

## **INTERVENTION à la Société de Médecine du Travail Dauphiné Savoie**

**24 juin 2005**

**Dr Brigitte FONT LE BRET, psychiatre**

### **LE RENDEZ VOUS MANQUÉ**

C'est avec beaucoup d'émotion que je vous parle aujourd'hui en pensant à tout ce que nous étions en train de mettre en place ensemble, depuis quelques années, dont la faisabilité et le devenir me semblent compromis. Vous allez me trouver pessimiste mais comment ne pas l'être quand notre propre spécialité, la psychiatrie est à ce point mise à mal et que nous ne pouvons plus assurer un travail de qualité. Combien de suicides, d'homicides, d'agressions sexuelles, d'atteintes au respect des libertés et de la dignité se déroulent sous nos yeux avec le sentiment dramatique d'être impuissant faute de moyens suffisants.

Combien de personnes incarcérées sans soins adaptés, en attente d'une expertise psychiatrique qui déterminera l'ordonnance de non lieu ou le passage devant la juridiction compétente ?

Combien de personnes âgées spoliées dans l'attente du certificat psychiatrique permettant la mise en place d'une mesure de sauvegarde de biens, combien d'enfants placés en attendant l'expertise de leurs parents pour permettre aux Juges des Affaires Familiales de statuer en connaissance de cause.

Il y avait par exemple la semaine dernière en Isère quatre patients pour lesquels une procédure d'Hospitalisation d'Office avait été demandée, je rappelle que celle-ci nécessite un caractère d'urgence et de dangerosité pour autrui. Il n'y avait pour eux aucun lit de libre, plus de chambre d'isolement disponible dans le département.

De la même manière les patients pour lesquels une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers est organisée, attendent souvent plus de 5 jours aux urgences médicales qui ne sont pas habilitées pour les recevoir plus de 48h.

Le nombre de mesures d'hospitalisations sous contrainte croît chaque année, avec un recours de plus en plus fréquent à la procédure d'urgence qui en matière d'Hospitalisation à la demande d'un tiers nécessite qu'un certificat médical et non les 2 exigés par la procédure classique prévue par la Loi de 90, cette pratique peut être une porte ouverte à des hospitalisations abusives.

Le système ne fonctionne pas mieux pour ce qu'il en est des hospitalisations librement consenties, 4 à 5 jours d'attente au minimum, quasi impossibilité d'utiliser le service public et l'avantage qu'il offrait avant, à savoir la sectorisation et la possibilité de préparer avec les équipes des Centres Médico Psychologiques, le relais et la sortie. Certains CMP ont des délais d'attente de 3 mois. Nos enfants ne sont pas mieux lotis compte tenu de la carence en pédopsychiatres.

Il suffit de se promener avec un regard de clinicien pour croiser dans la rue des patients sortis prématurément des Centres Hospitaliers Spécialisés, comment ne pas être révolté devant leur discordance, leur monologue délirant et leur désocialisation.

Téléphones occupés des confrères psychiatres libéraux qui ne peuvent écouter leur patient et répondre aux appels incessants de personnes recherchant désespérément un psychiatre. Entendre les sanglots retenus de ces inconnus à qui nous sommes obligés de répondre le plus souvent : « je n'ai plus de place » nous va droit au cœur et vient heurter notre propre raison d'exercer notre métier : nous ne pouvons même plus répondre à la souffrance, qui faisait écrire à Georges

Canguilhem, médecin et philosophe que l'appel du médecin vient du malade et que c'est l'écho de cet appel pathétique qui fonde notre pratique.

Je ne vous parle pas des situations de plus en plus fréquentes où les patients viennent nous voir sans rendez-vous nous supplier de les prendre.

Quelle place dans un tel contexte pour l'échange, la réflexion avec vous ?

Si je parle de rendez-vous manqué c'est que un certain nombre de psychiatres commencent à s'ouvrir au monde du travail, tenant compte de la qualité de vos travaux en matière de psychopathologie et psychodynamique du travail.

De plus en plus les psychiatres sont interpellés par leurs patients qui leur formulent de nouvelles demandes : certificat descriptif de souffrance au travail, demandes d'imputabilité auprès des Commissions de Réforme ou de passage au CRRMP, rédaction de certificats pour argumenter une demande de licenciement pour inaptitude médicale au poste...

Dans le même temps la clinique psychiatrique se transforme avec une augmentation croissante des diagnostics d'état limite, de troubles addictifs et phobiques et une érosion des différences entre les structures psychotiques et névrotiques.

Nous constatons l'apparition de nouvelles entités cliniques comme la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.

Ceci alors même que nous observons de plus en plus dans nos entretiens des difficultés de représentation psychique et un recul de la symbolisation, rendant les psychothérapies plus difficiles.

Le plan psychiatrie et santé mentale est porteur de tout ce cheminement. L'intitulé de ce plan est déjà en lui-même significatif de l'évolution en cours à savoir que le concept de santé mentale tend à évacuer la psychiatrie, la preuve en étant que nombreux articles et conférences de presse sur le plan, ont omis d'utiliser le mot psychiatrie et parlent du Plan Santé Mentale 2005-2008.

