avril-mai 1999, p87-95

- 26-M.BUCHER-THIZON : « Consentement oblige ... ou consentement obligé », Pratiques en Santé Mentale », n°12, 2002
- 27-I.THERY : « La distinction de sexe, une nouvelle approche de l'égalité », Odile Jacob, 2007
- 28-A.SCHIFFRES, Libération des 3-4 mai 2008
- 29-« Indications et modalités de l'électro-convulsivothérapie », Recommandations professionnelles, Paris, ANAES, avril 1997, 95p
- 30-E.ZARIFIAN, cité par C.VIDAL dans « Ordre moral, ordre cérébral ? », dans « Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ? », Erès, 2008
- 31-M.FIESCHI : « La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur du développement des systèmes d'information en santé », rapport à la ministre de la santé et des sports, 9 juin 2009, 66p
- 32-G.BATESON : « La nature et la pensée », Seuil, 1984
- 33-JC.MALEVAL : « DSM, un manuel pour quelle science ? », revue Raison présente, dossier « de la psychiatrie française en 2003 », n°144, 4^otrim.2002, p37-55
- 34-J.BLECH : « Les inventeurs de maladies. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique », Actes Sud, 2005
- 35-O.DORON, argument du séminaire « prévention des risques, gouvernement de la dangerosité entre psychiatrie et délinquance » au centre Georges Canguilhem (<http://centrecanguilhem.net>)
- 36-Groupe SINOUE : « Le développement des activités de géronto-psychiatrie », commission économique du 29/09/09
- 37-« La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe » n°328 (2008-2009), Alain MILON, Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (8 avril 2009)
- 38-V.KLEMPERER : « LTI, la langue du III^e Reich », Albin Michel, Pocket, 1996

SIGLES

- V2 : deuxième version de l'accréditation des établissements de santé
- EPP : évaluation des pratiques professionnelles
- T2A : tarification à l'activité
- VAP : valorisation de l'activité en psychiatrie
- SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
- ARH : agence régionale de l'hospitalisation
- DDASS : direction départementale de l'action sanitaire et sociale
- HPST : loi hôpital, patient, santé, territoire
- RIMP : recueil d'information médicalisé en psychiatrie
- CMP : centre médico-psychologique
- ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- TED : trouble envahissant du développement
- TOP : trouble oppositionnel précoce
- TOC : trouble obsessionnel compulsif
- TAG : trouble anxieux généralisé
- PTSD : post traumatic syndrom disorder
- EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
- ARS : agences régionales de santé
- CRCM : commission régionale consultative en santé mentale
- PPSM : plan psychiatrie et santé mentale
- ECT : électro-convulsivothérapie