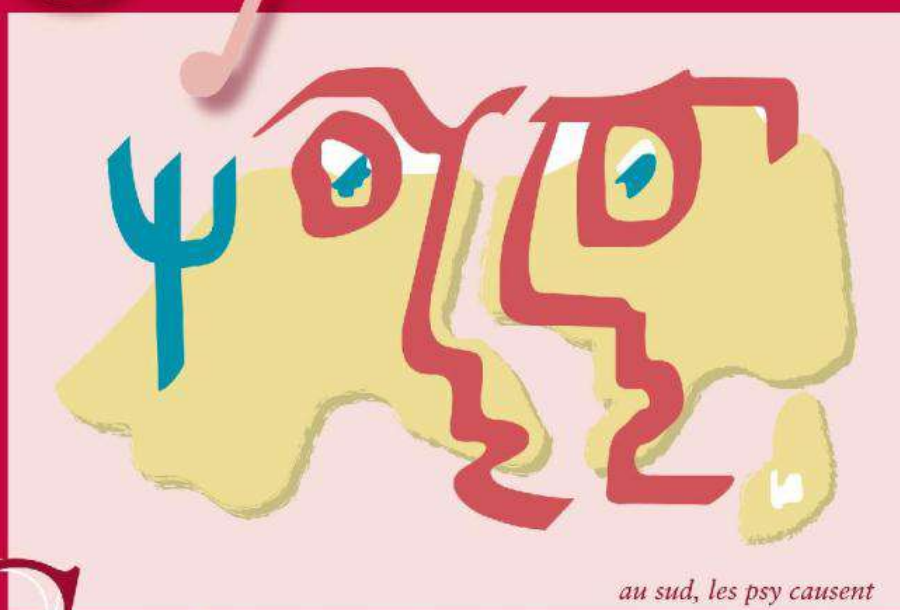


Psy



au sud, les psy causent

Cause

- Territorialité et management
deux maîtres mots es-qualité
- Horizons

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Territorialité et management,	
Deux maîtres mots es qualité.....	3
Secteur psychiatrique et territoire de santé	
Évolution créative ou manipulation gestionnaire	
Youssef Mourtada	4
Management hospitalier : De la logistique à la phlogistique	
Stanislas Struczyk, Didier Bourgeois	6
Pourquoi « territoire », concept géostratégique refoulé,	
revient-il aujourd'hui en force ?	
Analyse sémiologique et fonction idéologique	
Jean-Jacques Lottin	12
Petit médecin deviendra grand	
Eric Samama	18
Évaluation en pratique privée	
Dominique Texier	21
« Journal de l'E.P.P. »	
Sandra Muller, Fanny Raffaelli	24
La psychiatrie à l'épreuve du management	
Pierre Evrard	32
PsyCause II – Horizons	37
Les missions opérationnelles et les situations de catastrophe :	
Implications du psychiatre militaire marocain	
Moulay Abdessadek El Idrissi, Abdeslam Benali	38
Actualité scientifique méditerranéenne et occitane	49
Colloques et conférences	51
L'équipe de PsyCause	55
Abonnement et instructions aux auteurs	56



Es qualité

Le dossier de ce numéro est consacré aux communications de notre congrès national annuel 2008 qui s'est déroulé à Marseille. Nous l'envisagions initialement au Centre Hospitalier Valvert et le thème « Territorialité et management : deux maîtres mots es Qualité » devait mobiliser cet hôpital psychiatrique doté d'un riche passé institutionnel et d'une culture humaniste plaçant le patient dans sa globalité au centre du dispositif de soins. Hélas, à la dernière minute, une commission de sécurité est passée par là et a décidé qu'après un quart de siècle de bons et loyaux services sans le moindre incident, la salle de conférences devait être fermée illico pour absence de conformité avec le niveau de Qualité requis. Ce qui fut fait sur le champ. Ce sont les militaires de l'Hôpital Lavéran qui, au pied levé et avec un sens de l'accueil particulièrement chaleureux, nous ont accueillis. Ce dont nous les remercions.

La rubrique « Horizons » est régulièrement investie par des auteurs étrangers qui considèrent notre revue francophone comme un espace d'expression pertinent. Le prochain numéro à paraître en janvier 2009, présentera les travaux du congrès de Parakou au Bénin dont le thème, choisi par les Béninois, fut l'inadéquation du DSM 4 aux réalités africaines. Sur la page d'accueil de notre site web <http://psycause.fr.st>, notre webmaster Didier Bourgeois met en exergue cette phrase prononcée par Alain Gavaudan lors de notre congrès de Martigues en 2003 : « Psy-Cause n'est pas seulement une revue, c'est aussi un mouvement, un creuset d'idées, d'humeurs ». Psy-Cause n'est pas la revue d'un dogme ou d'une chapelle. Elle a néanmoins une ligne éditoriale, celle de considérer que la psychiatrie se situe au carrefour de la médecine, de la psychologie, de l'anthropologie, de la sociologie avec pour objectif de soigner des individus pris en compte dans leur globalité singulière et souvent dérangement qui ne doit pas s'évanouir derrière l'écran d'une quelconque grille de lecture. Les auteurs étrangers qui font appel à notre revue de langue française savent bien qu'ainsi ils inscrivent leur démarche scientifique dans un certain esprit de la clinique que nos maîtres nous ont laissé en héritage.

À Avignon, le 21 novembre 2008
Jean-Paul BOSSUAT

NDLR : dès le prochain numéro, celui du premier trimestre 2009, Psy-Cause reprend son rythme trimestriel de parution.

Territorialité et management Deux maîtres mots es qualité

Tel était le thème de notre congrès annuel « inter-régional » du 6 juin 2008. Notre prochain congrès annuel en France, cette fois-ci labellisé « national », se déroulera le 5 juin 2009 au Mans, organisé par Youssef Mourtada, pédopsychiatre médecin chef de pôle : sa contribution introduit tout naturellement ce dossier qui rassemble des communications du colloque du 6 juin, et s'interroge sur le sens du passage **du secteur au territoire de santé** comme unité de base pour la gestion en psychiatrie publique.

Suivent deux interventions, la première questionnant le **management** et la seconde, le **territoire**. Mais notre revue ne concerne pas que la psychiatrie publique : Eric Samama puis Dominique Texier conjuguent l'idéologie de **la roue de la qualité et l'évaluation** dans la pratique libérale évacuant la reconnaissance du lien à l'autre. Notre revue n'est pas non plus le lieu d'expression d'un discours unique : **oui, il existe des soignants heureux** qui posent la démarche qualité et l'évaluation selon la modélisation de la Haute Autorité de la Santé, ici deux infirmières psy intervenant dans un hôpital général en psychiatrie de liaison.

Nous clôturons ce dossier avec Pierre Evrard qui interpelle **la psychiatrie à l'épreuve du management**. Formé par un grand maître de la psychothérapie institutionnelle, Balvet, il part d'un concept qui n'a cessé d'inspirer sa pratique : la psychiatrie est une institution. C'est-à-dire un mode d'échange interhumain. Il dénonce à tour de rôle le cheval de Troie de la logique d'entreprise qui diffuse dans les organismes de soins psychiatriques les signifiants du management, faisant disparaître l'institution derrière l'organisation, le fonctionnalisme qui réduit les phénomènes psychiques à une approche binaire évacuant le Tiers qui fait du symptôme un compromis, le sécuritaire qui ne permet pas de penser une situation.

Jean-Paul Bossuat



Youssef Mourtada

Secteur psychiatrique et territoire de santé Évolution créative ou manipulation gestionnaire

Résumé : la nouvelle gouvernance bouscule l'organisation actuelle de la psychiatrie en date depuis 1960 à savoir le secteur. Cette gouvernance amène de nouveaux outils : les territoires de santé, les pôles d'activité clinique, la contractualisation, l'évaluation des pratiques professionnelles. Mais cette nouvelle gouvernance ne sort pas du néant et elle n'est pas non plus amenée à faire table rase du passé. Quel lien dialectique avec le secteur, quel rapport de force amène ces mutations, quelle place du médical dans cette gouvernance, tel est le sens de ce travail ?

Mots clé : le secteur – territoire de santé – politique médicale – économie de la santé.

