



Étude du métier de psychiatre d'après les sciences du travail

*Menée à partir de deux rencontres de psychiatres en activité
M. Guiouillier et M. Havreng*

Juin 2017

Introduction

Lorsque l'on étudie le travail, notamment pour sa pénibilité, nous sommes amenés à évoquer des professions pour lesquelles il s'agit non seulement d'une réalité vécue, mais d'un phénomène étudié. Psychologues, psychiatres, thérapeutes font ainsi face aux difficultés de leur propre travail tout en ayant parfois comme sujet celui des autres. C'est pourquoi cette enquête s'intéresse au métier de psychiatre afin d'étudier cette intrication entre la réalité du métier médical, les outils pour l'exercer et la place du patient.

Ce document est fondé sur deux entretiens avec deux psychiatres de profession. Le premier s'est déroulé avec Bertrand Guiouillier, praticien à mi-temps en libéral et à mi-temps comme médecin coordonnateur d'une association spécialisée pour les adolescents. L'un d'entre nous a posé les questions via Skype tandis que l'autre prenait des notes, pour une durée d'environ 2h30. Le second entretien a eu lieu avec Jean-François Havreng, Médecin Chef Pédopsychiatre et Directeur d'un l'Hôpital de Jour pour enfants. Nous étions alors tous deux présents pour 1h40 environ, au sein même de l'Hôpital de Jour. Les deux entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement, dont l'exploitation servira exclusivement ce document ainsi que notre présentation orale.

Nous étudierons ici le métier de psychiatre dont nous tenterons d'approcher le travail réel, conséquence du travail prescrit dont il se distingue toujours. Ainsi, nous répondrons à la question suivante¹:

- Étant donné que le psychiatre est un médecin thérapeute qui soigne les souffrances morales, les troubles du comportement et les problèmes relationnels,
- Comment assurer la guérison des patients en consacrant le temps nécessaire à chacun d'entre eux et préserver la volonté du psychiatre de continuer à soigner,
- Alors que la prescription du psychiatre est mouvante, que les collectifs dans lesquels il évolue ont parfois une approche différente de la maladie, que le patient peut ne pas collaborer, que le contexte économique et administratif de la profession contrarie la réalisation de la bel ouvrage, et que le psychiatre doit faire alliance avec le patient tout en gardant une distance avec son discours ?

Nous étudierons ces points dans quatre parties distinctes.

¹ formulée en problématique-valeur issue d'une approche d'analyse fonctionnelle

Table des matières

Introduction	2
Table des matières	3
Remerciements	3
Une prescription mouvante qui fait débat	4
Une prescription explicite par la formation	4
Une prescription implicite par l'évaluation (en libéral)	5
Une prescription explicite par le DSM et la CIM : débats et activité déontique.	6
La dimension collective du travail de psychiatre	8
Psychiatre en libéral : un accompagnement par la supervision clinique	8
Psychiatre en hôpital : des échanges inter-disciplinaires	9
La relation à l'utilisateur : une co-construction de la guérison	10
Restructuration économique, gestionnarisation: une menace pour la réalisation de la bel ouvrage	12
Ce qu'est la bel ouvrage pour un psychiatre	12
Le contexte économique et la gestionnarisation	14
Le paradoxe du thérapeute : distance et relation au patient	16
Conserver une distance pour préserver sa capacité d'abstraction	16
Un engagement de la subjectivité nécessaire	17
Conclusion	19
Bibliographie	20
Webographie	20

Remerciements

Nous remercions sincèrement M. Havreng et M. Guiouillier pour le temps qu'ils nous ont accordé et la passion avec laquelle ils nous ont raconté leur métier.

I. Une prescription mouvante qui fait débat

Dans cette partie, nous étudierons le rapport du psychiatre à la prescription de son activité. Celle-ci se met en place dès ses études de médecine pour perdurer dans les traités de classification des situations pathologiques et les manuels de psychiatrie. De manière plus tangible, la prescription du psychiatre en libéral se fait par l'évaluation de son activité.

A. Une prescription explicite par la formation

Le psychiatre est le seul thérapeute ayant suivi des études de médecine, et donc à être habilité à prescrire des médicaments. Une grande partie de sa prescription lui est donc transmise lors de ses études.

Toutefois, on s'attendrait à ce que le thérapeute ne rencontre la "pratique" de son travail qu'au début de son activité professionnelle. Dans de nombreuses formations, le temps passé en amphithéâtre est beaucoup plus important que celui passé sur le terrain. Les études de médecine ont sur ce point un statut particulier, puisque les étudiants sont d'abord externes, puis internes, et accèdent à de nombreux stages lors du choix de leur spécialité. Ainsi, le psychiatre commençant à exercer possède déjà une certaine expérience.

La prescription d'une profession ne colle jamais à la réalité de son exercice. Lorsque l'on suit un protocole, le vrai travail consiste à faire preuve d'inventivité afin d'arriver au résultat, quitte à parfois contredire cette prescription. Le psychiatre ne fait pas exception. Si l'approche et la méthode psychiatrique doivent être respectées, chaque praticien doit s'appropriier la prescription apprise à l'Université afin de faire son travail le mieux possible. C'est ce qu'exprime M. Guiouillier :

"Les entretiens psychiatriques sont codifiés. Avec l'habitude, on repère les éléments qui nous intéressent dans une conversation plus naturelle."

Pour le psychiatre, cette appropriation n'a dans les faits pas lieu lors du premier jour de travail. La confrontation de la théorie au réel se fait déjà lors des études de médecine. Pour M. Havreng par exemple, cette première expérience est importante afin de gérer le fait d'avoir des patients beaucoup plus âgés que soi au début de son activité. Il est en effet difficile de se sentir légitime pour traiter des patients dont l'expérience semble nous dépasser. La prescription est alors d'une grande importance, comme référence et comme assurance de bien faire. Toutefois, le psychiatre prend peu à peu possession de la méthode et se l'approprie, se détachant peu à peu de ces références, comme l'explique M. Havreng :

"La formation au lit du patient est très importante. On acquiert une façon de penser le diagnostic différenciée : je pensais au début qu'il y avait de "vraies maladies" alors qu'on y comprend pas grand-chose en vérité, encore aujourd'hui."

