ESPRIT

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

LA MALADIE DONT ON NE GUÉRIT PAS

Table ronde avec Jean-Luc Gallais, Thierry De Rochegonde, Olivier Tarragano,
Propos recueillis par Alice Béja, Marc-Olivier Padis

Éditions Esprit | « Esprit »

2015/3 Mars-avril | pages 61 à 71

ISSN 0014-0759
ISBN 9782372340014

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

https://www.cairn.info/revue-esprit-2015-3-page-61.htm

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.
© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

La maladie dont on ne guérit pas

Table ronde avec Jean-Luc Gallais,
Thierry de Rochegonde et Olivier Tarragano*

Esprit – *La folie est un sujet dont on parle peu dans le débat public, comme s'il faisait toujours peur, alors qu'une culture psy diffuse accorde une visibilité nouvelle au thème de la souffrance psychique. Comment ressentez-vous cette évolution du point de vue de la demande des patients ? Pourquoi vient-on consulter ? Qu'est-ce qui déclenche le recours au médecin ?*

Thierry de Rochegonde – Dans le cadre de mon travail à l'hôpital de jour, je vois peu d'évolution. Les personnes nous sont adressées après une crise, ce que l'on appelle en psychiatrie une « décompensation ». Elles sont d'abord hospitalisées à temps plein, puis transférées en hôpital de jour s'il ne leur est pas possible de reprendre rapidement leur vie sociale et familiale. Cela n'a pas changé depuis trente ans. Ce qui a changé, c'est que certaines personnes peuvent se présenter elles-mêmes comme souffrant d'une pathologie particulière, par exemple de trouble bipolaire, en donnant alors au vocabulaire médical un sens personnel qu'il s'agit de décrypter.

Le changement ou l'évolution dont vous parlez se situerait plutôt dans la façon dont la maladie se « donne » d'un côté et s'« appréhende » de l'autre. La « douleur » psychique est désormais au premier plan, sans que l'on sache vraiment ce dont on parle ni comment l'évaluer. Elle se distingue peut-être de la souffrance qui est plus aisément objectivable, observable.

* Jean-Luc Gallais est médecin généraliste, Thierry de Rochegonde est psychologue et psychanalyste, Olivier Tarragano est psychiatre et psychanalyste, responsable du Pôle santé de Sciences Po Paris.

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

Le moment de rupture, lui, demeure le même, il s'agit de ce moment où vivre en société, s'arranger avec soi-même devient impossible. Et où l'on se retrouve à l'hôpital psychiatrique. Ce moment-là est toujours aussi perturbant pour la personne et perturbateur pour son entourage. En tant que soignant, il faut accepter de laisser cette perturbation nous atteindre, pour pouvoir y comprendre quelque chose.

Pathologie et santé mentale

Jean-Luc Gallais – Dans les années 1970, dans les dossiers médicaux, les psychoses et les névroses étaient au premier rang des diagnostics. Aujourd'hui, cette terminologie n'existe pratiquement plus, la névrose obsessionnelle devient le TOC (trouble obsessionnel compulsif), le syndrome maniaco-dépressif devient le trouble bipolaire… Ce changement dans les appellations s'accompagne de l'émergence de la question de la souffrance psychique, depuis une vingtaine d'années. L'expression de cette souffrance est devenue légitime. Aujourd'hui, il semble que l'on considère abusivement qu'il n'y a pas de différence de nature entre le mal-être et la pathologie mentale, mais simplement une différence de degré.

