

Faut-il être optimiste ou pessimiste sur l'avenir de la psychiatrie ?

Patrick CHALTIEL

Psychiatre
EPS Ville Evrard- Neuilly
Sur Marne

Au mi-temps de ma carrière, au seuil de l'accomplissement de mes ambitions professionnelles, une question, un dilemme me taraude : dois-je être un chef de service optimiste ou pessimiste ?

Et comment mon équation personnelle au sein de cette dialectique influera-t-elle, en bien ou en mal, sur le secteur de Psychiatrie Publique Générale dont j'assume la charge de l'évolution et de l'avenir ? Cette question s'alimente à une actualité instable qui me procure un étrange sentiment de « labilité thymique » : je n'ai jamais entendu autant de « nous vivons une époque formidable et ça n'est que le début ! » que de « rien ne va plus et ça sera de pire en pire ! ». Qui plus est, chacune de ces positions s'appuie sur des arguments tout à fait convaincants et qui tour à tour emportent l'adhésion, à première lecture.

Quelques bons arguments pour le pessimisme psychiatrique

1. Conjonction d'un accroissement spectaculaire de la demande de soins et d'une récession non moins marquée des démographies soignantes.

2. Déficit idéologique, pragmatisme défensif, bureaucratisation et contrôle obsessionnel des coûts et des résultats plaçant les choix cliniques et thérapeutiques sous tutelle de l'administration sanitaire et de l'assurance maladie.

3. Emiettement de la psychiatrie en sous-spécialités ; dispersion ; perte d'unité épistémologique, éthique, technique. Déclin « des humanités » psychiatriques. Déspécialisation du soin psy.

4. Centrement universitaire étroit sur un axe pharmaco-cognitivistique, visant à une extinction progressive par déficit d'enseignement des approches concurrentes en général et « subversives » en particulier.

5. Flou anomique quant à la place de la psychiatrie dans la société : subversion et détournement des missions de la psychiatrie vers l'expertise psychosociale, vers la contention et « l'adaptation » des souffrances psychiques induites par la précarité, par le chômage, par les traumatismes, et jusqu'au traitement des angoisses de civilisation !

6. Inégalité profonde et inhomogénéité du développement, au plan national, de la psychiatrie publique, démontrant la fugacité des volontés politiques et de l'humanisme social en matière de santé mentale et d'amélioration des conditions de vie des malades.

7. Mauvaise adaptation des moyens de la psychiatrie publique :

- au libre choix, par l'usager, de son psychiatre traitant
- aux problématiques de violence urbaine et à la dangerosité clinique
- à la précarisation et à la misère matérielle et affective des grands malades dans la cité
- à la nécessité pour certains de soins en long cours en milieu protégé
- à la nécessité, pour d'autres, de ne pas être confrontés, sous prétexte de soins intensifs, à une promiscuité avec des malades très graves.

Quelques « bons arguments » pour l'optimisme psychiatrique

1. Développement de la demande vers une psychiatrie généraliste appelée à réduire toute souffrance psychique, y compris les plus « normales » (deuil, séparation, perte d'emploi et autres événements traumatiques, récents ou anciens).

La destigmatisation du soin psychiatrique, et donc, de la maladie mentale, en passe nécessairement par cette phase de sur-sollicitation au cours de laquelle chacun revendique la santé mentale comme un bien précieux et fragile.

La réduction des effectifs soignants

spécialisés va contraindre l'ensemble des acteurs sociaux, du citoyen à l'état, à renégocier, autour du patient et du triangle famille-médecin généraliste-psychiatre (co-acteurs de l'attention et du soin au malade), les moyens personnalisés à mettre en œuvre pour l'amélioration de son confort psychique, physique et social.

2. Disparition des idéologies « prêt à penser », des dogmes surmoïques. Eclectisme épistémologique des sciences cognitives (de la linguistique à l'Intelligence Artificielle, en passant par la neurobiologie). Eclectisme éthique et technique des psychothérapies.

Equilibre entre les aspects « universels » des maladies mentales et de leurs traitements et les déterminants locaux (familiaux communautaires, culturels,...) dans l'évolution et le « pronostic social » de ces catégories humaines que nous désigne la « nosographie universelle athéorique ».

Développement de méthodes d'évaluation adaptées à la psychiatrie afin de repérer de façon moins mythologique et plus scientifique l'efficacité des traitements.

3. Diversification des intérêts des psychiatres. Meilleurs échanges coopératifs et constructifs entre soignants d'obédiences différentes. Régression du manichéisme moral. Recherche de schèmes intégrant différents paradigmes (cybernétique, écologique, sociologique, neurobiologique, cognitiviste, systémique, psychanalytique).

4. Progrès constant de la psychopharmacologie depuis sa naissance il y a cinquante ans.

Avenir prometteur des neurosciences dans la connaissance du fonctionnement physiologique et pathologique du cerveau.

5. Reconnaissance des compétences des soignants psychiatriques dans de nombreuses problématiques psychosociales (maltraitance, abus sexuel, harcèlement moral, violence, criminalité, psycho-traumatismes, chômage, précarité et misère).