Le secteur psychiatrique : logique d'une impasse

Retrouver la phénoménologie de l'esprit dans le champ de la psychiatrie nous amène à réaliser le fil conducteur entre la thèse aliéniste de PINEL, l'antithèse anatomo-clinique avec l'intégration de la psychiatrie comme branche de la neurologie avec CHARCOT et FREUD, pour parvenir à une synthèse entre l'asile fermé et l'hôpital ouvert avec la politique du secteur. D'ailleurs, à cette synthèse institutionnelle correspond une autre synthèse psychopathologique avec Henri EY et sa conception organo-dynamique.

Mais la question qui reste posée avec acuité : pourquoi, à l'épreuve de notre post-modernité, le secteur est dépassé, de même que la synthèse d'Henri EY, vole en éclats au profit d'un déterminisme organique de plus en plus envahissant. Si la post-modernité est à juste titre la chute d'une raison triomphante avec ses grands systèmes censés ordonner le réel, la post-modernité n'est pas pour autant la chute de la pensée, bien au contraire : cette déconstruction de la raison et d'une civilisation unique libère la pensée avec une prise de conscience de la complexité du réel et de ses représentations à l'exemple du rhizome de DELEUZE ou du concept de la différence de DERRIDA. De même que ce n'est pas étonnant de voir que cette post-modernité va de pair avec la mondialisation avec la chute des frontières, l'accélération du temps, la contraction de l'espace et surtout l'exigence d'une liberté individuelle dans un monde post-matériel.

Tout cela nous montre le décalage vertigineux avec le secteur, un système conçu dans l'après-guerre pendant une lune de miel médico-administrative écourtée par le choc pétrolier des années 1970. Un système qui a gardé ses origines asilaires à travers son hospitalocentrisme et sa conception intemporelle de la psychose, en particulier et la maladie mentale en général.

Les territoires de santé : avenir ou illusion

Le schizophrène, dans un retour qu'il n'a pas choisi vers l'originnaire, vers cette mère nature, énonce une vérité réalisée également par les éthologues, à savoir, que le corps d'un vivant implique un espace extérieur qui lui est vital autrement dit, implique un territoire. Le schizophrène essaye par sa création naturelle de limiter ce territoire vital, de même qu'un animal limite par ses diverses sécrétions son territoire.

Cette logique nous la retrouvons également à l'échelle des structures politiques avec leur territoire national ou d'outre-mer, vestiges de leur expansion coloniale.

Cela nous amène à interroger cette notion de territoire de santé. En quoi la santé est une structure qui réclame un territoire. La politique du secteur élaborée dans l'après-guerre fut la première à recourir à un espace géographique et démographique pour opérer l'ouverture des structures asilaires. Et de ce fait, la notion du territoire est inhérente au secteur. Le secteur est à la fois une aire de planification des équipements publics et privés de lutte contre la maladie mentale, un mode d'organisation et de fonctionnement du dispositif public de psychiatrie et une aire de concertation et de coordination des actions mises en œuvre par

l'ensemble des institutions contribuant au programme de santé mentale.

Malheureusement, le secteur happé par son hospitalocentrisme asilaire, a délaissé ses missions de santé mentale et le souci de son territoire. En Italie, l'expérience fut plus radicale car au-delà d'un territoire d'ouverture pour la psychiatrie, la logique de fermeture des hôpitaux psychiatriques c'était de faire de la psychiatrie dans le territoire.

Quant aux territoires de santé, le risque est de répéter la même impasse du secteur puisque le centre névralgique qui hiérarchise et structure les territoires de santé, reste dans les structures hospitalières.

De notre point de vue, au-delà d'une hiérarchie et des territorialités des uns et des autres, ce dont il s'agit c'est d'un terroir de santé. Dans ce terroir les différents acteurs seront amenés par leur articulation à sauvegarder et à penser ce bien si précieux, à savoir, notre santé mentale et il n'y a pas de santé mentale sans démocratie sanitaire, sans cette prise de conscience par tous les acteurs d'un territoire de leur responsabilité.

La santé et l'économie : regard croisé

Une des craintes et des critiques qu'on adresse aux réformes actuelles de notre système de santé est précisément la contamination de la santé par l'économie : financement à l'activité, management, certification et comme si le système de santé protégé jusqu'à présent par sa bulle sécuritaire mais déficitaire – à savoir la sécurité sociale – se retrouve rattrapé par les lois du marché, de la concurrence et de la cotation. C'est ainsi que l'incertitude règne après les évidences et la rareté remplace l'abondance.

Mais ce réveil de la santé à la dure réalité de l'économie n'est pas pour autant péjorative. Ce réveil répète une autre scène, celle des psychiatres qui se réveillent à la complexité du malade et ses problématiques qui dépassent et de loin la clarté de nos structures psychopathologiques si rassurante.

Ethiquement, c'est au psychiatre de ne pas se préserver de son patient mais de le rencontrer et de le réaliser, de même que c'est au système de santé de penser l'économie pour ne pas la subir. Raison de plus que l'économie, qui a du mal à acquérir une légitimité scientifique, est un symptôme majeur non seulement de notre postmodernité mais surtout, de notre post-humanité.

Dans cette post-humanité, les prix remplacent les valeurs, les marchands remplacent les producteurs et la croissance financière pollue la nature et détruit à grande vitesse les liens sociaux. Ce dont il s'agit à l'épreuve de la santé, c'est

de déconstruire l'économie, de la réaliser en partant du premier modèle d'échange, à savoir la mère et le bébé. Dans ce modèle d'échange, la valeur relève du don et le don est hors de prix. En effet c'est l'art des gens qui fait la valeur de l'argent et non le contraire, d'ailleurs, l'argent est une représentation du réel à ne pas confondre avec le réel. C'est en cela la première monnaie représentation de cet échange est de nature corporelle, le caca. Un reste qui n'a de valeur que par le sens d'être lâché permettant au bébé l'accès à un corps propre et à la maman l'accès à une fonction parentale, c'est-à-dire, être capable d'enfanter.

La moralité de ce regard croisé, c'est que la monnaie ne peut que être fondante au sens propre et figuré, et que la seule croissance durable est celle du sens, celle de l'autre. C'est ce désintéressement financier, cette gratuité qui constitue une richesse inépuisable et inestimable car c'est une richesse humaine.

Éloge d'une utopie, la politique médicale

Si l'économie est un symptôme, la politique relève du fantasme dans le sens où les politiques tentent de réglementer leur symptôme pour préserver la cohérence du système.

Malheureusement cette démarche, qu'elle soit libérale ou sociale reste fantasmagorique et elle s'évanouit à l'épreuve du réel. Ce n'est pas étonnant non plus que ce fantasme collectif vire à une perversion narcissique : l'appropriation du pouvoir et qui n'est pas seulement le fait des dictateurs et des régimes totalitaires.

Là aussi, une question reste posée : la politique est-elle autre chose qu'une pulsion de maîtrise anale ou nationale et le pouvoir, au-delà de cette maîtrise, n'est-il pas un acte de voir, une visibilité de l'autre, en somme, un acte de lien social. C'est à l'endroit de cette utopie que nous situons la politique médicale. Au-delà d'une maîtrise comptable des dépenses de santé, la politique médicale est une réelle visibilité du système de soin. Un système de soin n'a pas comme mission de produire des malades et de promouvoir la consommation médicale mais plutôt le contraire, de préserver par la prévention et le travail de liaison notre santé, et de permettre à l'autre de guérir quand sa problématique humaine dégénère en maladie mentale.

En conclusion, la santé, au-delà d'un bien-être, c'est la capacité d'être présent à soi par la représentation de l'autre pour ne pas rester dans un état d'aliénation et il faut dire que l'aliénation la plus partagée parmi les humains, est la normalité. Ce dont il s'agit, c'est de déconstruire la pathologie pour libérer la vie métamorphosant au passage l'aliénation en véritable lien social.