Or ces différences ne sont pas toujours claires pour les soignants eux-mêmes, et pour les médecins généralistes en particulier, qui sont exposés à une demande sociale de plus en plus forte. Pour bien des citoyens, le généraliste est le seul professionnel de santé référent et permanent. J'ai moi-même exercé pendant trente-cinq ans au même endroit, en Seine-Saint-Denis, à l'interface du médical et du social, en lien avec la psychiatrie de secteur ; cette stabilité est capitale, notamment pour des patients aux pathologies lourdes. Mais la formation des médecins, dans ce domaine, ne les aide pas beaucoup… Nous posons un diagnostic grâce à notre expérience. Le psychiatre, lui, arrive au moment où l'étiquette est souvent déjà suspectée ou posée, où l'on a constaté une récurrence des épisodes. Les médecins généralistes peuvent faire face à des symptômes qui ne sont pas psychiques ; le corps peut masquer la souffrance psychique. Qui plus est, un symptôme isolé n'a pas de caractère significatif. Il se passe donc nécessairement du temps avant de pouvoir négocier pour en référer à un psychiatre.

Olivier Tarragano – Lorsque je reçois des patients, la question de la distinction entre santé mentale et pathologie se pose toujours : ai-je à faire à quelqu'un qui est malade au sens psychiatrique, ou

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

s'agit-il d'autre chose ? Aujourd'hui, la santé mentale a largement évolué, et la diffusion d'un certain vocabulaire psy fait que les patients s'attribuent des pathologies sans se rendre compte de ce qu'elles signifient d'un point de vue psychiatrique. Quelqu'un vous dira, par exemple, qu'il est bipolaire parce qu'il y a des jours où il se sent bien et des jours où il se sent mal. Ce qui ne signifie pas, au contraire, que cette souffrance ne doive pas être prise en compte, simplement il faut interpréter la nature de la plainte, et savoir si celle-ci doit être prise en charge sur le plan médical ou autrement. Car le risque est de recourir trop facilement au médicament. On ne dit plus : « Je suis triste », mais « Je suis déprimé », alors que la dépression, au sens médical, est quelque chose d'extrêmement précis. Dire « Je suis triste » appelle la question « Pourquoi ? » Dire « Je suis déprimé » peut impliquer « Donnez-moi des antidépresseurs. »

Cette évolution est encore plus marquée lorsque, comme c'est mon cas, on s'occupe d'enfants et d'adolescents. Il y a une forte demande de normativité, dans le comportement, les résultats scolaires, l'inscription sociale, etc., demande prescrite par la société et relayée par les familles. Il est parfois difficile de faire accepter le fait que fonctionner différemment n'est pas nécessairement un signe de mauvaise santé mentale. Un enfant agité, un adulte qui ne se sent pas bien au travail, cela ne relève pas forcément de la santé mentale, mais de l'inadéquation de fonctionnement entre un individu et son environnement. Le problème, c'est que si l'originalité de fonctionnement peut ne pas être causée par la souffrance psychique, elle peut en revanche causer de la souffrance psychique, du fait de la pression extérieure. Les troubles de l'attention et la prescription de neuroleptiques à des enfants vont dans le sens de cette demande de normalisation, évolution extrêmement dangereuse qui censure le sens du symptôme[1].

Dans la pratique qui est la nôtre, il faut savoir rester à sa place et maintenir une éthique dans la manière dont on interagit avec les patients, l'entourage et l'environnement social. Il est nécessaire de faire une distinction entre la pathologie (qui relève du soin), la santé mentale (une souffrance qui doit être réinscrite dans l'histoire du patient) et les demandes extérieures (scolaires, familiales, sociales, professionnelles). Sinon, le psychiatre peut être conduit sans s'en rendre compte à intégrer et gérer des préoccupations (politiques, économiques, sociales) qui sont extérieures à son champ.

1. Voir le numéro d'*Esprit* de janvier 2014, « Inattention, danger ! »

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

N'y a-t-il pas aussi l'évolution dans la description des maladies, notamment sous l'influence du DSM, qui a éclaté les grandes catégories psychiatriques ?