On peut ajouter que la formation des psychiatres a longtemps été dominée par les approches psychanalytiques. Aujourd'hui ce n'est plus le cas, comme l'explique M. Guiouillier :

“Il y a eu une omni-présence de la psychanalyse pendant les cinquantes dernières années. Aujourd'hui les approches cognitivo-comportementales sont beaucoup plus enseignées. L'approche est plus médicale et moins relationnelle. La question de la relation est donc aujourd'hui sous-évaluée.”

La prescription par la formation n'est donc pas unique et intemporelle. Pour autant les psychiatres n'hésitent pas à l'adapter tout au long de leur carrière, au gré des formations (psycho-dynamie, thérapie familiale par exemple), ou en fonction des patients.

Même si la prescription s'assouplit après l'Université, il reste que certains psychiatres continuent à se voir prescrire leur activité de manière implicite. C'est le cas de ceux qui exercent en libéral.

B. Une prescription implicite par l'évaluation (en libéral)

Au delà de la prescription explicite par les études de médecine, le psychiatre en libéral voit son activité contrôlée par une évaluation annuelle. Il s'agit d'un document reçu chaque année recensant les statistiques des aspects mesurables de leur travail. Comme l'explique M. Guiouillier :

“Tous les ans je reçois un tableau qui compte le nombre de prescriptions, de consultations, d'arrêts de travail donnés. Si mon taux de prescription était en-deça de la moyenne, j'aurais eu une visite d'un médecin-conseil.”

Par principe, il s'agit d'un moyen d'évaluation de l'activité. Si les statistiques du psychiatres sont particulièrement éloignées, le praticien est en effet amené à recevoir une inspection. D'un autre point de vue, il s'agit également d'un moyen pour le thérapeute d'avoir une référence chiffrée à tenir, et donc une forme de prescription. Celle-ci est bien-entendu incomplète puisqu'elle n'est que quantitative. Elle est toutefois personnelle et permet au praticien de se situer.

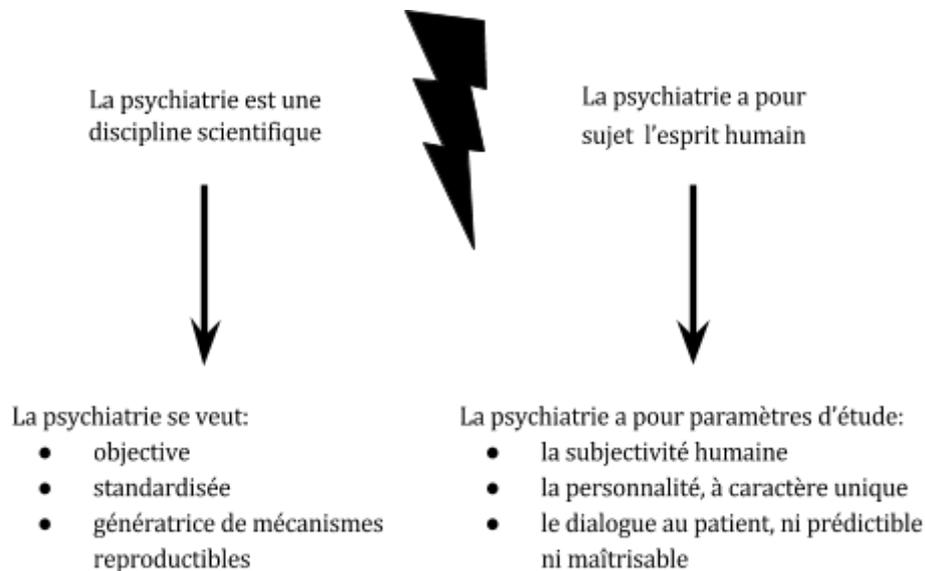
Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, les psychiatres en libéral ne sont pas indépendants à proprement parler. Cette évaluation et prescription sert de référence, au même titre que les collectifs qui peuvent évoluer autour de cette profession, sur lesquels nous reviendrons par la suite.

Notons toutefois que la prescription du psychiatre est particulière par l'activité déontique qu'elle développe. Cette prescription est mouvante et discutée...

C. Une prescription explicite par le DSM et la CIM : débats et activité déontique.

La psychiatrie est une discipline complexe en tant qu'elle traite dans une démarche scientifique des troubles liés à l'esprit humain. Les qualités attendues d'une discipline scientifique sont effectivement d'être fiable, standardisée, et mettant en oeuvre des protocoles reproductibles. Nous voyons alors bien le paradoxe avec la psychologie humaine, qui fait entrer en paramètre une personnalité unique, des sentiments et des relations affectives souvent peu objectivables. L'enjeu de la prescription psychiatrique repose sur la prise en compte de ces deux paramètres. Le psychiatre est un médecin, un scientifique, qui s'appuie sur la parole pour établir son diagnostic et son traitement. S'il peut prescrire des médicaments, ceux-ci se placent en complément du dialogue et il s'agit du seul médecin fondant sa thérapie sur la parole.

Tension inhérente à la nature de la psychiatrie



On perçoit alors à quel point la définition de la prescription du psychiatre peut être un enjeu source de désaccords et de débats. Cela explique également en partie que la psychiatrie ait pu connaître des paradigmes différents au cours de son histoire. La discipline change non seulement lorsque le rapport à la science change mais également lorsque le rapport à l'esprit humain évolue.

L'approche psychanalytique date de la période d'influence des écrits de Freud. C'est alors le rapport à l'humain qui se modifie, apportant des notions telles que l'inconscient. La méthode psychiatrique se rapproche alors de la psychanalyse : on s'appuie avant tout sur le discours du patient et sur ce qu'il va laisser voir de lui-même afin de poser son diagnostic. C'est avec la psychanalyse que la notion de transfert apparaît. Il s'agit pour le thérapeute de laisser le patient construire la relation avec lui, afin de pouvoir analyser la manière dont il gère le dialogue et l'échange. La relation thérapeute-patient devient alors un témoin observable de la manière dont la personne appréhende les relations en général. D'une certaine façon, le

psychiatre doit s'effacer afin de mettre en évidence le comportement du patient uniquement. Il doit être un interlocuteur neutre, et non un acteur à part entière de la relation. Le contre-transfert se définit par la situation inverse, où le psychiatre possède une réponse affective dans cette relation. Il en devient alors un acteur à part entière, influence la prise de contact établie et la rend inexploitable à l'analyse.