Stanislas Struczyk¹



Didier Bourgeois²

Management hospitalier : De la logistique à la phlogistique

L'hôpital public actuel est l'héritier d'une longue tradition forgée sur des axes forts : Solidarité (ordonnances de 1945 sur la Sécurité Sociale), laïcité, financements publics, répartition territoriale, mission de formation des professionnels de santé. L'hôpital psychiatrique est aussi l'héritier direct des Asiles du XIX^e siècle, de la psychiatrie institutionnelle, de la psychiatrie de secteur... Quelques figures fortes : Le médecin-Directeur, l'infirmier Psychiatrique de Secteur (espèce condamnée à l'extinction), le stagiaire... Mais aussi : Le malade chronique à accompagner dans une vie. D'autres figures émergent : Le DRH, l'intérimaire «en mensualité», le Visiteur de la Certification, l'emploi aidé, le journaliste, l'avocat, l'expert... Le malade chronique est toujours là ! Les missions et les logiques de l'hôpital psychiatrique changent, en conséquence, le vocabulaire employé change : on parle désormais de territoire, de pôle et de manager, d'activité tarifiée, de coût. L'ambiance évolue.

Une métaphore zoologique : la Galère espagnole¹ : Physalie, une espèce de méduse, est en fait un assemblage de «personnes» différenciées. Après l'essaim d'abeilles, depuis le scandale Monsanto, les recruteurs, formateurs et DRH hospitaliers la prennent en exemple. L'hôpital est comme médusé par les réformes. C'est une vraie Galère, espagnole en référence à l'auberge peut-être !

La problématique managériale à l'hôpital public contemporain

le management issu du Plan Hôpital 2007 s'impose à nous car il est inscrit dans la loi. Quand on verra le management 2012 à l'œuvre, on le regrettera ! En effet le rapport LARCHER est sorti subrepticement au printemps 2008, il potentialise et démultiplie les orientations contenues

dans le Plan Hôpital 2007 et prévoit : le Directeur comme patron unique de l'hôpital entreprise, une autonomie plus grande des établissements, des contrats tout azimuts, le développement des procédures d'évaluation, un système de récompenses. Hypothèse haute : cet outil managérial est un levier de changement. Ce que le Plan Hôpital 2007 a changé dans la répartition des tâches et la distribution des responsabilités pourrait être une chance d'élaborer une démocratie hospitalière nouvelle, de dégager des marges de manœuvre nouvelles pour faire de l'hôpital un outil de soin plus adapté. Comment connaître et utiliser les avantages de ce nouvel outil ? En sachant que les inconvénients seront développés ailleurs.

Les deux caractéristiques du Management 2007

1. Il se veut scientifique, codifié, imparable, prévoyant tout. C'est du management total (au sens de GOFFMAN) donc à risque totalitaire. Le XX^e siècle a secrété des utopies totalitaires dramatiques. Le XXI^e secrète déjà une nouvelle utopie toute aussi totalitaire, l'**utopie managériale**. Mais il y a un paradoxe sournois à vouloir ainsi relier du libéral et du managérial comme si l'un et l'autre étaient miscibles.²

2. C'est un concept importé du monde de l'entreprise (cf. Hôpital-entreprise). Mais que produit l'entreprise hospitalière après 2007 ? Du soin, de la paix sociale, de la sécurité sociale, du profit, du protocole, de l'emploi... ? Et si croire qu'on y produit du soin était un leurre ?

Un cri : «On organise la faillite des hôpitaux publics.» C'est celui de la Fédération Hospitalière de France- Son président, C. Evin parle «d'asphyxie programmée³». En avril 2008 : 29/31 CHU français étaient dans le rouge. 800 Millions d'€ manquaient. La T2A⁴ dès sa mise application réelle, va officialiser la faillite de pans entiers du système hospitalier. On prévoit déjà, en conséquence directe, un «Plan social» de 20 000 emplois dans la santé. Le sous-financement

1. Psychiatre contractuel

2. Psychiatre, chef de pôle

Pôle Avignon-Est – C H de Montfavet – BP 92 84143 Montfavet cedex.

1. S. Jay GOULD (le sourire du flamand rose) Seuil 1988.

2. A-S COHEN, D. BOURGEOIS : Quand le libéralisme bureaucratique tue l'hôpital- Psycause N° 38.

3. Communiqué de la FHF, avril 2008, sur son site www.fhf.fr

4. T2A : Tarification à l'activité.



GALÈRES ESPAGNOLES (PHYSALIES)
FAISANT MÉTAPHORE DE SES
PNEUMATOPHORES !

chronique de l'hôpital s'accompagne de transferts financiers du Public au privé.

Du passage au 35 h au passage à l'acte... La T2A Soigner, gérer, c'est déjà passer à l'acte :

Une réflexion de patients discutant entre eux dans une unité de soins : « Qui est le chef des psychiatres ? Réponse : C'est le psychopathe ».

Une nouvelle sémiologie du passage à l'acte est à construire à l'échelle hospitalière. Faudra-t-il attendre le DSM V-R ? Au quotidien émerge déjà une néo-psychopathologie clinique du management : harcèlement, coaching, placardisation, objectivité, objectivose. Les Centres Médicaux-Psychologiques accueillent ces nouvelles plaintes, ces souffrances modernes. Il faut créer de nouveaux termes pour en rendre compte. Alors que certains enseignent la placardisation aux managers, qui va enseigner aux soignants comment aider les victimes de ces méthodes de management ?

Les idéo-logiques varient et déteignent sur l'hôpital

Dans les années 50/60, la psychiatrie institutionnelle structurait la dynamique de l'institution avec un principe : le bien-être et le savoir-être des soignants conditionnent la qualité du soin. Cette conceptualisation a favorisé l'émergence des

thérapies institutionnelles, voire d'un psychanalysme (R. CASTEL⁵). Dieu s'était réincarné en thérapeute avec des dérives possibles. On a pu dire que l'idéologie sectorielle, elle-même était une idéologie totalitaire !

Dans les années 2000 : l'idéologie managériale infiltre et structure l'institution : Dieu s'est réincarné en coach, en DRH.... Dieu est actionnaire. Et réciproquement.

Du soin : Le fantasme du retour à la clinique

On pourrait croire que la fonction première d'un hôpital, c'est de soigner. Non, le soin vient de surcroît ! Il n'est pas interdit. On peut le normaliser, le normer, le protocoler mais il peut vite être suspect !

- Conseil n°1-A : Soyez discrets lorsque vous soignez !
- Conseil N°1-B : N'y prenez pas plaisir ! C'est dangereux ! Il y a peu du work-addict au sex-addict. Les trois piliers d'une institution, ce qui fait qu'elle perdure, restent les mêmes : Sexe, argent, nourriture.
- Conseil N° 1-C : Adaptez-vous :
 - Docteur, on me dit je suis mégalomane.
 - Vous tombez bien, je suis le meilleurs psy du monde !

5. R. CASTEL : Le psychanalysme, Edition Maspéro, Paris.

Le soin est calibré, conformé, et surtout, il doit maintenant être rétrospectivement traçable : Le seul soin, c'est le soin qui est dans l'ordinateur : DIM, RIMPsy, CIMAISE, T2A; ces acronymes envahissent la vie des soignants. Le soin est devenu un concept dématérialisé. Il faut soigner les données car elles-seules en témoignent donc :

- **Conseil N°2 : rentrer dans l'ordinateur** que vous avez fait le soin sera toujours préférable au misérable «passage à l'acte» que constitue un acte soignant. (acte gratuit ?)⁶ Vous risquez de mettre en difficulté l'équilibre financier de l'hôpital. Le temps passé dans une relation duelle avec le patient sera du temps distraité de la tâche noble : se conformer au protocole, rentrer les actes ou faire acte de présence dans une réunion transversale destinée à dynamiser un cercle vertueux de qualité.

Prévention primaire, secondaire, tertiaire...cela ne s'applique plus au patient mais à l'institution; il faut soigner l'institution.

