

Je suis une psychiatre angoissée, par Sylvie Quesemand Zucca

LE MONDE | 07.09.04 | 14h17

Pendant les vacances, juste avant la cueillette des fruits d'été, lois et décrets tombent des branches des ministères. La confiture, se dit-on alors, est entrain de cuire. Le ministère de la santé a peaufiné son plan pour la Sécurité sociale, bientôt mis en pots, consommable dans quelques saisons. Le but est clairement annoncé : il faut réduire le "trou" !

Est-ce que cela veut dire que je dois changer ma pratique dans cette optique ? Entre mer et campagne, entre bains et bois, par bribes, l'angoisse surgit : vais-je encore pouvoir écouter avec mon temps à moi celui de mes patients, guidée par cet étrange métronome de la rêverie nécessaire autour du discours qu'amène, différemment, chaque patient ? Vais-je pouvoir continuer à prendre le temps utile, face aux appels dans l'urgence, ce temps si précieux, qui souvent permet de faire retomber cette imminence du danger ? Inventer sera-t-il toujours possible ? Que restera-il de la surprise des lois de la parole et de ses effets, de l'influence majeure de la psychanalyse sur la psychiatrie ? Par respect du "déficit", nous devons être efficaces et rapides, répondant au grand élan confusionnel contemporain qui fait que la souffrance doit être éradiquée et ce, au plus vite. Nous devons calibrer la consultation et la "protocoliser".

Déjà, dans les hôpitaux généraux et les services de médecine, les nouveaux temps de soin se mettent en branle. Une consultation devient une suite de séquences : trente secondes pour se déshabiller (le patient), trente secondes pour examiner (le médecin), une minute pour l'interrogatoire, une minute pour penser, deux minutes pour poser un diagnostic, deux minutes pour traiter, trois pour coder le diagnostic et l'acte et informatiser.

La taylorisation du corps soignant tout autant que celle des corps malades, enchaînés dans la grande salle d'attente du nouveau "temps efficace", est en route. Go ! Le soin pensé par le management, le soin évalué comme performance par le ratio coût/rentabilité. Comment cela va-t-il se mesurer en psychiatrie ?

Pourtant, les patients devenus "usagers", continuent, et continueront comme sans doute depuis toujours, à chercher "leur" médecin : celui avec lequel on se sent bien, celui qui fait référence. Oui, c'est cela : qui fait référence sans qu'on sache forcément bien pourquoi ni comment... Supposons que le médecin référent, bien choisi par le patient (à qui, selon les textes, il reste le droit à l'erreur du choix moyennant quelques tracasseries administratives) l'adresse à un psychiatre. Que se passera-t-il si le contact ne passe pas bien, sans raison forcément précise autre que justement, cette absence de "référence" (ou de possibilité de transfert, pour ceux qui se réfèrent à la psychanalyse) entre le patient et le psychiatre ? Et qui des deux praticiens déterminera le temps jugé nécessaire à la prise en charge psychiatrique (psychothérapeutique ou médicamenteuse) du patient "référé", temps au bout duquel - couic ! - plus de remboursement ?

Qui osera prétendre savoir codifier et coder la folie, l'envie de mourir, la douleur morale, l'angoisse, ou encore le mutisme d'un enfant dans ce nouveau système informatisé de gestion ? Au nom du déficit, pas de questions, pas de débats publics, pas de parole sur le risque de stigmatisation des patients par ce codage informatique. Et quid de la certitude absolue de la protection du secret professionnel informatisé ?

En tant que psychiatres, deviendrons-nous des ingénieurs en santé mentale au service d'un hygiénisme normatif avec comme maîtres à penser des auteurs de best-sellers psy prônant leurs visions définitivement positivistes et optimistes ? Et je m'inquiète : pendant ce temps là, comment pourrons-nous continuer à soigner les grands malades mentaux, ceux qu'on ne voit pas à la télé, ceux sans lieu de soin, ceux des prisons ? Mais aussi tous les autres patients ? Sans garantie du secret professionnel que je viens de mentionner ?

Etre psychiatre, c'est avoir à faire avec la douleur d'être, la tristesse, l'angoisse qui existe chez tout humain ; et aussi avec l'insensé, la folie, la mort. Tout médecin, de quelque spécialité qu'il soit, est confronté à cette dimension. La particularité du psychiatre est qu'il est systématiquement

conduit vers ce qui, chez l'homme, renvoie au plus irréductible de son noyau humain.

Les symptômes psychiques ne sont pas des symptômes physiques : il suffit qu'on ait eu l'impression d'avoir eu raison d'eux pour qu'ils s'en donnent à cœur joie et se manifestent sous d'autres formes à chaque fois plus retorses. Car la psyché ne s'en laisse pas conter comme cela. Elle n'a que faire des raisonnements des managers : le jour où elle s'y laissera prendre, alors, c'est que l'idéologie du management aura vraiment réussi à polir chez l'humain la singularité et à ratiboiser son inconscient.

Qu'en est-il aussi de la codification des médicaments psychotropes qui ne peuvent être désolidarisés du soin dans sa complexité, ni dans la durée, ni dans le choix de la molécule, ni dans la posologie (d'où le grand danger du discours banalisé des Industries pharmaceutiques auprès du corps médical) ?

Tout prescripteur aguerri à la clinique psychiatrique le sait : la rencontre thérapeutique ne peut, en aucun cas se réduire à un programme prédéfini "objectif". Imaginer le contraire, c'est nier aussi bien l'apport des grands cliniciens que l'apport majeur de la psychanalyse à la psychiatrie depuis un siècle. Enfin, cela serait vouloir effacer les avancées, depuis Hippocrate, et les questions qui ont trait à la relation au malade amenées par les penseurs et philosophes soucieux de l'art médical comme enjeux majeurs du soin.

Qu'est ce que le soin en psychiatrie, en 2004, en France ? Qu'en sera-t-il des années à venir ? La question mérite réflexion en profondeur.

Sylvie Quesemand-Zucca est psychiatre, psychanalyste. Elle travaille en secteur libéral et à l'hôpital Esquirol (Paris) en lien avec le SAMU Social.

• ARTICLE PARU DANS L'EDITION DU 08.09.04