Les deux psychiatres que nous avons interrogés nous ont fait part du changement de référence de la psychiatrie. Avec la découverte de traitements médicamenteux pour certaines maladies mentales, l'espoir de rendre ces troubles objectivables ressurgit. C'est alors que l'approche cognitivo-comportementale se met en place, toujours dominante aujourd'hui. Les TCC² prennent une importance capitale dans les traitements psychiatriques. Ces thérapies des troubles psychiatriques se fondent sur la psychologie scientifique, une approche qui objective donc les maladies et les troubles mentaux. Elle est en effet standardisée et incite le médecin à se baser sur les faits afin de poser son diagnostic. Les éléments observables dans le présent prennent alors plus d'importance que le discours même du patient : quels sont ses symptômes, ses comportements ? M. Guiouillier témoigne des effets de cette approche :

“On voit de plus en plus de diagnostics dépendre d'échelles d'évaluation dans un souci de standardisation et d'objectivation diagnostiques au risque de diminuer et sous-évaluer l'aspect de la relation ; il existe ces échelles disponibles sur internet.”

Dans une volonté de standardisation des troubles mentaux, deux références sont utilisées aujourd'hui: le chapitre 5 de la Classification Internationale des Maladies (CIM) soutenu par l'OMS³ et le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM, 4ème édition) écrit par l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP). Il s'agit de deux classifications des maladies mentales, possédant chacune leurs propres codes mais se recoupant tout de même. Le DSM devait originellement n'être utilisé que pour la communication internationale entre les chercheurs, mais en l'absence d'autre référence dans les revues de haut-niveau, il s'est peu à peu imposé comme la norme. Pourtant, l'approche américaine n'était pas partagée par tous, et c'est ainsi que l'approche cognitivo-comportementale s'étendit à l'international. Ces références sont notamment adoptées par la Haute Autorité de Santé et se présentent comme des recommandations “de consensus”. Toutefois, selon M. Havreng, si respecter ces recommandations permet de se couvrir judiciairement en cas d'incident, elles n'en sont pas pour autant universelles et certains cas font exception dans la pratique.

Par ces deux références, la psychiatrie devient une science objective à proprement parler, fondant ses analyses sur les statistiques et non la clinique du cas par cas. Toutefois, beaucoup de psychiatres tendent à défendre une conservation d'une partie de l'approche psychanalytique, avançant que la parole et la relation construite ont un grand rôle à jouer dans le processus de soin. Cet avis est notamment partagé par M. Havreng :

“On cherche à objectiver la maladie pour la quantifier en tant que coût dans une approche économiste (...). Il ne faut pas jeter toute la psychanalyse.”

² Thérapies Cognitivo-Comportementales

³ Organisation Mondiale de la Santé

Nous avons vu que la prescription représente un enjeu important pour le psychiatre. Discutée, controversée, elle n'en reste pas moins un moyen d'évaluation de son métier. Un thérapeute peut ainsi suivre des lignes directrices légèrement différentes au cours de sa carrière, faisant peu à peu entrer ses convictions médicales dans son appropriation de la prescription. Toutefois, le métier de psychiatre ne se construit pas uniquement entre la prescription, le praticien et le réel de son travail. Le paramètre du collectif entre également en jeu, complexifiant encore le rapport de l'homme à sa profession.

II. La dimension collective du travail de psychiatre

Psychiatre, en libéral ou à l'hôpital, est *a priori* un métier où l'on voit peu de monde si ce n'est les patients. Sans-doute travaille-il aussi avec un ou une secrétaire médical(e). Peut-être échange-t-il de temps en temps avec les proches de ses patients. Peut-être aussi à l'occasion avec des confrères. En réalité, on n'imagine pas à quel point le psychiatre est ancré dans le collectif. A cet égard, on apprendra ici que le patient n'est aujourd'hui plus nommé comme tel. On lui préfère le nom d'usager, un vocable nouveau qui pourtant ne désigne pas encore exactement toute l'importance de son rôle dans le processus de guérison.

A. Psychiatre en libéral : un accompagnement par la supervision clinique

Psychiatre libéral est la situation dont nous pensions qu'elle était la moins proche d'une dimension collective. On imagine un thérapeute restant dans son bureau, enchaînant consultation sur consultation. A l'opposé de cet *a priori*, nos entretiens nous ont permis de découvrir la supervision clinique. Cette pratique consiste pour un psychiatre à échanger avec un collègue sur le cas de certains patients. Le besoin peut s'en faire sentir quand le psychiatre ne parvient plus à établir une distance suffisante avec le discours du patient. Le psychiatre est en effet inévitablement marqué par ses consultations. "Mais lorsque la personne du soignant est assaillie par des rêves concernant tel malade, lorsque la personne du soignant est prise, hors du cadre des soins, dans sa vie privée, par des fantasmes de mort concernant tel patient, ou par le souci lancinant de tel autre, le discours de la formation est impuissant à apporter une distance."⁴ écrit le psychologue François Lespinasse. La prescription ne suffit plus pour résister à l'intensité avec laquelle le psychiatre peut être travaillé par ses consultations avec certains patients.

Dans ces moments difficiles à négocier, le psychiatre ne peut pas faire appel à sa propre compétence. La supervision clinique permet alors de solliciter un confrère. Ce dernier est surtout là pour prodiguer quelques conseils, mais surtout pour offrir un lieu et un temps d'écoute. Le psychiatre peut alors mettre en mots sa situation. "Le travail d'élaboration psychique par la parole est fait par le soignant. C'est ce travail d'élaboration qui permettra par la suite au soignant de contenir les émotions du malade sans risquer à tout moment d'y être débordé et noyé."⁵ écrit encore François Lespinasse.

⁴ La "SUPERVISION" pour les soignants en psychiatrie, 05/97

⁵ Ibid.

La possibilité pour le psychiatre de donner une dimension collective à la gestion de sa situation est ici cruciale pour la guérison du patient. Elle permet aussi de restaurer chez le psychiatre la capacité à maîtriser ses émotions. On réalise alors que la pérennité de la pratique de la psychiatrie est vitalemment liée à la possibilité de partager ses difficultés.

A l'inverse du cadre libéral, l'hôpital est un lieu où coexistent des spécialistes de plusieurs domaines : chirurgiens, radiologues, infirmières et autres médecins. Le psychiatre est souvent amené à travailler avec ces différents professionnels de la santé. Comment gère-t-il cette rencontre avec des compétences différentes des siennes ?