De la paix sociale

- L'hôpital (Psychiatrique ou général) est souvent l'un des plus gros employeurs du département ou de la commune. Il génère des ressources, des emplois et participe (à), symbolise la cohésion sociale. Il reste une vitrine. Il est aussi l'un des derniers lieux où il y a de la lumière la nuit avec le commissariat de police... Y convergent toutes les Souffrances (Cf. la canicule 2003). On montre la vitrine, pas l'arrière boutique. La nouvelle gouvernance, c'est comme l'amiante. Il y a en partout et il ne faut pas gratter.
- Même les décideurs locaux peuvent être malades, ce qui les motive à défendre leur hôpital de proximité. Et puis tous les employés de l'hôpital sont des électeurs potentiels. Des politiques «notables» sont membres du Conseil d'Administration. Leur réélection est un objectif majeur de paix sociale. La distribution des médailles vermeils du travail reste un moment important de la vie hospitalière.
- Le Plan Hôpital 2007 et le Plan Hôpital 2012 en dépit de leurs différences mettent en acte tous deux une logique de transfert progressif de charges vers les collectivités locales, ils organisent de nouveaux circuits de circulation d'argent, ils favorisent l'émergence de nouveaux lieux de pouvoirs. De nouveaux acteurs et enjeux de la paix sociale émergent :
- Représentants de malades, des familles, compagnies de VSL/taxis, laboratoires pharmaceutiques, policiers, juges... Il faut bien comprendre que l'hôpital désormais est au service de ces lobbies et pas l'inverse... Mais le malade chronique est toujours là.

Les surprises de l'existence

Si vous voulez savoir ce que le mot effacement veut dire, demandez le projet du pôle administratif. État des lieux/objectifs/ Cercle de qualité....Il est encore pour certains impensable d'envisager que les restructurations des pôles soignants ou médico-techniques s'accompagnent d'une restructuration du complexe administratif ou d'une modification des routines.

Pôle logistique/ pôle phlogistique : la logistique sera l'abcès de fixation et le couloir d'étranglement de la période charnière 2007-2012 car les meilleurs projets de restructuration institutionnelle ne sont rien, même après les décisions des instances, si la logistique ne suit pas. Or la logistique a chaussé des semelles de plomb. Ces restructurations auraient dû bénéficier, par exemple, d'une anticipation au niveau architectural mais la réactivité des services chargés de la mise en place concrète des projets est désormais mise à mal par la multiplication, ces dernières années, des procédures, des contraintes et par l'empilement des normes.

L'époque actuelle favorise le recyclage de mai 68

L'idéologie post-soixante-huitarde était «Jouer sans entrave». Non ! Le principe directeur actuel est : multiplier les entraves, les contraintes, s'asphyxier. Arriver à survivre néanmoins ! Ce fonctionnement a à voir avec l'érotisme pulmonaire⁷, le jeu du foulard... Et si c'était ça la vraie perversion institutionnelle ?

Les protocoles sont des pavés et le management actuel se veut situationnel, ce qui rappelle furieusement aux anciens le situationnisme. Encore un héritage de mai 68.

Le manager doit développer son charisme : être un gourou ! Comment développer son charisme (J-F Moine⁸) sans tomber de charisme en Scylla ? :

1. Proposer un projet : Avoir une vision.
2. Apprendre à l'exprimer cf. le storytelling
3. Regarder autour de soi
4. Accepter la perception des autres
5. Inspirer confiance...

Le manager charismatique sait aussi être humain en ne s'enfermant pas dans l'image d'un chef qui prend tout sur lui. Il rassure et sait s'exposer.

Il use de cinq tactiques pour motiver ses collaborateurs :

1. Communiquer
2. Faire confiance
3. Responsabiliser
4. Orchestrer
5. Soigner l'ambiance. À l'hôpital, on soigne l'ambiance.

7. D. BOURGEOIS : Un cas d'érotisme pulmonaire. Psy-Cause N° 17.

8. <http://www.journaldunet.com/management/dossiers/041260charisme/conseils.shtml>

6. A. GIDE : Les Caves du Vatican, Première édition en 1914.

Le monde du management est un monde total, qui se suffit à lui-même

Principes du Jeu : L'hôpital est un Grief Management Council⁹.

Principe : L'objet de notre hôpital-entreprise est le management de la douleur de l'intense souffrance mentale. Cf. «Theme hospital¹⁰» Ces territoires étaient jusqu'alors délaissés par les Marchés, abandonnés aux champs de la solidarité (SS) ou de la charité. Maintenant la Générale des eaux est là. Tous ce qui avait été négligé dans l'organisation (émotionnel, irrationnel, intuitif, informel), peut, donc doit, être géré au cordeau voire au couteau. Il s'agit en fait d'une dématérialisation de la souffrance et des rapports humains L'hôpital est devenu un gigantesque jeu vidéo. On passe de la triade «Imaginaire, Réel, Symbolique» à une tétralogie : «Imaginaire, Réel, Symbolique, Virtuel».

Quelques approches susceptibles d'éclairer le phénomène :

- Le storytelling¹¹ : L'entreprise hospitalière se démarque par rapport à l'ancien modèle, l'entreprise fordiste.
- L'organisation d'une institution peut être comparée à un système immunitaire. Elle protège contre le changement. Son but est un statu quo.
- La synchronisation spatio-temporelle assurait aux agents la perception d'une certaine continuité temporelle structurant le travail et leur vie : notions de carrière, d'alternance travail/loisir, de congés payés, de journée de travail. Tout cela donnait aux agents un sentiment d'appartenance : une «culture d'entreprise». Corollaire : toute institution se construisait comme si elle était immortelle. Mais l'institution actuelle fait comme si n'était pas née. L'institution n'est qu'un devenir, ce qui efface les difficultés du présent. Entre l'état des lieux et le futur lieu, il n'existe rien.

Dans cette perspective, on lance actuellement des réformes qui ne sont pas appliquées, pas évaluées dans leurs conséquences : Le Plan Hôpital 2012 klaxonne derrière le Plan Hôpital 2007 alors qu'on ne sait pas ce que donnera celui-ci. Et on met en route entre-temps la réforme issue du rapport LARCHER. Quelques fragments de la perversion institutionnelle induite :

« Jouez, on vous dira la règle après... »

« Comment ! Vous ne savez pas que la partie avait commencé... elle est presque finie ! »

Le nouveau modèle : l'entreprise post-fordiste à travers l'apologie du changement permanent

La valeur adaptative du changement est devenue supérieure à la valeur de la stabilité et dans cette optique, le désordre apparaît souhaitable capable de susciter une spirale vertueuse du changement : fusion, restructuration, évolution, mutation... La restructuration permanente qui introduit des plages de non-droit¹² et le changement sont devenues des valeurs en soi, ce qui a rapport avec les changements d'échelle temporelle du capitalisme de ce siècle : le profit à trois mois supplante le profit à trois ans.

Pour cela, la dérégulation est organisée. Il ne s'agit pas de substituer une règle à une autre (mue institutionnelle) mais de créer des espaces hors règles... Chimères, en attente d'une règle à venir qui légitimera ultérieurement et a posteriori les acting out. Il est important de se sentir «à l'orée du changement», «tendu vers le possible», et l'important, ce n'est pas le but, c'est le chemin. Pour cela est promue une organisation maigre (lean production), mutante, adaptable aux aléas de la conjoncture, flexible, agile, dont le prototype est le comité de pilotage (et dont le pendant le tribunal arbitral)

Un exemple en est le contrat de pôle : il tarde à venir. Il ne sera que la légalisation des abandons. Il prendra acte de ce qui aura été détricoté entre temps.

Il y a trois éléments dans cette philosophie :

- **Ethos** : injonction constante au changement.
- **Pathos** : management des émotions et constitution d'un nouveau sujet du capitalisme, le consommateur/usager/salarié/manager en tant qu'ego émotionnel.
- **Logos** : c'est le rôle du langage et des histoires dans la gestion de ce moi émotionnel¹³ : l'identité narrative. On va vous (nous) raconter des histoires, vous faire raconter des histoires et les emplois à carrières n'existent plus : «carrière sans frontière». Il est envisagé sérieusement et comme un progrès qu'en une vie professionnelle, un sujet devra statistiquement renouveler trois fois son profil de compétence. L'entreprise est devenue un monde aux contours flous, voire nomades, dans lequel se rencontrent provisoirement individus et organisations pour effectuer un travail collectif, au service du Projet, forcément une belle histoire. Et ceci nécessite un engagement. Par exemple le contrat de projet pour les cadres, les chefs de pôle. Ce nouveau langage est fait, aussi, de mots nouveaux :

9. Don DELILLO : Joueurs, 1977. Version française dans Le livre de Poche.

10. Theme Hospital : Jeu vidéo pour PC 1997. Développé par Bullfrog, édité par Electronic Arts.

11. C. SALMON : Storytelling : La machine à fabriquer des histoires et à formater les esprits. ED. La découverte 2007.

12. Lors de la fin du communisme en URSS, la période 1989-1991 permit des enrichissements soudains : Le directeur d'une usine d'état pouvait en devenir du jour au lendemain le propriétaire.