O. TARRAGANO – Ces bibles taxinomiques réduisent le champ psychiatrique et sa spécificité, en isolant des symptômes. Chacun de nous a des travers, des obsessions, des éléments symptomatiques qui ne sont pas des pathologies. Rappelons tout de même que l'homosexualité figurait comme pathologie mentale dans les deux premières éditions du DSM (soit jusqu'en 1973). Certaines choses y entrent, d'autres en sortent. Mais le problème fondamental est que l'éclatement des catégories fait qu'à certains égards elles en viennent à décrire chacun d'entre nous. Le pseudo-scientisme du DSM est fondé par l'hégémonie statistique normative. Cela conduit « l'homme » à être objet d'étude et non sujet.

T. DE ROCHEGONDE : La question « Est-ce que je suis fou ? » n'est en général pas posée comme cela par ceux qui souffrent de troubles graves. Elle fait peur, on ne sait pas à quoi elle peut renvoyer, ni la réponse qui pourrait lui être donnée, mais elle existe et de nombreux patients sentent bien qu'ils ont affaire à des choses qu'ils ne peuvent partager avec les autres. Les soignants, eux, perçoivent la discordance, la dissociation.

Pour ce qui est de la santé mentale, du mal-être plus commun, les gens qui consultent ont avant tout besoin d'être rassurés. Ils veulent que le psychiatre leur dise : ça n'est pas parce que vous avez tel ou tel symptôme que vous êtes malade, que c'est grave ou que vous êtes fou !

J.-L. GALLAIS – La question de la réassurance va de pair avec la psychologisation du quotidien. Tout devient médicalement assisté : la naissance, la mort, la scolarité, le travail… La santé est devenue un immense marché, qui s'est segmenté. Il y a donc une forte pression sociale et médiatique : puis-je vraiment me dire qu'il n'y a rien d'inquiétant quand tout autour de moi me dit d'être inquiet, de consulter, de traiter, et de traiter médicalement ? Lorsque l'on souffre au travail, on va voir le médecin avant d'aller voir le représentant syndical. On demande, de plus en plus, à la médecine des choses qu'elle n'a pas à faire, et elle a le tort de l'accepter.

Pour ce qui est des catégories, il faut bien voir que les médecins généralistes sont formés comme des ingénieurs du corps. L'ingénierie psychique leur est étrangère. Les catégories sont rassurantes, parfois à tort : un fou est dangereux. Un déprimé, on peut

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

s'en occuper. Puis vient la question du médicament, inévitablement liée aux catégories et au diagnostic. C'est une question compliquée. En France, on aime les médicaments, leur côté « potion magique ». Ce qui en réalité disqualifie le thérapeute. Des études ont montré que sur les cinquante dernières années, dans toute la littérature adressée aux médecins généralistes en matière de psychiatrie, la psychose et la névrose ont disparu au profit de tableaux symptomatiques qui associent à chaque fois un symptôme à un médicament. Les produits finissent donc par définir eux-mêmes les catégories.

Lorsque l'on critique les généralistes car ils prescrivent trop, il faut bien se souvenir que tous ces médicaments sont passés devant des instances européennes, nationales, qui ont validé leur pertinence et leur utilité. Cette solution n'est pas forcément la bonne, mais elle est socialement admise et ne choque personne.

O. Tarragano – Nous vivons à une époque où la souffrance psychique est omniprésente en même temps qu'elle est niée. Il ne *faut* pas être triste. Or il y a une souffrance psychique, quand elle n'est pas invalidante, qui structure les individus : cette valeur structurante est niée, contrôlée, notamment par le patient lui-même. Combien de personnes ont ainsi perpétuellement dans leur sac un Lexomil qu'elles fragmentent et qu'elles prennent pour « passer » les moments angoissants ! C'est le médicament-doudou. L'autre conséquence de ce rapport à la souffrance psychique et au médicament est que l'on n'est plus dans une relation de confiance avec le soignant, mais dans une demande de preuve : il faut démontrer au patient qu'il ne souffre pas de ce dont il croit souffrir. Le patient veut une anesthésie symptomatique en lieu et place du sens du symptôme.