B. Psychiatre en hôpital : des échanges inter-disciplinaires

Parmi toutes les spécialités médicales (médecine généraliste, dentaire, chirurgie, etc.), la psychiatrie fait partie de celle où les praticiens sont les plus amenés à travailler avec des confrères d'autres spécialités, nous disait M. Guiouillier.

Les maladies mentales mobilisent en effet de nombreux métiers de la santé. Ainsi, les patients sont souvent pris en charge par les infirmiers/ères. Ils peuvent être amenés à rencontrer un radiologue qui cherchera des signes biologiques de la maladie au niveau cérébral. Pour peu que le patient soit en bas âge, il est possible qu'il ait côtoyé des éducateurs spécialisés. On sort ici des métiers de la santé mais il reste que tous ces spécialistes ainsi que le psychiatre peuvent entrer dans la sphère du patient au cours de son processus de guérison. Pour assurer la continuité de la prise en charge du patient, les différents acteurs doivent communiquer. L'intercompréhension est alors loin d'être évidente. M. Guiouillier nous expliquait ainsi qu'au cours de ses années de travail en hôpital, les échanges avec les chirurgiens étaient parfois difficiles :

“Quelqu'un qui a mal au ventre mais chez qui une batterie de tests ne révèle rien n'a pas pour autant rien. Il n'y a pas de marqueur biologique de l'angoisse. On fait rarement appel à des examens complémentaires, ça peut être utile pour la schizophrénie par exemple (IRMs fonctionnelles). Certains considèrent que ce qui n'est pas objectivable scientifiquement n'existe pas. Là où j'ai eu le plus de difficultés c'était avec les chirurgiens qui voient, observent puis traitent. La psychiatrie c'est une approche à partir du discours sur la douleur, sur la représentation que le patient s'en fait (...)”

Les lunettes du chirurgien ne sont pas celles du psychiatre. La constitution des collectifs de travail en hôpital doit donc se faire en sachant que chaque spécialiste aura sa vision propre d'un même cas pathologique.

Ce travailler ensemble est-il reconnu dans les structures de santé ? Est-il organisé, pris en charge ? Nous ne savons pas ce qu'il est dans les grands hôpitaux mais nous avons pu étudier deux exemples à une échelle plus réduite. M. Havreng, directeur d'un hôpital de jour pour enfants a insisté sur l'importance du maintien d'une bonne entente entre tous les acteurs de sa structure (médecin généraliste, infirmières, psychologues, orthophonistes, secrétaires entre autres). M. Guiouillier quant à lui, organise deux synthèses cliniques hebdomadaires d'une demi-journée. Tous les spécialistes de la “Maison des Ados”, l'association dont il est le

co-directeur sont alors réunis autour d'une table. Il s'agit alors d'échanger sur les accompagnements des jeunes patients et les situations difficiles. A cette occasion, "chacun cherche à exister dans la dynamique de l'équipe. Celui qui présente sa situation a envie de montrer qu'il fait du bon travail", nous a-t-il dit. Apparaît ici clairement l'enjeu de la visibilité de l'apport individuel dans la production collective. Or, l'enjeu des échanges est de choisir la meilleure suite de parcours pour chaque jeune dont il est question. En particulier, M. Guiouillier prend parfois la décision de confier un patient à un autre spécialiste que celui avec lequel il était jusqu'alors. Difficile ici pour celui qui avait enduré la résistance du patient à sa maîtrise, cherchant et trouvant des astuces pour avancer vers la guérison. C'est pourquoi M. Guiouillier a expliqué qu'il fallait "y mettre les formes, en rappelant que la décision est prise dans l'intérêt supérieur du patient". La frustration pour le praticien dépossédé de son patient peut s'expliquer par le fait qu'il ne pourra pas aller jusqu'au résultat final. Si cette décision est vécue comme un échec personnel, il sera incapable de percevoir comment le chemin parcouru avec le patient a participé de son individuation personnelle. A l'inverse, si la décision est bien accompagnée, elle peut être vécue comme le signe que le praticien a apporté au patient tout ce qui relevait de son domaine de compétences et de son expérience. Cela reviendrait à voir ce changement de prise en charge comme un véritable passage de témoin dans un relais, même si on n'en voit peut-être pas encore la ligne d'arrivée.

La dimension collective du travail au sens co-construction de la guérison avec des spécialistes de différents domaines est donc incontournable pour un psychiatre. Face à la différence des approches et à l'envie de chacun d'aller au bout de son investissement, la nécessaire continuité de la prise en charge des patients demande de réserver un temps pour les échanges. Il en va de l'intérêt du patient et de la préservation de l'estime de soi et de la motivation de chaque spécialiste du collectif de travail.

Pour achever notre réflexion sur cette dimension collective du métier de psychiatre, il nous reste à analyser le rapport entre le psychiatre et un acteur sans lequel son métier n'aurait pas lieu d'être : le patient. Il s'agira de comprendre pourquoi le patient est précisément plus qu'un acteur du point de vue d'un psychiatre.

C. La relation à l'utilisateur : une co-construction de la guérison

La mission du psychiatre consiste à guérir les patients atteints d'une maladie mentale. Quand le processus de guérison réussit, s'il fallait désigner l'auteur de la guérison, on choisirait bien évidemment tout de suite et sans-doute seulement le psychiatre. En réalité, si la guérison d'un patient était un livre, la dernière page comporterait probablement deux signatures et non une seule. Celle du psychiatre et une deuxième que lui seul serait capable de voir : celle du patient. Nous-autres qui ne sommes pas psychiatres ne pouvons concevoir le patient comme un auteur à part entière de sa guérison. Or, c'est bel et bien le cas pour les psychiatres. L'utilisateur revêt ainsi un triple rôle, à la fois sujet, bénéficiaire et auteur du travail de guérison. C'est le troisième aspect qui semble le moins intuitif. Le psychiatre n'est-il pas le seul auteur de la guérison du patient ? Ce dernier doit certes répondre aux questions du psychiatre et mettre en mots ses difficultés. Cependant, nul ne dira que le patient fait appel à des compétences particulières pour réussir à obtenir sa propre guérison. Certes, mais si on enrichit notre

définition du travail, il apparaît alors clairement que le patient travaille lui aussi à proprement parler pour le processus de guérison.