13. P. BOURDIEU : (2001) Langage et pouvoir symbolique. Seuil, Coll. Point. Paris.

Les mots du management

- **Benchmarking** : «comparer dans un but précis» Exemple : des décideurs ont benchmarké système de soin canadien et système de soin français, idem pour les retraites. Ils en ont déduit la supériorité du modèle nord-américain. Abus de sirop d'érable ? Donc ils veulent l'importer en France. On a benchmarké la télé réalité de Endemol, on pourra benchmarker les fonds de pension.
- **GPO** : gestion par objectif. L'idée est de découper un type de travail par objectifs précis avec des fenêtres de temps pour leur réalisation. L'objectif est de stimuler les agents. On peut coupler le terme avec celui de Qualité. Qualité, contrôle Qualité, Cercle vertueux de qualité... On est dans le management toyotiste.
- **Workflow** : flux de travail. C'est la gestion informatique de l'ensemble des tâches. Cela va de l'agenda électronique inclus dans le PC fourni par l'employeur au pointage Gestor et à la dématérialisation de l'information via intranet sous couvert d'écologie. Le but est de faire du marketing viral ou de l'information virale qui se propage de PC en PC. En fait, dérision, ce sont surtout les histoires grasses qui circulent. Il y a plus de Powerpoints érotico-ludiques que de Powerpoints managériaux dans les dossiers des agents.
- **Le 360°** : c'est la méthode anglo-saxonne d'évaluation circulaire des agents. L'évaluation est effectuée par le supérieur hiérarchique, par l'agent et par ses collègues. Le

360° c'est la clôture totale de l'espace relationnel; chacun autocensure ses interactions.

- **NTIC** : nouvelles technologies de l'information et de la communication : Iphone, Blackberry, Palm pilot... e-learning.

Et aussi : la flexisécurité, l'impactage (toucher indirectement), la promotion zapping, le picking (la troisième visite de certification des hôpitaux se fera par picking), le contrôle ponctuel sur la ligne de production, etc...La nouvelle idéologie privilégie le changement par rapport à la continuité, la mobilité sur la stabilité, la tension sur l'équilibre.

Nouveau paradigme

L'entreprise sans frontière, délocalisée, nomade, libérée des lois et des emplois, légère, furtive... ne connaît d'autre loi que le récit qu'elle se donne, les fictions qu'elle répand. C'est l'entreprise récitante. Le récit mobilise autant qu'il motive. C'est le storytelling management. (cf. supra).

La puissance et la violence du néocapitalisme tient :

1. À la synchronisation du capital et du travail.(XIX^e siècle)
2. À la création de fictions mobilisatrices (XXI^e siècle) : le projet d'établissement. le projet de pôle...le projet thérapeutique.
3. Les spin doctors (Reagan 1984). Faire tourner la suite. Le débat sur le débat.



Quelques mots clefs :

- **Effet tunnel.** La rumeur comme levier de changement. Dans une logique d'entreprise basée sur la communication, la rumeur fait que chacun se raconte son histoire, anticipe...Au bout du compte l'histoire créée sera issue de ces micro-histoires. Comme par hasard elle collera ! Du ballon d'essai au laisser-aller. S'il y a du désordre, laisser croire qu'on en est l'auteur.
- **Protocole :** pourquoi tant de protocoles ? Les protocoles n'apportent pas de la stabilité mais de l'incertitude. Les protocoles augmentent le champ de l'inapplicable, donc de l'exception nécessaire. Comme rien ne colle, On gouvernera dans l'interstice, l'exception, le flou. Un protocole n'est pas fait pour être appliqué, il est fait pour être brandi¹⁴. Il faut toujours demander à aller au bout du protocole jusqu'à son abandon par ceux-la même qui l'ont promu.
- **On parle par anti-thèse.** Les mots dérivent et deviennent des faux-amis. Exemples :
 - Un plan de licenciement devient un plan de licenciement plus plan d'accompagnement social et donc on l'appellera plan social.

- «Je serai le président du pouvoir d'achat»
- On utilise le terme de recomposition. Il y a donc bien eu une décomposition. Notion de compost institutionnel.
- Une baisse des cours à la bourse est une «prise de bénéfice.» Le terme est plus positif qu'entubage d'actionnaires. Et le double discours est permanent.

Conclusion

Il ne s'agit pas d'être ici pour ou contre ce néo-management puisqu'il s'inscrit dans la loi. Il s'agit de comprendre mieux les processus et les enjeux de ces changements pour, à l'aune de son éthique et de ses valeurs, pouvoir avancer. Lorsque, entre deux trains de réforme (Plan Hôpital 2007 et Plan Hôpital 2012), on balance une mue (le rapport LARCHER), c'est oublier la biologie. Dans l'évolution, l'organisme mue lorsqu'il est prêt (notion de programmation, de teaming). Ici il devra s'adapter au changement préalablement virtualisé dans les réservoirs d'idées des groupes de pression. C'est l'apoptose garantie !



14. Dans les républiques bananières, tout est trop strictement réglementé et la bureaucratie est omnipotente. On ne peut rien entreprendre si on applique les lois. En conséquence, chacun s'arrange avec la loi, c'est le règne des pots de vin versés à ceux mêmes qui édictent les lois contraignantes..



Jean-Jacques Lottin

Pourquoi « territoire », concept géostratégique refoulé, revient-il aujourd'hui en force ?

Analyse sémiologique et fonction idéologique

« *Qu'un sang impur abreuve nos sillons* », hymne français,
« *Nous avons juré par le sang qui coule avec abondance et pureté* », hymne national algérien...

« Dans cette zone très particulière (sic) de la ZAC de Villiers-le-Bel, territoire perdu de la République » (écrit avec une grande précision sémantique, J. Espitallier, directeur régional de la police judiciaire de Versailles- février 2008) ;
« Le territoire des Terres australes et antarctiques françaises a émis un timbre à 0,90 euro » ;
au lendemain des municipales, le Parti socialiste a constitué un « Conseil national des territoires » ;
« si Internet est un grand territoire participatif, horizontal, multimodal et rapide, constatons qu'aucun pouvoir central ne gouverne ce système » (Le HUB Ludigo, site des territoires informés) ;
un journal local titre « Vaucluse, territoire international du cyclisme », ce qui n'a littéralement aucun sens ;
le ministre de l'intérieur annonce le 14/01/2008 « la création d'unités territoriales de police de quartier en Seine-Saint-Denis » ;
« Mr C.C. vice-président délégué à l'aménagement des territoires du conseil régional de PACA, a visité le lycée de Sisteron » d'après La Provence ;
la carte de vœux du Conseil général du Nord : « Le Nord : des hommes et des territoires », les confondant avec les terroirs ;
« Le territoire de la République française » (N. Sarkozy quand il parle de son pays) ;
annonce : « Le Conseil Général de l'Essonne recrute des puéricultrices territoriales » ;
« J'ai commencé le dialogue territorial » (Rachida Dati) ;
« Il s'agit de dessiner une nouvelle géographie territoriale de la France » (rapport Attali), comme après une conquête coloniale ?

Ils voient des territoires partout. Quiconque disposant d'une idée, d'un réseau, d'une initiative, d'un projet informel, s'empresse avec un brin de mégalomanie à vouloir créer illico un *territoire* pour y exercer une influence. À toutes les sauces, la novlangue du pouvoir décline aujourd'hui ce concept archaïque, et particulièrement, l'oxymore de « nouveaux territoires », souvent appliqué (et pas toujours sous forme de métaphore) au domaine culturel et artistique, virtuel et communicationnel, à l'expression numérique dans les métropoles dites « liquides », ou à certaines expérimentations sociales ou managériales sur ce qu'ils jargonnent comme « territoires directs » (sic). Ça ressemble à une MODE, mais c'est plus que ça.