Faut-il être optimiste ou pessimiste sur l'avenir de la psychiatrie ? (suite)

6. Réalisation progressive efficace et complète, en trente ans, des outils de base du soin psychiatrique proposé par la politique de secteur, et **ce à chaque fois que se sont rencontrées** : une volonté soignante dynamique, une volonté administrative déterminée et une volonté politique locale courageuse (soit sur le 1/4 du territoire national).

7. Critique et refondation des principes de base de la psychiatrie publique, intégrant de nouvelles nécessités pragmatiques :

- développement du travail multipartenarial en réseau, déjà fortement promu par la psychiatrie de secteur

- prise en compte du droit de l'usager comme fondement de la démarche de soins

- dialogue ouvert et honnête avec l'environnement familial et social du patient dans le respect attentif du meilleur équilibre entre confidentialité et partage nécessaire à une reconstruction des « contenus de l'intime » mis à mal par l'aliénation.

Au terme de ce petit inventaire, vous pourrez constater, point à point, que **chacun des arguments cités au service du pessimisme peut être inversé au bénéfice de l'optimisme et réciproquement. Nous voilà donc bien avancés !**

A quoi se fier, alors, pour résoudre notre dilemme ? [...]

Faut-il considérer ce questionnement sous l'angle du principe d'asymétrie entre optimisme et pessimisme énoncé par le philosophe Emile Chartier, dit Alain : « *le pessimisme est d'humeur, l'optimisme est de volonté* ».

Le pessimisme est la nature même de la conscience : sa douleur de se savoir éphémère.

L'optimisme est une sublimation, une éthique de la construction collective [...].

Pour ma part, je me construis ainsi, dans le silence réflexif, un « pessimisme de volonté », (par opposition au pessimisme d'hu-

meur) susceptible de m'affranchir des injonctions à l'optimisme et au bonheur qui avaient surchargé mon enfance.

Où en suis-je donc, au terme de cette quête, et quels jalons puis-je offrir à ceux qui accepteront de partager avec moi ces doutes et cette réflexion ?

Je me rallierai à cette citation de Bernard-Henri Lévy, qui me paraît rendre compte à merveille de ce « pessimisme de volonté » dont s'est doublé mon lourd héritage d'optimisme pré-contraint : « *le pessimisme ne vaut que s'il dépose, au bout du compte, une plage, mince mais dure, de certitudes et de refus* ». ¹

J'y ajouterai encore ceci, en conclusion provisoire : **Mes certitudes (minces mais dures) issues de ce pessimisme utile s'ordonnent autour de trois idées :**

1. La tendance lourde et naturelle de tout groupe humain, de toute société, de toute civilisation est au rejet, à la **maltraitance**, sous forme plus ou moins édulcorée, des personnes souffrant de troubles psychiques majeurs. En conséquence, la psychiatrie intégrative demeure et demeurera toujours, un combat, une lutte. Il n'y a de psychiatrie pacifique, rationaliste, détachée des passions que celle qui accepte la mise au rencart des malades mentaux. Je m'y refuse.

2. L'allié le plus probable du psychiatre qui mène la guerre à l'exclusion est la cellule de base du groupe social : **la famille**. C'est elle qui initiera le mouvement vers le « rejet naturel », ou bien qui relèvera le défi de l'intégration, selon la façon dont la psychiatrie l'encouragera et la soutiendra dans une voie ou dans l'autre. La famille est le pont entre la maladie et le soin. L'institution ne saurait s'y substituer utilement que sous la forme de groupes de dimension para-familiale intégrés à la cité et progressivement déspecifiés.

3. La « **méconnaissance** » du **trouble mental** (ou de l'origine mentale d'un trouble) est consubstantielle de notre métier et de notre éthique. On ne peut « raisonner » la méconnaissance (n'en déplaise au « cognitivisme idéologique », un schizophrène ne deviendra jamais un diabétique équilibré).

La psychiatrie, c'est l'art de négocier la méconnaissance avec le moins possible de recours à la contrainte ou au rejet.

Mais, bien au-delà, l'éthique du psychiatre consiste à combattre la méconnaissance sous toutes ses formes cliniques (le déni, le refus, la forclusion, la négation, le refoulement, l'oubli, la mystification, la mythification...) et sociales (populaire, politique, médiatique, scientiste, religieuse, sectaire...).

C'est sur cette couche, mince mais dure, de certitudes et de refus que je m'engage, poussé par mon pessimisme de volonté.

Loin d'un pessimisme d'humeur, contagieux et délétère, ce pessimisme humaniste m'engage à la vigilance extrême d'une « guérilla urbaine » jamais finie, à recommencer à chaque fois, avec chaque patient, chaque famille, chaque communauté.

A moi, les pessimistes ! L'asile touche à sa fin, la psychiatrie intègre la Cité.

Alors, « *si vis pacem para bellum* »*.



BIBLIOGRAPHIE :

¹ Bernard-Henri Lévy,
La Barbarie à visage humain.
Ed. Grasset, 1977

* Locution latine
signifiant « Si tu veux la
paix, prépare la guerre »