Considérons ainsi le travail comme les efforts et les idées à développer pour combler l'écart entre ce qu'on est censé faire pour atteindre le résultat escompté, et ce qu'il faut effectivement faire pour y parvenir. Soit entre la prescription, ce qu'on est supposé faire, et le travail réel. Considérons maintenant ce que nous dit M. Havreng :

“Les patients comptent parfois incroyablement sur nous pour les aider. Or il m’arrive au cours d’une consultation de ne pas savoir comment éclairer leur situation. Je leur dis alors “Je ne sais pas”, pour justement les autoriser à savoir pour eux-mêmes”.

En disant ainsi “Je ne sais pas”, le psychiatre acte la résistance qu’il oppose au scénario imaginé par le patient. Ce que le patient lui a fourni jusqu’alors ne suffit pas pour qu’il puisse l’aider. Ce dernier va alors devoir en dire plus, ou le dire mieux, aller chercher davantage en lui-même, sans-doute oser dire ce qu’il sait au fond, mais qu’il n’ose pas reconnaître. Il va devoir y mettre du sien pour que le psychiatre puisse débloquer sa réflexion. Ainsi, quand le psychiatre dit “Je ne sais pas”, le patient pense “Je ne me fais pas comprendre”. Autrement dit, c’est quand le patient résiste à la maîtrise du psychiatre que le psychiatre résiste au scénario imaginé par le patient. Il se produit une double prise de conscience de l’écart à combler entre prescrit et réel. On se situe ici dans le coeur du travail des deux auteurs de la guérison.

L’usager entre donc à part entière dans la dimension collective du travail de psychiatre. Il joue un triple rôle, à la fois sujet, bénéficiaire et auteur de la guérison. Le patient résiste au psychiatre et réciproquement. C’est dans cette résistance réciproque que naît le réel du travail de l’un et de l’autre.

La dimension collective du travail de psychiatre est mise au service de la recherche de la meilleure solution thérapeutique pour le client. Une démarche qui prend du temps et dont les conditions de bonne réalisation sont menacées par le contexte économique et les contraintes administratives de la profession...

III. Restructuration économique, gestionnarisation: une menace pour la réalisation de la bel ouvrage

Le temps nécessaire au processus de guérison est menacé par les contraintes administratives qui pèsent sur les psychiatres. Par ailleurs, la réduction des ressources financières allouées au secteur médical oblige à des reconfigurations des structures de santé. En particulier on cherche à réduire le temps de séjour des patients. Les psychiatres sont alors sollicités pour donner leur avis sur l'aptitude de tel ou tel patient à quitter l'hôpital pour suivre des soins en ambulatoire... Ce contexte semble peu propice à la réalisation du cœur de métier du psychiatre.

A. Ce qu'est la bel ouvrage pour un psychiatre

On cherche à saisir ce qui fera dire au psychiatre que son travail a été bien fait. On a vu que le patient pouvait opposer une résistance à sa maîtrise. On devine aisément que l'endurance des ces difficultés nécessite du temps, plusieurs consultations. Il est d'ailleurs souhaitable que ces consultations ne soient pas trop éloignées les unes des autres dans le temps, au risque d'une démobilité du patient, comme nous l'expliquait M. Guiouillier. Cette nécessité impose une certaine disponibilité du psychiatre. La psychiatrie mobilise donc une thérapie par le discours, par la relation. Pour le psychiatre, il s'agit de "faire alliance" (M. Guiouillier) avec le patient, d'établir un rapport de confiance. Voici ce qu'en dit M. Guiouillier :

"J'aime la relation avec les gens, convaincu que c'est en partant de leur demande que je pourrai permettre l'expression de la souffrance mentale, et enfin permettre à la personne de trouver ses propres solutions."

Pendant la consultation, le psychiatre écoute plus qu'il ne parle. Il aide l'utilisateur à mettre en mots son histoire et ses souffrances. Ces propos marquent inévitablement le psychiatre, comme l'exprime M. Guiouillier :

"La somme des différentes situations nous confronte à nos propres limites. Je suis attendu à 100% sur mes deux mi-temps. Certaines situations vont faire écho à ma propre histoire."

Pour autant, le psychiatre doit rester focalisé sur l'analyse du discours du patient. Dans cette analyse, il s'agit de mettre en relation les paroles, les symptômes physiques et comportementaux. Ainsi, considérant les efforts nécessaires pour construire, maintenir la relation, ou encore mener l'analyse clinique, le travail du psychiatre est très prenant sur le plan mental. Pour que le processus de guérison soit favorisé, le psychiatre doit pouvoir consacrer du temps à chaque patient et focaliser son attention et son esprit sur la consultation.

La question est maintenant de savoir ce qu'on entend par guérison. Pour M. Guiouillier, la satisfaction vient quand le psychiatre a permis au patient de pouvoir de nouveau

contractualiser avec des tiers, se projeter, se réinsérer dans la société. Nous lui avons demandé s'il avait le sentiment d'être utile à la société. Sa réponse :

“Oui car je participe à soulager les douleurs morales, et à diagnostiquer et soigner des maladies mentales dont l'une des principales complications est le suicide si cela n'est pas fait, sans parler du risque de désocialisation ou déscolarisation pour les enfants et adolescents. La précarité crée de la souffrance psychique et à l'inverse la maladie mentale crée de la précarité lorsqu'elles ne sont pas combattues.”

On en vient donc à l'individuation sociétale du psychiatre. A un niveau pragmatique, il permet à des individus dangereux pour eux-mêmes et éventuellement pour les autres de renouer avec une existence qui ne soit pas destructrice en puissance. A un niveau plus abstrait, le psychiatre autorise le patient à renouer avec son individuation et à quitter la désindividuation. Retrouver la capacité à contractualiser avec des tiers, à se projeter, c'est en particulier pouvoir de nouveau travailler, quel que soit son âge, donc se produire et produire son environnement.