Pourquoi les créatifs ne revendiqueraient-ils pas plutôt la « conquête » parabolique de nouveaux espaces, continents virtuels, ou horizons moins guerriers ?

L'usage abusif d'un concept anachronique, longtemps réservé à l'éthologie (le territoire d'un animal est son espace vital de reproduction marqué par ses sécrétions, son urine, et défendu par tous les moyens), réservé à la guerre, à la domination féodale ou la conquête coloniale, que masque-t-il, que brouille-t-il ?

Selon WALLERSTEIN (L'universalisme européen. Demopolis- Paris 2008), un territoire est une « zone non civilisée où les peuples non européens sont assignés à une salle d'attente imaginaire de l'histoire »...

Il y a cent ans, Galliéni (dans Trois colonnes au Tonkin - 1894, Chapelot -Paris) donnait une belle définition à chaud de ce concept :

« Les premiers efforts de tout commandant territorial doivent tendre à l'étude des races, des haines, des rivalités qui les opposent. Un officier qui réussit à dresser une carte ethnographique exacte du territoire qu'il commande est bien près d'en avoir obtenu la pacification complète, suivie bientôt de l'organisation qui lui conviendra le mieux ». C'est de l'éthologie militaire.

Cette définition n'a pas vieilli, et s'applique parfaitement à la contre-réforme de la carte sanitaire qui met en place ces nouveaux « territoires de santé » où le pouvoir central



va tenter de reprendre le contrôle, ce biopouvoir selon FOUCAULT sur les biocorps de la population et ses symptômes, ces indigènes compliants managés, soigneusement classés selon les catégories de la tarification à l'acte. Les statistiques binaires remplacent simplement l'ethnographie, encore que...

et Galliéni a juste changé son nom en Bachelot.

Même la viticulture n'échappe pas à la territorialisation/standardisation des goûts, puisque les bons vieux **terroirs** gorgés d'histoire sont remplacés par les noms banalisés des cépages dans la MONDOVINO des supermarchés qui menace notre savoir-faire au nom de l'inculture anglo-saxonne sans ancrages ancestraux, qui ne déguste pas un côtes-du-Rhône, mais CONSOMME un cabernet ou un pinot apatride, abstrait, au goût moyen rehaussé par un boisage artificiel, puisque c'est LEUR MODE. Il veulent du gouleyant toc partout.

Édouard ZARIFIAN, en grand amoureux du vin, le situait du côté de la terre, du TERROIR sa « patrie », de la vie, quand le territoire serait plutôt du côté de la mort, et des OGM.

Alors territoire et pulsion de mort ? « *La gestion tue* », affirme toujours Jean OURY.

De l'autre côté de l'Achéron, la barque de Charon mène au territoire des morts...

Un terroir est un paysage humanisé, lisible, gorgé de sens et de KULTURARBEIT.

Il se DÉCHIFFRE quand un territoire reste à DÉFRICHER.

Dans un tout autre registre, la disparition des N° de département sur les futures plaques minéralogiques européanisées, standardisées, bureaucratisées, vise le même but : sortir des mini-ancrages de terroirs, pour entrer dans le grand territoire technocratique sans âme. Après ça, pour les petites identifications et fiertés locales par procuration, il ne restera plus que le foot.

Hypothèse : le florès actuel du concept signifie-t-il une re-jacobinisation par le pouvoir central qui n'a jamais été aussi interventionniste derrière son masque libéral, et remet en

question la décentralisation démocratique, au profit d'une reconquête des espaces relativement autonomes des régions et départements par la DÉCONCENTRATION-RECOLONISATION qui asphyxie les collectivités dites territoriales – presque toutes dans l'opposition – en leur déléguant des responsabilités nouvelles par le transfert de charges ou de compétences parfois régaliennes, sans toutefois leur allouer les moyens financiers correspondants (culture, formation professionnelle, routes, collèges et lycées, transports en commun, santé).

On sait maintenant par exemple, que les vrais patrons des futures Agences Régionales de Santé seront les mobiles et polyvalents préfets de région.

Bonjour, les incompétences.

PAUSE-GLOSSAIRE :

Le verbe d'action **reterritorialiser** s'ajoute à d'autres concepts, néologismes, euphémismes et litotes issus du petit glossaire soigneusement tenu à jour de la religion libérale du MEDEF et de son jargon corporatif de management, dit « décomplexé ».

Nous avons récolté *séparabilité à l'amiable, employabilité, «benchmarker c'est la santé»* que nous assène Mme Parisot qui veut «*finir le boulot de moderniser l'économie*» et inculquer aux «agents remotivés» le sens toyotien de la crise, dans un contrat *donnant-donnant, qui sera gagnant gagnant, car «les fondamentaux du pragmatisme sont sains»*, surtout si le chômeur accepte une «*offre raisonnable d'emploi*», qui, grâce à un PPP (*projet professionnel personnel* (sic)), en fera un travailleur pauvre, *car la gouvernance est nouvelle, les lois du marché sont naturelles*, et il faut *moderniser* (euphémisme d'américaniser) et *reprofessionnaliser la professionnalité*. Et tous ces défis à RELEVER : *mais qui les fait tomber ? Parier sur l'avenir, alors qu'on n'y croit pas*, etc.

Le plus bel euphémisme est indiscutablement ce « *plan de modernisation sociale* » que d'autres nomment LICENCIEMENTS.

Puis vient cette chimère inquiétante du *neuromarketing* qui découle du capitalisme cognitif et introduit la finance comportementale, après les méthodes de marketing viral,



le storytelling d'entreprise (nouveau paradigme managérial), les naïfs *transparence*, *capital humain*, *risquophobie*, *agent*, *équipier*, *compétence*, l'oxymore *évaluation scientifique*, *flexicurité*, il faut mieux expliquer les nécessaires réformes, (pour régresser de l'état de culture à celui de nature), se concentrer sur le cœur de métier, Renault a son « organisation sur le fil du rasoir » (sic), et tant d'autres sottises charabia reprises par l'UMP par l'entremise zélée de la plupart des journalistes qui s'en régalaient au pied de la lettre, comme si c'étaient des bons mots.

On pourrait en rire

si nous ne nous souvenions pas de l'ouvrage déterminant de Viktor KLEMPERER « LTI - la langue du IIIe Reich » Albin Michel 1996, dans lequel il montre que chaque confiscation, chaque détournement du sens courant des mots, de la valeur d'usage et d'échange d'une langue au profit d'intérêts politiques, produit inévitablement du totalitarisme par désymbolisation et rupture de la *Kulturarbeit*, qui les fait prendre AU PIED DE LA LETTRE.

Jean AMÉRY appelait cette pratique « sabotage linguistique », et Minkowski évoquait « le rationalisme morbide du schizophrène », la même rationalité obsessionnelle qu'on retrouve dans cette EBM infantilissante financée par l'industrie pharmaceutique.

De son côté, le philosophe Boris GROYS rappelle (dans *Post-scriptum communiste*, 2008) que « Dans les conditions du capitalisme, toutes critiques sont absurdes. Dans le capi-

talisme, le langage fait lui-même office de marchandise sur le marché des médias, c'est-à-dire que son discours sophistiqué standardisé interchangeable est muet ».

Quiconque manipule le langage, la sémantique des mots, dispose effectivement du pouvoir, et TERRITOIRE est ainsi devenu une **marchandise linguistique** entre leurs mains en tant que concept opératoire masqué en MODE (relire *LANGAGE ET POUVOIR SYMBOLIQUE* de Bourdieu, 1982. Points, ou LQR d'Hazan 2007).

Hypothèse : nous vivons une période inquiétante dont le détournement linguistique est un signe infaillible. Roland GORI attire dans tous ses ouvrages notre attention sur « La santé totalitaire » qui se met en place, réalisation de la prophétie de Foucault. Le retour en grâce du concept de territoire en FAIT PARTIE, et il convient donc de ne pas le banaliser, l'anecdotaliser : ce n'est pas un simple effet de mode passager, c'est bien un symptôme alarmant.

