

Regard sur les outils managériaux en psychiatrie

Au sujet de l'Arrêté du 10 mars qui nous concerne ici, il nous faut distinguer différents aspects :

. En premier lieu, la mise en cause de l'autonomie professionnelle des psychologues par la soumission de leurs activités à des prescriptions médicales.

A ce sujet il faut peut-être se rappeler qu'il y a eu dans les années 50 de nombreux débats sur l'orientation et la formation de ces derniers. La psychologie devait-elle être ou non médicale ? La question s'est résolue par la création de l'enseignement de psychologie clinique en sciences humaines.

. Le deuxième aspect, c'est le privilège déraisonnable, inacceptable, accordé aux neurosciences dont l'efficacité est loin d'être démontrée, au détriment de la psychopathologie et des pratiques de parole. Je n'y insiste pas, c'est abondamment commenté.

Précisons ici qu'il n'y a pas d'*unicité* du champ de la psychologie, raison pour laquelle le Titre de psychologue créé en 1985 a été dit *unique*.

Il s'agissait en effet d'y témoigner de l'existence de formations hétérogènes.

Ce titre a rendu impossible l'assimilation des psychologues à une position de supplétif de la médecine et a inscrit les pratiques cliniques psycho-dynamiques dans le cadre plus large de la psychologie. Longtemps majoritaires en psychiatrie, elles ont démontré leur pertinence sur le terrain.

. Le troisième aspect, sans doute déterminant, c'est l'organisation par les pouvoirs publics d'un marché low cost de la psychologie.

Cet Arrêté fait suite à une série d'expérimentations récemment organisées dans le même esprit de contrôle, qui accompagnent la restriction programmée de postes de soignants en psychiatrie et font ainsi le choix d'une forme « d'ubérisation » de la profession.

La précarité d'existence des jeunes psychologues formés ces dix dernières années sans véritables débouchés professionnels permet d'imposer la conception des « bonnes pratiques ». A rebours des fondements épistémologiques et éthiques de la profession, cet Arrêté segmente les pratiques dans une forme de rationalité taylorienne qui dénature et dévalorise l'exercice de ce métier.

C'est pourquoi il convient sans doute de situer la publication de cet arrêté dans la suite de la politique de gestion médico-économique mise en place en psychiatrie depuis une quinzaine d'années. Cette politique conduit insidieusement et inexorablement au démantèlement du service publique de secteur.

De nombreux outils managériaux de gestion médicale et financière des hôpitaux ont préparé le terrain de cette mutation.

Pour mémoire, votre soin clef en main :

La classification CIM 10 (DSM), les protocoles de soins préconçus, l'individualisation des compétences, les « transmissions ciblées » pour les infirmiers, la création de dispositifs de

soins pour des populations prédéfinies, l'informatisation des données, la comptabilité des actes, les parcours de soin et les plateformes d'orientation, le patient traceur, etc.

Ces outils ont été très habilement installés.

En effet, Il n'a pas été explicitement demandé aux professionnels de renoncer à leurs orientations. Beaucoup ont ainsi pensé et pensent encore que les concessions faites à leur utilisation inappropriée permettront de préserver par ailleurs leurs pratiques.

On peut aujourd'hui sérieusement en douter tant ces outils objectivent systématiquement toutes les activités de la psychiatrie.

Ils forment une sorte de novlangue étrangère à la clinique qui contrevient à l'expression de la pluralité des représentations, des voix et des approches.

De plus, s'emparant de la psychiatrie en lieu et place de ceux qui la pratiquent, elle efface la dimension du champ relationnel, éteint les ressources de la pensée, détériore gravement la qualité du lien social et l'accueil du public qui lui est lié.

Si vous n'avez que la CIM 10 ou le DSM pour penser la psychiatrie, vous pensez une psychiatrie du DSM. Ainsi s'obtient une psychiatrie ségrégative et normative qui identifie les personnes entre-elles à partir d'une approche descriptive et les classe dans des populations statistiques. Aucune place ici à la singularité des subjectivités. Aucune lecture possible des symptômes.

L'Arrêté du 10 mars comme l'évolution de la politique de gestion hospitalière de ces dernières années témoignent d'un véritable parti pris pour certaines approches cliniques, plus affines avec le souci technocratique de mesure et de comptabilité des activités.

Il soulève ainsi de graves questions démocratiques.

D'une part, les diverses orientations de la psychologie reposent sur des conceptions anthropologiques différentes qui, pour des raisons éthiques, doivent pouvoir continuer à entrer en résonance dialectique. Leurs apports à la prévention, à la responsabilité individuelle et à l'émancipation des personnes ne sont pas les mêmes.

D'autre part, il est difficile de ne pas percevoir que la logique de ces choix conduit à une décomposition des institutions et à la transformation des pratiques professionnelles en biens de consommation calibrés pour la création d'un marché du soin.

Mais l'activité libérale ne peut sans conséquences se substituer au travail d'accueil et d'accompagnement au long cours des familles par des collectifs soignants dans le cadre de structures qui leur sont dédiées.

Marc Turpyn,

Membre de la coordination du Collectif National des Inter-collèges