Cela est notamment lié à notre rapport au temps. Le réflexe initial est d'associer un symptôme à une pathologie, surtout si le symptôme est physique. On est dans la résolution de problème *(problem solving)*, ce qui est totalement à contretemps de la réalité du champ psychiatrique. C'est une discipline dans laquelle il faut du temps, des gens, de l'investissement. Or tout cela s'affaisse. La réponse médicamenteuse est simpliste et anesthésiante mais, hélas ! satisfaisante économiquement et politiquement. Alors qu'elle manque en général son effet, car elle se substitue au sens de la conflictualité psychique.

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

Le cadre de la prise en charge

Est-ce la raison de la crise des vocations ?

O. Tarragano – La psychiatrie demande du temps, un engagement, une énergie conséquente, et la conscience que la guérison n'est pas l'objectif. Le soin n'induit pas *de facto* la guérison. La dimension temporelle de la discipline est en outre difficile à faire comprendre. Par exemple, en pédopsychiatrie de secteur, la dimension de prise en charge sociale, économique, juridique est majeure. On n'est pas dans la « science pure ». En chirurgie, vous avez une effectivité immédiate : vous coupez, vous refermez, c'est terminé.

J.-L. Gallais – La question de la chronicité, avec laquelle on a toujours travaillé en psychiatrie, est à présent un état de fait de la médecine dans son ensemble, et met à mal le modèle même du pouvoir médical supposé. On ne guérit plus d'une maladie, on vit avec. On soigne *(care)* sans guérir *(cure)*.

T. de Rochegonde – En service de psychiatrie, nous ne sommes effectivement pas dans une logique de traitement, de guérison à tout prix (non que ce mot soit tabou, mais il faudrait bien s'entendre sur sa signification). Mais ce qu'il faut, ce sont des lieux qui « adoptent » ces personnes qui sont psychologiquement perturbées et socialement perturbantes. Or ces lieux sont de moins en moins nombreux, il arrive donc que l'on renvoie de plus en plus rapidement les gens chez eux, pour le meilleur ou pour le pire. Le pire, car cela revient parfois à se décharger sur les familles et peut conduire à des prescriptions médicamenteuses lourdes qui, en ambulatoire, ne sont pas toujours bien adaptées : toute la famille en souffre alors. D'un autre côté, le meilleur, on a vu aussi se développer des médicaments plus ciblés et moins handicapants ainsi que des solidarités nouvelles entre patients, familles et soignants. Cela demeure très local, mais existe dans de nombreux endroits ; on se retrouve autour d'un repas, de l'art, du travail, pourquoi pas du sport… Et la personne se trouve à nouveau adoptée, mais par la cité en quelque sorte.

O. Tarragano – L'adoption est un beau mot, qui évoque aussi l'abandon. Car si ceux qui souffrent de pathologies mentales ne sont pas adoptés par la société, on les retrouve en prison, dans la rue… C'est en cela que la psychiatrie de secteur est importante, parce qu'elle est stable, pérenne et constitue un référent pour les patients.

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

T. de Rochegonde – Le secteur doit aussi muer, être plus perméable aux évolutions sociales et aux demandes des familles et des personnes. Par le passé, le secteur a souvent signifié une relation exclusive du psychiatre avec son patient. Il faut accepter que les familles entrent dans les lieux de soins, de consultation. Cette perméabilité rend possible énormément de choses et ne nuit qu'exceptionnellement aux soins, contrairement à ce qu'on a pu penser pendant longtemps.