Petite histoire d'un concept

Issu du latin *territorium*, *territoire* entre dans le langage courant en 1380, à l'apogée du système féodal. Le Petit ROBERT y voit « une étendue de pays sur laquelle s'exerce une autorité, une juridiction ». Restons-en à cette définition.

Historiquement, territoire a toujours désigné un espace dont la nation est en cours de constitution, n'a pas encore créé ses lois, son autonomie, son unité, sa langue, son état, ses

frontières : il s'agit des colonies, des terres « vierges » ou sauvages, des vassalités, de l'Ouest américain, d'une réserve d'indiens, du furieux «Drang nach Osten» d'Hitler, des terres aborigènes ou papoues aux symboliques dévalorisées, des «nouveaux territoires touristiques», réserves d'exotisme de pacotille pour occidentaux incultes (Hurgada, Phuket, Cancun séparé par des barbelés du reste du Mexique), mais aussi la Silicon Valley.

Et encore un bantoustan, que l'autorité conquérante va ANNEXER, AMÉNAGER, «civiliser», parfois murer, le plus souvent en y éradiquant la culture autochtone, en la convertissant, en la vaccinant, en y balisant de nouvelles frontières : un territoire est toujours BORNÉ (au propre et au figuré), il est la propriété non de ses habitants, mais de son seigneur ou de sa métropole.

Et puis ces murs qui refléussent un peu partout pour contenir des velléités de liberté : après Berlin, le Mexique, Chypre, Jérusalem soi-disant ville sainte, Gaza, le nord-Kosovo, Bagdad, Rueil-Malmaison où la cité fait tache pour les magasins Leclerc, ou cette nouvelle frontière de l'Europe qui sépare l'Ukraine de la Pologne et isole une fois de plus la malheureuse Galicie, ex-« territoire juif »...

Aujourd'hui encore existent divers territoires qui répondent à cette définition déficitaire ou soumise : la Palestine, « mosaïque de bantoustans » désignée en Israël comme « les territoires » sans nommer les habitants... le Darfour, Timor, le Cashmir, la Tchétchénie, le Sahara occidental du Polisario, les trois Kurdistan, les Somalies, les résidences fermées panoptiques sécurisées pour personnes âgées de la Côte d'Azur, comme certaines cités ghettos dits-«quartiers sensibles» (mais pas sans cibles ?) ou lieu de ban des indésirables, surveillés par des caméras, où des robocops gèrent en l'ethnifiant la question sociale, éclairée la nuit par des hélicoptères... et auxquels on a même songé offrir un «plan Marshall...» : deviendront-ils un jour des CAMPS comme le redoute Giorgio AGAMBEN ?

Et que penser des violences inter communautaires des Buttes-Chaumont que la police qualifie avec finesse « guerres des territoires entre juifs et africains » ?

Seul le surprenant vestige du «territoire» de Belfort fait encore sourire.

Sarkozy, à son corps défendant, a défini à Ajaccio en janvier 2007 ce que n'était pas un territoire :

«La Corse n'est pas un territoire où s'appliquent des règles d'exception».

Pour notre république donc, là où la loi est inapplicable, il y a un territoire.

Curieux alors de constater les rapprochements de racine entre territoire, et terrorisme... L'Europe forteresse de Schengen, n'est-elle pas en passe de devenir un territoire à l'envers, borné de miradors, fermé aux damnés de la terre, aux nouvelles invasions barbares sans passeports BIOMÉTRIQUES, qui menaceraient notre IDENTITÉ NATIONALE au point qu'un ministère pétainiste a été mis en place.

Pour preuves, la démarche hasardeuse d'un ancien champion

motocycliste, devenu secrétaire d'État, monsieur ESTROSI, proposant que le « droit du sol » cesse de s'appliquer à Mayotte, terre française d'Outre mer, pour la ramener au « droit du sang » cet énorme fantasme, afin de casser son attractivité vis-à-vis des va-nu-pieds extérieurs et empêcher «Qu'un sang impur abreuve nos sillons», comme le braillent les supporteurs dans les stades... Mais qu'est-ce donc qu'un sang PUR ? On se rappelle qu'Hitler voulait le sang ET le sol, Blut und Bode.

Tandis que le Garde des sceaux de Berlusconi déclarait avec élégance (Le Monde 19 avril) : «Il y a ici une horde de barbares qui se promènent depuis trop longtemps et en toute impunité sur le territoire national, sans en avoir le DROIT».

Qui sont les barbares : « la diversité » ou la Ligue du Nord ?

Le sociologue belge Éric MAURIN à propos des «quartiers» de Bruxelles se demande si : «la principale limite des politiques ciblées sur des territoires particuliers ne tient pas au principe du ciblage, mais au fait d'avoir des territoires pour cibles (PS : une cible, c'est fait pour tirer dessus). Il convient donc de la déplacer au niveau des individus ».

En santé,

avant Bachelot et ses sabots roses, avec cette manie du DÉCOUPAGE des espaces humains, conséquence technocratique de l'empilement du mille-feuilles administratif, existaient des cartes sanitaires, des secteurs sanitaires et psychiatriques, des bassins, des espaces, des arrondissements, des circonscriptions, des districts, des pays, des aires, des pôles, des sites, des lieux... un énorme maillage territorial.

Emmanuel VIGNERON, géographe de la santé écrivait en 2004 : «Chacun habite ainsi plusieurs territoires emboîtés et gradués au sein desquels il doit pouvoir trouver la réponse qui convient à son problème de santé...»

Mais aujourd'hui, la rhétorique du pouvoir est saturée, obscurcie par une obsession logomachique de contrôle territorial, donc social : tout est redevenu territoire. On crée des TERRITOIRES DE SANTÉ, qui se donneront des PROJETS DE SANTÉ DE TERRITOIRE (sic), créeront des COMMUNAUTÉS HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRE, qui signeront avec les médecins des CONTRATS TERRITORIAUX D'INSTALLATION, dans le cadre de GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SANITAIRE DE TERRITOIRE.

Ouf.

Cela fait croire au bon public qu'une action planificatrice serait à l'œuvre, alors que le seul impératif est celui du marché naturel de l'offre contrôlée du soin, surtout pas de la demande. Ce n'est plus de l'aménagement du territoire, mais de la valorisation capitalistique.

Et pourtant, G. Larcher, ineffable auteur de cette «réforme» qui privatise inexorablement l'hôpital public transformé en

entreprise, avoue « *je ne suis pas cartographe, notre méthode est l'anti-carte judiciaire* », montrant bien que ce découpage dans le vif d'un espace humain n'a rien à voir avec la géographie, mais plutôt avec les « flux » technocratiques, les isochrones routiers, les facilités gestionnaires, et il continue par antiphrase : « *nous avons essayé de répondre au mieux aux besoins sanitaires d'un territoire* », mais pas à ceux de ses habitants.

Le 7 juillet 2005, l'ordonnance dite de simplification (sic) de la planification demandait de « *définir au sein des SROS un découpage géographique adapté aux activités dont il traitera, afin de DÉFINIR une population à servir* » (asservir ?) : d'abord les technocrates DÉCOUPENT le pays, ENSUITE ils l'adaptent au peuple... nous sommes bien loin de cette vieille lune de démocratie sanitaire des Barrot-Kouchner.

Roselyne Bachelot-Galliéni : « *Tout le monde est d'accord (sic) il FAUT un pilotage de territoire... dans une perspective de plus grande efficience sur les zones en déficit* ». Zone est encore plus anomique que territoire. Où est l'âme ? Que sont devenus les patients, clients, usagers, malades, ayants droit dans ce charabia gestionnaire sur le modèle éthologique qui a tendance de facto à réduire la limite ontologique entre l'animal et l'humain, et me fait penser à la manière dont Charles CHAPLIN jonglait avec le globe terrestre dans « Le dictateur »...

Ce sera donc à l'automne (des libertés) 2008 la « LOI SANTÉ, PATIENTS, TERRITOIRES » de si grande pauvreté sémantique...