On pourrait même aller jusqu'à dire que le psychiatre s'inscrit dans un véritable projet de société. On saisit cette dimension en s'interrogeant sur la spécificité du cabinet de psychiatre par rapport aux autres lieux dans lesquels nous évoluons. On se demande ce qu'autorise cet espace et le temps qu'on y passe. C'est M. Havreng qui nous a fait prendre conscience de cette spécificité. Ainsi pour lui, le cabinet de psychiatre est “un des derniers lieux dans notre société où l'on peut être écouté sans être jugé”. Pourquoi est-ce important qu'une telle fonction soit réalisée quelque part dans le corps social ? Certaines maladies mentales sont encore considérées de manière très négative. M. Havreng prenait l'exemple de l'autisme :

“On pourrait dire d'un enfant autiste que “il ne grandit pas comme les autres” . Il faut aussi avoir conscience qu'il y a des autistes qui vivent très bien et qui ont une vie sociale. L'autisme est associé en Occident à une façon de grandir très fermée, en Orient plus comme une “façon différente.” ”

Le poids du regard de la société sur une maladie mentale peut ainsi être difficilement supportable. “La maladie mentale crée de la précarité lorsqu'elle n'est pas combattue, et la précarité crée de la souffrance psychique”, nous disait M. Guiouillier. Face à cette souffrance, la mise en mots doit être rendue possible. On se souvient de Marie Pezé, psychologue spécialiste de la souffrance au travail, qui décrivait comment une manager s'était mise à lui écrire des lettres pour verbaliser son mal-être vis-à-vis de son travail. Mais cette mise en mots ne peut être franche, sans filtre, et libératrice, que si l'interlocuteur n'est pas dans le jugement des propos. Pour apaiser et combattre la souffrance psychique, il est donc vital que la société comporte des lieux qui créent les conditions de cette écoute.

Face aux conditions propices à l'exercice de la psychiatrie, se dressent aujourd'hui des freins économiques et administratifs. Il convient de les analyser et de comprendre pourquoi ils menacent la réalisation du travail de psychiatre.

B. Le contexte économique et la gestionnarisation

Les ressources financières du secteur de la santé sont constituées par le budget de la sécurité sociale. L'État décide du montant et l'ARS (Agence Régionale de Santé) décide de la répartition entre les différentes structures médicales de sa région. Concernant les hôpitaux, la dotation financière qu'ils perçoivent est aujourd'hui inférieure à l'augmentation de la masse salariale. L'ARS fait alors pression pour diminuer le nombre de services et de lits disponibles. M. Guiouillier résume la situation générale et précise ce qu'il en est pour les patients relevant de soins psychiatriques :

“Je fais des gardes aux urgences et il arrive qu’il manque des lits. Je suis sollicité pour décider si telle personne peut sortir. Il faut espérer que quelqu’un puisse l’accompagner à la maison en ambulatoire. Pourtant le vieillissement de la population requiert plus de soins. L’exigence de rentabilité demande de réduire la durée moyenne du séjour. L’hospitalisation complète coûte cher. L’objectif en ce moment est de passer à la chirurgie ambulatoire. En psychiatrie il y a besoin de temps, le temps de l’humain n’est pas celui de la rentabilité économique. Des gens ont parfois des périodes de crise où il faut un temps d’hospitalisation. La séparation temporaire de la famille peut être nécessaire.”

Les deux psychiatres que nous avons rencontrés comprennent cette situation complexe. M. Havreng insiste à ce propos sur la “nécessité de s’intéresser aux aspects économiques et politiques qui influent sur la condition des psychiatres, pour ne pas avoir le sentiment de subir”.

Cependant, il semble bien que le besoin d'évolution de la psychiatrie avec le tissu économique représente une menace pour la poursuite de l'exercice de la profession dans des conditions favorables à la guérison des patients. De même que les contraintes administratives, comme l'explique M. Havreng :

“Le nombre de données à rendre est colossal, on doit rendre compte de tout , à peu près 30% du temps de l’équipe est pris par le travail administratif en hôpital.”

Dans ce “tout”, on compte par exemple les formulaires à remplir après chaque consultation, en renseignant la date, les personnes présentes, les décisions prises, en particulier concernant la suite des soins. De même, l'association de M. Guiouillier doit rendre un bilan d'activité tous les ans à l'ARS. Ces contraintes administratives ajoutées au contexte économique semblent menacer la réalisation de la bel ouvrage, comme en attestent ces témoignages recueillis lors d'une étude⁶ réalisée en 2014 sur les difficultés du métier de psychiatre hospitalier en France:

“Sentiment bien réel d’être en permanence débordé “

“Le plus difficile c’est de quitter le travail avec le sentiment de ne pas avoir tout fait.”

⁶ Blond M. Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français. De la flamme au burn out. L'Information psychiatrique 2016 ; 92 (8) : 625-39 doi:10.1684/ipe.2016.1531

“Sentiment de devoir toujours voir les patients trop vite (...) impression de travail vite fait, mal fait (...) le retentissement sur la vie personnelle est notable: une vague impression de ne pas faire assez bien dans tous les domaines...”

On perçoit ici que les conséquences ne concernent pas uniquement la qualité du soin apporté au patient. La dégradation des conditions d'exercice de la psychiatrie semble bel et bien affecter les psychiatres eux-mêmes. Dans les deux dernières citations ci-dessus, on comprend que la frustration de ne pas avoir pu travailler aussi bien que le psychiatre l'aurait souhaité, ne va pas quitter le psychiatre dès lors qu'il sera rentré chez lui. Elle va continuer à le travailler dans sa vie personnelle, infusant toutes ses tentatives d'agir. Le sentiment de ne pas parvenir à produire un travail de qualité se traduit par une désindividuation du psychiatre. L'étude dont nous parlions avance ainsi que la consommation d'antidépresseurs est plus élevée chez les psychiatres que dans la population générale.

Face à ces difficultés, un autre témoignage⁷ présente une réaction possible :

“Il ne faut pas tomber non plus dans la sinistrose ; par contre, il faut se battre pour défendre un service public au service des patients et qui a du sens et une valeur (non marchandable).”

C'est aussi le sens de ce que disait M. Guiouillier, qui défend une priorisation de la prévention. D'après lui, un euro de prévention permettrait en effet d'économiser dix douze euros en soin.

Au-delà de ces difficultés économiques et administratives, nous avons finalement identifié une tension structurelle dans le métier de psychiatre et sans-doute dans les métiers de la médecine en général. À savoir que le psychiatre doit à la fois engager sa subjectivité dans la relation à l'utilisateur, tout en gardant une distance pour réaliser un travail d'abstraction sur son discours. Cette tension implique un certain rapport à la prescription. Nous allons maintenant tenter de la décrypter.

⁷ Ibid.