J.-L. Gallais – La carence de l'organisation publique génère inévitablement le développement du secteur associatif. Mais les structures actuelles ne suffisent pas. Les internats médico-pédagogiques (IMP), qui accueillent les enfants atteints de pathologies mentales, les renvoient dans leur famille pendant les vacances ! Après dix-huit ans, il n'y a plus de structures qui les prennent en charge. Ainsi, on a vu des familles devoir emmener leurs enfants en Belgique, car le pays acceptait de prendre en charge les majeurs atteints de pathologies lourdes venus de France, la Sécurité sociale française étant plus généreuse en la matière que la Sécurité sociale belge…

O. Tarragano – Ce qui montre bien qu'en France, nous manquons de places, de structures. Les centres médico-psychologiques (CMP) sont débordés. On en revient à la temporalité : que fait-on, entre les consultations, lorsque quelqu'un ne va pas bien ? Lorsque l'on vous dit qu'il faut quatre mois avant de pouvoir l'hospitaliser ? On donne des médicaments, ce qui permet de suspendre la situation et non de la résoudre. Ce fonctionnement a quelque chose de profondément problématique…

La question de la temporalité permet également d'introduire la variable de l'âge. Quels sont les moments de fragilité ? Que dire du malaise adolescent ? Quelle attention accorde-t-on aux troubles liés au vieillissement ?

T. de Rochegonde – À propos du vieillissement, de nombreux psychotiques vivent aujourd'hui plus longtemps qu'auparavant, et cela pose évidemment des problèmes de prise en charge. D'autre part, il y a des personnes âgées qui se mettent à souffrir de pathologies mentales. Cela a toujours existé, mais c'est aujourd'hui encore plus stigmatisé. Même les vieux n'ont plus trop le droit d'être fous !

Malgré tout, le grand moment de cassure et de recours à la psychiatrie reste le moment de l'entrée dans la vie adulte, de l'accès

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

au travail et à la vie amoureuse. Entre dix-huit et trente ans. C'est au moment où il faut articuler son intelligence avec celle des autres, avoir des supérieurs, des subordonnés… La plupart des pathologies mentales n'altèrent pas l'intelligence ni la sensibilité, elles peuvent donc avoir été masquées pendant les études.

O. Tarragano – Masquées, voire étayées. Les études donnent un « cadre », des objectifs définis. C'est à la sortie que l'on craque. On le voit bien lorsque l'on travaille avec des étudiants de grandes écoles. La pression des concours peut masquer des pathologies. La question se pose alors de savoir comment l'on accompagne, comment l'on encadre. Plus généralement, j'en reviens à la notion d'adoption évoquée par Thierry de Rochegonde : il faut qu'il y ait une greffe relationnelle, émotive, affective, pour que le patient puisse continuer à fonctionner hors cadre.

T. de Rochegonde – C'est pour cette raison qu'il faut une certaine stabilité en psychiatrie, des personnels, des lieux, des méthodes… Quelqu'un qui est « adopté » par une équipe soignante peut vivre en dehors de la structure d'accueil, puis revenir, et cela peut se produire pendant des dizaines d'années parfois. Les soignants doivent accepter une sorte de permanence, de prendre sur eux pour longtemps l'impossibilité de quelqu'un à être au monde. Accepter que les gens reviennent. Au lieu de cela, il arrive aujourd'hui de plus en plus souvent que, lorsque quelqu'un fait une décompensation, il se retrouve à l'hôpital, puis que l'hôpital le remette dehors très rapidement après lui avoir administré un traitement.

O. Tarragano – Cette formule est révélatrice : en psychiatrie, le traitement ne suffit pas. Traiter la crise, renvoyer à un diagnostic, à une réponse thérapeutique, ce n'est pas prendre en charge le patient. C'est la spécificité de notre champ. Il n'y a pas de psychiatrie sans risques. On ne peut pas empêcher tous les suicides, tous les actes violents. En rester à la réponse thérapeutique, c'est assurer une fonction sociale : on vient, on traite. Les médicaments sont utiles, mais en psychiatrie, traiter n'est pas soigner. Traquer le sens pour que le sujet advienne, tel doit être notre objectif. Pour ce faire, il faut un cadre thérapeutique et éthique.