La psychiatrie est aujourd'hui en situation de régression théorique grave au point que son statut ne cesse d'être remis en cause.

Cette substitution de la psychiatrie au profit de la santé mentale, succédant je le rappelle à l'ancienne appellation hygiène mentale, cette substitution est en cours depuis plusieurs années les points forts ayant été la disparition du concours de l'internat en psychiatrie et la baisse du numerus clausus, le décret de 92 mettant fin aux études séparées des infirmiers de secteur psychiatrique.

Nous assistons à la généralisation des catégorisations cliniques, type DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), qui propose une classification en fonction des troubles et des comportements excluant le symptôme et sa fonction.

Un journaliste de la revue Recherche en parle comme « d'une arme de classification massive ».

Nous assistons, heureusement, à une mobilisation d'un certain nombre de syndicats de psychiatres et à des regroupements de psychiatres et de psychanalystes pour la défense de la psychiatrie.

« La psychiatrie est médicale ou n'est pas » écrivait Henry Ey, celui que l'on a appelé le pape de la psychiatrie et auquel nous nous référons encore et toujours lorsqu'il s'agit de renvoyer l'étudiant à un manuel de psychiatrie.

Nous citons un extrait de son ouvrage « Défense et Illustration de la psychiatrie » :

« Psychiatrie : partie de la science médicale. Car, bien entendu, la psychiatrie est médicale ou n'est pas, ...n'en déplaise à ceux qui lui reprochent de l'être trop, préférant, disent-ils, qu'elle soit morale ou anthropologique, ou psychologique, ou psychanalytique, ou sociale, voire politique ; c'est-à-dire qu'elle ne soit plus rien, en renonçant à prendre pour son véritable objet la maladie mentale, dans la stricte réalité de sa structure psychopathologique ».

Ce texte écrit en 78 est en 2005 d'une actualité étonnante.

Et pourtant la question se pose de savoir, si en médecine, la maladie mentale est susceptible d'être étudiée de la même manière que les autres affections.

Nous savons que depuis longtemps, l'espoir de la psychiatrie a été de trouver un modèle anatomo clinique établissant une correspondance entre des lésions et des troubles mentaux. L'essor des neurosciences et de la génétique en est la preuve.

La protocolisation et l'évaluation des prises en charge psychiatriques, le projet de tarification à l'acte dans les hôpitaux spécialisés, la place de la pharmacologie, la place de moins en moins grande réservée à la psychothérapie institutionnelle faute de moyens en personnel a transformé en moins de dix ans la psychiatrie. Le travail de titans des désaliénistes qui ont cassé symboliquement les murs de l'asile et développé la psychiatrie de secteur à partir des années 60 est réduit quasi à néant.

La logique économique à l'œuvre en supprimant 50 % des lits d'hospitalisation sans donner les moyens à l'extra hospitalier de prendre le relais des prises en charge des patients explique l'état catastrophique de la psychiatrie à ce jour.

Il est bon ton de parler «soft », on ne parle plus de psychiatrie mais de santé mentale, on ne parle plus de psychose maniaco dépressive mais de troubles bipolaires, on ne parle plus de névrose obsessionnelle mais de TOC, le mot Hystérie n'apparaît plus. On ne parle plus d'électro choc mais d'ECT (électroconvulsivothérapie). On ne fait plus d'entretiens cliniques mais on fait passer des échelles d'évaluation.

Ce glissement sémantique est plus que préoccupant lorsque l'on sait que le propre du langage, c'est de faire le Sujet.

Comment repérer ce qui fait sens pour un patient, comment comprendre ce qui se joue en lui dans l'apparition d'un symptôme si nous mettons à mal l'écoute individuelle qui privilégie le discours, ses images, ses glissements, ses accélérations et ses pauses, ses hésitations ou ses silences. Comment repérer la réactivation d'anciennes blessures chez celui qui nous parle qui est un sujet ancré dans une histoire individuelle, familiale, historique et sociale si nous n'avons plus les moyens de mettre en place cette empathie avec nos patients, faute de temps.

Il nous semble essentiel de redonner à la clinique psychiatrique sa place centrale, de nous interroger sur ses transformations en fonction des mutations contemporaines, d'intégrer et encourager la démarche scientifique tout en continuant de prendre en compte la référence psychanalytique en tant qu'elle situe l'ordre spécifique de la vie mentale comme étant celui du langage.

Paul RICOEUR, philosophe contemporain nous permet de refaire le lien avec notre journée en écrivant :

« Il n'y a pas un règne du travail et un empire de la parole qui se limiteraient du dehors mais il y a une puissance de la parole qui traverse et pénètre tout l'humain, y compris la machine, l'outil et la main ».

Je vous propose donc en guise de conclusion de maintenir et développer coûte que coûte ce travail de parole, initié dans les années 50 par les pionniers de la psychopathologie du travail rassemblant médecins du travail, psychiatres, ergonomes, psychologues et sociologues.