IV. Le paradoxe du thérapeute : distance et relation au patient

Nous avons vu jusqu'ici trois caractéristiques principales du métier de psychiatre : son rapport à la prescription, aux collectifs qui l'entourent et aux contraintes gestionnaires. Nous remarquons toutefois que si ces aspects prennent une forme particulière lorsqu'il s'agit de psychiatrie, leurs intitulés sont communs à presque toutes les professions. L'écart prescrit-réel et la construction des collectifs sont observables partout, tandis que les difficultés économiques et gestionnaires ne concernent pas que les professions médicales. Cette dernière partie aborde toutefois une tension spécifique au métier de thérapeute : le contrôle de la distance au patient.

A. Conserver une distance pour préserver sa capacité d'abstraction

Le psychiatre est avant tout un médecin, et dans cette optique, la relation qui le lie au patient est strictement professionnelle. Cette position est primordiale à conserver, d'autant qu'une partie du traitement a lieu par le dialogue et passe donc par la relation instaurée entre le praticien et le patient. L'engagement affectif du thérapeute peut en effet avoir des conséquences importantes sur le comportement du patient, sur l'efficacité de l'entretien ainsi que sur le diagnostic.

Si le thérapeute perd de vue la distance médicale, la conséquence directe aura lieu sur sa propre personne. Le discours du patient faisant écho à sa propre histoire, il peut glisser de la compassion nécessaire à sa profession à réelle empathie. Cette erreur est parfois commise par de jeunes praticiens, mais se révèle vite intenable. Au vu du nombre de patients que le thérapeute reçoit par jour, il ne peut se permettre, pour lui-même, de subir le discours de chaque personne. La supervision clinique peut aider, au début, à se détacher de cette position afin d'adopter une posture plus professionnelle, détachée. En l'absence de cette démarche, le psychiatre se place en cible directe de la souffrance du patient et de la violence de son discours. Il peut alors souffrir dans son métier au lieu de s'y épanouir. De plus, l'empathie lui interdit tout recul sur la situation et il peut alors se retrouver "victime" du patient atteint de troubles (personne perverse ou maniaque). Le psychiatre doit donc maintenir une distance avec les personnes qu'il reçoit pour son propre bien. M. Guiouillier nous a ainsi parlé de cet aspect, nous expliquant que le praticien devait apprendre à construire une relation où il est au service de l'autre et non actif émotionnellement :

"On pourrait penser que le fait de prendre trop à cœur les maux de nos patients représente la chose la plus difficile à gérer dans ce métier, mais progressivement on apprend à gérer la distance pour permettre d'être ressource pour les autres. Il faut être empathique sans trop de compassion (risque de burn out). Bien sur, on n'y arrive pas tout de suite, la relation se travaille."

Cependant, le psychiatre ne sera pas le seul à pâtir de la mauvaise qualité de la relation instaurée. Le patient en sera aussi influencé. Si le psychiatre devient un acteur émotionnel de la relation, celle-ci devient bilatérale, et donc le patient sera influencé par les réactions du thérapeute. Il n'aura donc pas le même discours et ne parlera pas de la même façon que si le praticien gardait sa distance, et donc son statut relationnel de médecin.

Par les phénomènes précédents, l'entretien pourrait alors mener à un diagnostic biaisé, car les paramètres émotionnels du psychiatre entreraient en compte et le patient ne se serait pas comporté comme dans un entretien médical. Le scénario présenté ici est certes caricatural, mais cette distance n'en est pas moins une difficulté rencontrée par le thérapeute au début de sa carrière. M. Guioillier explique que la gestion de la relation s'apprend au fil du temps, à mesure que le psychiatre gagne en expérience :

“Le médecin devient attentif à ce qu’il peut induire de manière explicite ou non, ce qui l’aide à trouver la bonne distance. Moins les gens sont formés, plus ils sont dans un collage au discours des usagers, discours subjectif, qui nécessite une distance et un regard critique.”

Imaginons maintenant un psychiatre qui pour éviter de biaiser l'entretien par un engagement démesuré de sa personne dans la relation, choisirait de s'en tenir scrupuleusement à la prescription, en gardant une distance froide avec le patient. Pourquoi ne faut-il pas en aller jusque là ?

B. Un engagement de la subjectivité nécessaire

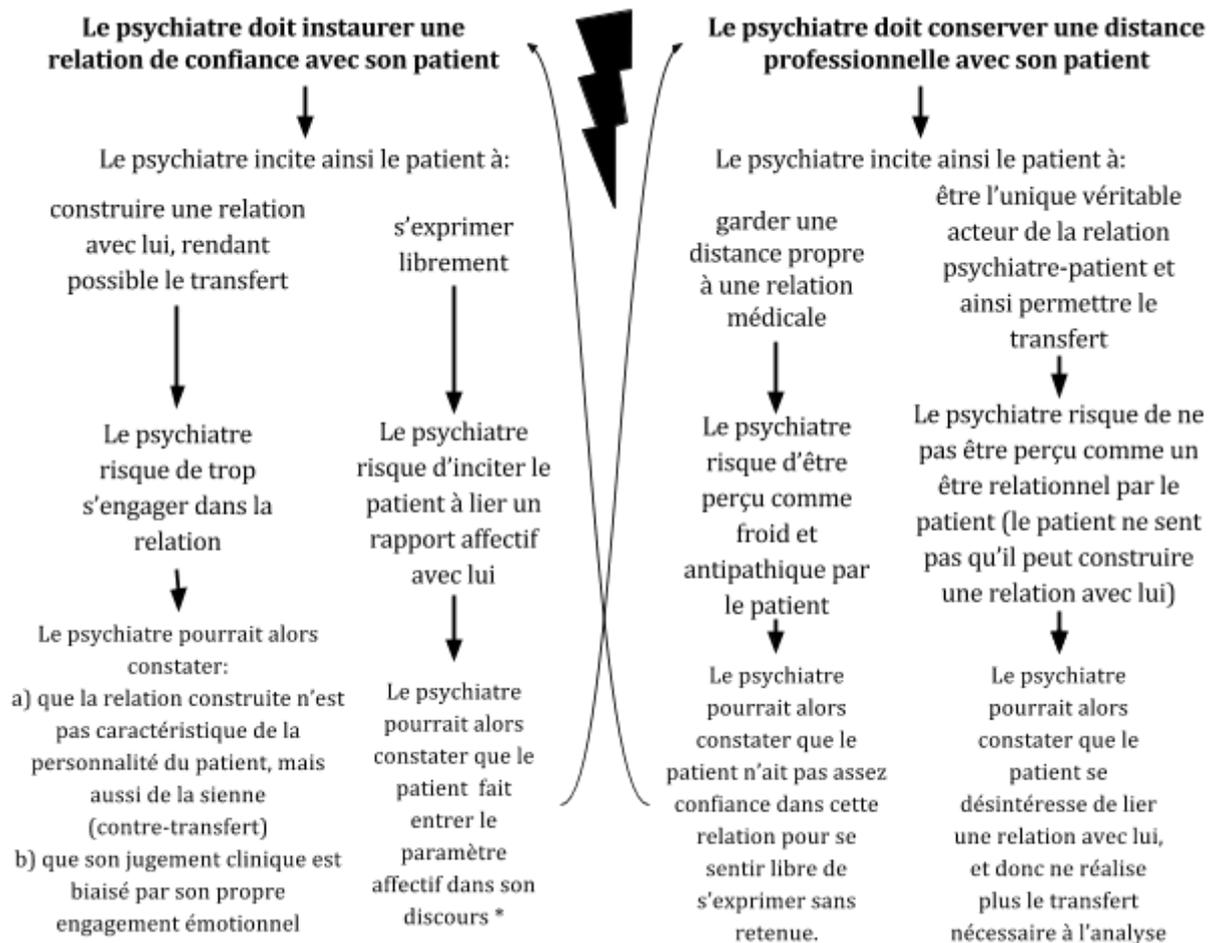
Il paraît paradoxal que le psychiatre doive s'engager subjectivement dans son travail, on pense souvent la subjectivité comme un biais de jugement. Si le médecin peut faire montre de sympathie pour son patient, on s'attend à ce que la relation construite ne soit pas déterminante dans l'exercice de son métier. Il n'en est rien toutefois, car le patient mal à l'aise devant le praticien pourra ne pas tout dire, par gêne ou retenue, et donc fausser le diagnostic.