J.-L. Gallais – La stabilité du cadre est importante, jusque dans la pratique quotidienne. Je me souviens d'un patient, un jour, que j'ai dû recevoir dans un bureau qui n'était pas le mien, pour cause de travaux. Il a refusé de me dire quoi que ce soit. Il m'a dit : je me remettrai à parler quand nous serons là où nous sommes d'habitude.

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

Les médecins généralistes ont souvent une grande conscience systémique des trajectoires de leurs patients, car en tant que médecin traitant, ils les reçoivent pendant des années. Cet accompagnement dans la durée conduit aussi à faire le deuil de la toute-puissance médicale… Et à parler avec les collègues, pour s'assurer de la stabilité du cadre général.

Sciences cognitives et psychiatrie

O. Tarragano – On en revient à la relation humaine, au travail en équipe, à la nécessité du temps. Dans les sciences cognitives et les neurosciences, on est dans une vision de l'humain explicative, au sens naturaliste : il faut trouver l'articulation organique qui pourrait être rééduquée. Bien sûr, cette réponse (problème-solution) est plus satisfaisante, sur le plan social, économique ; elle ne requiert pas l'articulation de la souffrance en sens. Les patients arrivent en demandant : est-ce que c'est génétique, neurobiologique ? Je ne sais pas s'il est possible d'articuler les deux perspectives. Les bases conceptuelles sont très différentes.

Les oppositions entre neurosciences et psychanalyse sont fortes, importantes, en termes de financements, de postes… Néanmoins, lorsque l'on discute avec des praticiens, on voit que les pratiques sont plus diverses et mélangent différentes approches.

T. de Rochegonde – J'interviens ponctuellement dans un master de neurosciences. Les questions de fond qui sont posées quant au suivi des patients sont les mêmes que celles que se posent de jeunes psychiatres ou psychologues. Car la chronicité est partout. Les techniques sont différentes, mais les questions sont identiques. Même si l'on ne travaille pas ensemble, il est légitime que les gens qui souffrent aillent chercher des bouts de réponses là où il y en a.

O. Tarragano – En psychiatrie, il faut accepter qu'il n'y ait pas de clés, ce qui n'est pas simple, et nécessite que le praticien accepte ses limites. Si l'on réduit les deux positions à leur sens le plus fort, on aura d'un côté – la psychiatrie – une vision de l'unicité de l'homme fondée sur sa capacité à prendre subjectivement position sur ce qui se passe, de ne pas aller dans le sens du biologique (par exemple ne pas manger lorsque l'on a faim), de l'autre – les sciences cognitives – une forme de réduction au biologique qui, *in fine*, tend à démontrer que cette liberté n'est qu'un effet de surface, illusoire. Cependant, en termes physiologiques, les études sur le fonctionnement cérébral

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

sont intéressantes. Simplement, elles n'ont pas d'effectivité sur le plan thérapeutique au sens psychanalytique, elles rééduquent au sens organiciste. C'est la fonction qui est rééduquée, mais le sujet est bien souvent oublié.

Que peut-on mesurer ?

L'une des difficultés pour la psychiatrie est que les sciences cognitives développent un protocole clair, qui peut présenter des résultats, les évaluer… Les psychiatres ont, eux, tendance à refuser l'évaluation. Est-ce encore tenable, à l'heure où les financements publics se réduisent ?

O. Tarragano – Comment voulez-vous fournir la preuve absolue que le fait qu'un psychotique passe quarante ans en hôpital de jour est positif pour lui ? Tous les malades ne sont pas réinsérés, tous ne sont pas guéris. Pour autant, cela démontre-t-il que l'adoption d'un patient par une institution est inutile ? Les sciences cognitives permettent de comprendre certains mécanismes, mais elles n'ont pas d'utilité thérapeutique. Bien sûr, il y a un coût cérébral des pathologies mentales. Le comprendre ne permet pas de résoudre la situation du patient.

Par ailleurs, on ne peut pas dire que l'on n'est pas évalué en psychiatrie. En pédopsychiatrie, l'effectivité du traitement chez des enfants qui n'ont pas de pathologies lourdes est assez visible. On fonctionne par autoévaluation. En ce qui concerne le privé, le succès des cabinets reposant très largement sur le bouche-à-oreille, ils sont évalués par les patients. Et puis il y a des supervisions, des colloques, des lieux où les psychiatres peuvent venir soumettre des cas difficiles. Nous ne travaillons pas en dehors de la société. La question est alors : est-ce que l'on peut faire une lecture statistique de ce travail ? Mais la tyrannie de la preuve est un outil politique et économique bien plus qu'une ambition thérapeutique éthique.

T. de Rochegonde – L'évaluation est par définition la mesure d'une valeur. Or on se demande rarement quelle est la valeur que l'on veut mesurer. Le fait de chercher l'évaluation statistique chiffrée a un effet toxique, car les professionnels perdent la conscience du fait qu'ils ne cessent d'évaluer eux-mêmes leur travail, avec leurs collègues, leurs pairs… Tout cela est oublié lorsque l'on a les yeux rivés sur des objectifs chiffrés. Par ailleurs, les outils d'évaluation sont souvent conçus de manière obsessionnelle, segmentant tous

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

les comportements, tous les actes des personnes. La moindre option est pensée, intégrée, il n'y a pas d'opposition ni de choix possible. Au bout du compte, le résultat est totalement linéaire, soit à rebours de l'expérience psychiatrique, qui ne l'est pas.

Pour avancer dans une réflexion sur l'évaluation, je proposerais de faire entrer les familles dans l'hôpital, de donner la parole aux patients… La demande d'évaluation vient aussi de l'intérieur des structures, on l'oublie. Je m'occupe par exemple d'une association qui regroupe des patients, des proches et des soignants, et c'est dans ce cadre que la demande émerge.

O. Tarragano – La logique des agences régionales de santé (ARS) est purement comptable. Or le champ médical, pour suivre les patients, doit se conformer à ses propres logiques. Les grandes découvertes médicales en psychiatrie sont minces : les anxiolytiques, les neuroleptiques et les antidépresseurs sont globalement substituables les uns aux autres. Il n'y a qu'une pathologie (le trouble bipolaire) que l'on sache guérir. Personne ne peut aujourd'hui dire qu'il sait ce qu'il faut faire pour guérir des psychotiques. Alors, il y a l'engagement humain, qui ne satisfait pas les comptables. La générosité, l'abnégation et le temps sont parmi nos outils les plus fondamentaux, nécessaires à accompagner nos patients esseulés par la souffrance. Notre impuissance ne doit pas accompagner la radicalité comptable qui souligne nos limites et invite à l'abandon. Restons humains et accompagnons, au risque de l'insatisfaction comptable.

J.-L. Gallais – Il est cependant possible d'avoir des améliorations, dans l'organisation notamment. Pour certaines affections chroniques, les modalités de prise en charge sont morcelées, insuffisamment articulées. L'innovation organisationnelle est une étape indispensable. Il faut garantir moins de ruptures pour les patients en situation chronique. Il faut aussi améliorer la gestion du corps, car les patients atteints de pathologies mentales ont aussi toutes sortes d'autres pathologies… Le système demeure trop cloisonné. Par ailleurs, il ne suffit pas d'avoir une offre et des dispositifs ; encore faut-il qu'ils soient disponibles, accessibles financièrement et coordonnés.

T. de Rochegonde – Des expérimentations se font, soutenues aussi par les ARS, qui dans des appels à projets demandent souvent des partenariats entre le secteur psychiatrique, le champ médico-social et les usagers.

Propos recueillis par Alice Béja
et Marc-Olivier Padis

© Éditions Esprit | Téléchargé le 09/06/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)