Pour le psychiatre, cette dimension est d'autant plus importante que la relation qui le lie avec le patient constitue en elle-même une ressource d'analyse. Nous avons vu précédemment (première partie de ce document) que dans l'approche psychanalytique de la psychiatrie, la façon dont le patient va aborder et lier une relation au praticien est une information de diagnostic en soi. Elle est révélatrice de la manière dont l'individu gère ses relations en général.

Tout en gardant un rôle professionnel, le praticien doit donc se montrer ouvert à cette relation que lui propose le patient. Il doit l'accueillir, sans la choisir, s'y positionner en tant qu'acteur. Le patient doit pouvoir sentir du répondant, il doit considérer le psychiatre comme un être relationnel afin de lier ce rapport avec lui. C'est là le principal paradoxe de la position de thérapeute : le psychiatre doit laisser se construire une relation entre lui et le patient de manière passive tout en s'y engageant de manière à ce que la relation soit perçue comme étant bilatérale. Si le psychiatre est complètement passif, cette relation ne pourra en effet pas se construire. Même si le patient en est le principal acteur, il doit sentir son interlocuteur engagé ; le propre d'une relation est bien d'être à double sens.

Pour rendre cette aspect plus évident, nous mobiliserons ici une tension⁸ selon le modèle de Meirieu. La première ligne oppose les deux positions contradictoires que le psychiatre doit maintenir afin d'optimiser sa relation au patient. La deuxième ligne présente les conséquences de ses positions, la troisième des dérives possibles de chaque cas et enfin la quatrième ligne présente les conséquences de ces dérives. Les dérives trouvent une solution dans la position opposée.

Tension entre distance et relation au patient, inhérente au métier de thérapeute



*(cacher des choses honteuses pour être aimé, embellir les angles de ses histoires, prendre le psychiatre à parti, tenter de conserver la relation même lorsque son traitement est terminé etc.)

Cet outil nous permet de visualiser le paradoxe principal que le psychiatre doit tenir dans sa relation au patient. Entre distance et compassion, entre pudeur et engagement, le praticien doit adopter la position particulière de l'interlocuteur médical, invitant au dialogue mais pas à une relation humaine à proprement parler, où les émotions entrent en considération.

⁸ dans le sens de l'analyse fonctionnelle

Conclusion

Cette étude du métier de psychiatre éclairée par les sciences du travail nous a donné à voir plusieurs aspects importants du métier, auxquels nous n'avions jamais pensé. Nous imaginions d'abord que la prescription était importante, mais nous avons compris qu'elle n'était pas "gravée dans le marbre", que les psychiatres se la réapproprient dès la formation et qu'elle fait l'objet d'une activité déontique entre professionnels. Nous savions que le psychiatre ne travaillait pas seul. Nous n'imaginions pas à quel point son quotidien peut être fait d'échanges inter-disciplinaires. Surtout, nous avons compris que le réel de son travail se constituait dans une relation de co-construction de la guérison avec le patient. Nous savions que le secteur médical était touché par des restructurations financières, nous comprenons maintenant pourquoi ce contexte ajouté à la pression administrative représente un danger pour l'exercice de la psychiatrie. D'où la nécessité d'insister sur la prévention. Enfin, nous avons identifié une tension structurelle dans la psychiatrie et plus largement dans les métiers du soin, entre le besoin de faire alliance avec le patient et celui de garder une distance vis-à-vis de son discours. Il en va de la possibilité pour le psychiatre d'effectuer son analyse clinique, et donc de la réussite du processus de guérison.

Nous avons pris plaisir à réaliser cette étude sous l'angle des sciences du travail. Face à la nécessité vitale de pouvoir soigner des patients atteints de maladies mentales destructrices à tout point de vue, certaines résistances économiques et politiques peuvent provoquer un sentiment d'injustice et de révolte. Le fait de pouvoir informer notre étude avec les concepts et les outils des sciences du travail nous a permis de sortir de cette posture militante et vindicative. Nous gardons ce regard avec nous pour continuer à analyser le monde du travail, en particulier lorsque nous serons nous-même amenés à l'intégrer.

Bibliographie

- François LESPINASSE, *La "SUPERVISION" pour les soignants en psychiatrie*, 05/97.
Disponible sur : <http://fr.lespinasse.pagesperso-orange.fr/supervis.html>
- Blond M. *Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français. De la flamme au burn out*. *L'Information psychiatrique* 2016 ; 92 (8) : 625-39
doi:10.1684/ipe.2016.1531. Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-8-page-625.htm>

Webographie

- <https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie>
- <http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/8.html>