En psychiatrie,

dans le cadre de sa « santéméntalisation », c'est-à-dire, de sa déspecification selon les directives européennes et les rapports de certains confrères experts, passer du secteur psychiatrique au territoire psychiatrique redécoupé dans le vif des habitants, marque un grave recul qualitatif, rendu plus aigu par l'impossibilité de fabriquer une T2A-psy, comme un PMSI-Psy relooké en RIMpsy (Korsakov ?) autrement qu'au forceps de textes imbéciles et inapplicables sans violence institutionnelle qui stresse et marchandise le personnel.

La reterritorialisation psy a permis, par la mise en place arbitraire des pôles, de neutraliser-médicaliser beaucoup de services, en les amalgamant avec d'autres spécialités. Ou comme à Melun, de regrouper les quatre secteurs adultes avec le secteur infanto juvénile en un seul pôle. Bonjour le monstre ingérable, adieu la proximité tant vantée dans les discours, adieu le terrain des habitants, adieu la démocratie de proximité, et vive le territoire des technocrates zévaluateurs. Du diviser pour régner, les ARH sont passées au regrouper pour neutraliser. L'argument imparable des gestionnaires est : un secteur psy, c'est TROP PETIT pour un pôle (avec



sa variante non dite, c'est pas assez rentable ou efficient). Territorialiser en psychiatrie a bien pour but d'y reprendre le pouvoir, de faire un bond en arrière à l'avant secteur, avec surtout pas des médecins directeurs !

Dans le Rhône, pour 8 départements, 13 territoires dits pertinents (pour qui ?) variant de 160 000 à 900 000 usagers-clients, ont été dessinés par le grand cartographe des ex-machina sur la base de l'analyse des flux autoroutiers des patients chirurgicaux les plus rentables (Information USP), qui n'ont aucun rapport avec la vie réelle des habitants, leur histoire, leurs trajets symboliques.

Territorialiser, ça tue le désir et renforce l'anomie par la standardisation des espaces de vie. Et pourtant, la parole de propagande fournie par les communicants du ministère évoque «complémentarité, filières, mutualisation, réseaux, décroisement» au pays où le malade, le patient ne sont plus que des clients, des variables d'ajustement, en passe de marchandisation par les symptômes : autrefois, la souffrance créait la demande. Aujourd'hui, obligé d'être RESPONSABLE ET COMPLIANT, il doit se soumettre à l'offre, avec un PANIER DE BIENS de plus en plus réduit et inégalitaire. Le management, c'est bien au « malade, je mens ».

Le marché invisible et naturel a pris le pouvoir, et le territoire est son espace de chalandise, son écran social. Une fois encore, la France fidèle vassale du système anglo-américain suit leur modèle avec retard, dans le temps même où ces derniers constatent avec effroi les dégâts et cherchent à neutraliser leur inéluctable déclin...

Faut-il donc poser l'hypothèse que ce mésusage trahit la volonté idéologique jamais dite de poser un espace ad-

ministratif-gestionnaire de biopouvoir et de domination sur le modèle du privé qui fascine tant, sans temporalité, déshumanisé, loin du terrain et de la réalité, désubjectivé comme la psychiatrie l'est de plus en plus sous les coups de boutoir d'un pouvoir au front de bœuf, anti intellectuel primaire, anti complexité, adepte de l'hôpitalentreprise évalué, EBMisé, sans tiers, sans dialectique, évinçant l'histoire, la symbolisation, le sujet et son biocorps devenu seul auteur et responsable de ses symptômes, abolissant donc toute possibilité d'ouvrir un avenir.

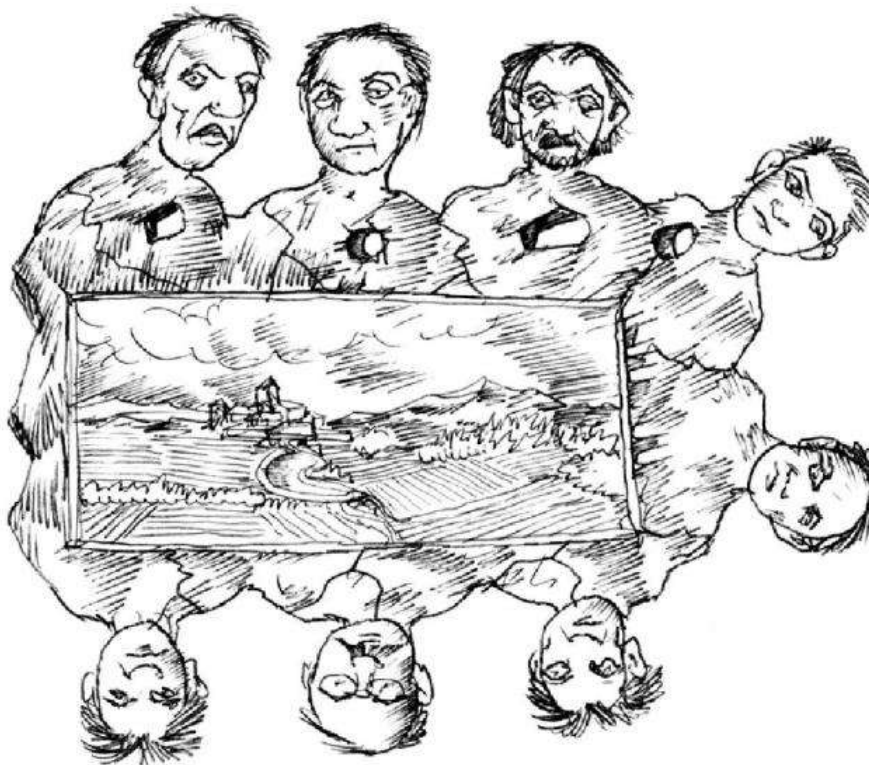
« Protocoles de tous les pays, unissez-vous ».

Voilà bien la caractéristique générale de ce gouvernement suractif sans pensée, dans son éternel présent scientiste-positiviste mortifère et infantile. Avec un président qui a pu publiquement proférer cette horreur :

« Il faut tout faire pour mettre en œuvre la masse critique des réformes, qui permettra de CHANGER LES COMPORTEMENTS ET LES MENTALITÉS »...

N'est-il pas alors temps de sortir le mot fascisme du placard qui le « protège » encore, comme le propose Giorgio AGAMBEN dans toutes ses interventions ?

Le concept de territoire n'est acceptable que sous sa forme **métaphorique**, qui exige humour et distance. Il est de l'aspiration normale de chacun d'entre nous de vouloir laisser une trace, une création, une œuvre, une découverte, une aventure exaltante, un nouvel espace, un ROMAN ou un récit ÉPIQUE : mais pourquoi le nommer territoire ? Car, au pied de la lettre, littéralement, ce concept est dangereux car il sert d'abord à faire la guerre à ses habitants, et laisse pointer des relents de totalitarisme.





Eric Samama

Petit médecin deviendra grand

La démarche qualité gagne du terrain. Nous devrions pouvoir nous en réjouir quand il s'agit d'acquérir une voiture, un casque pour nos enfants.

J'aime bien la qualité, la qualité des plats, de l'accueil, les tissus de qualité et même les gens de qualités et les qualités humaines.

Pourquoi pas les chirurgiens de qualité. Il faut bien l'admettre nous aimons la qualité.

Faut-il pour autant instituer ce goût en institution quasi-universitaire et délivrer un doctorat de qualité, non un doctorat en qualité, un doctorat ES qualité ?

C'est bien ce que l'on fabrique et j'en suis même un petit produit.

Un jour, c'était il y a quelque temps, je me suis décidé à sortir de ma tanière poussiéreuse, celle de mon petit cabinet d'un petit médecin psychiatre parisien pour aller vers la lumière de la qualité, pour aller mettre à l'épreuve mon maigre savoir et ma petite compétence de clinicien.

Je suis passé de mon petit territoire, celui de l'espace de mes consultations à celui rayonnant de la HAS. Entendez Haute Autorité de Santé. Au sein de ce territoire désigné et crédité par le ministère de la santé, on allait me briffer, me manager, faire de moi, enfin, un médecin de qualité, un médecin agréé, un médecin ES qualité.

Je me suis fait beau, costume, cravate, chemise blanche et chaussures bien cirées. J'ai caché mes cigarettes et demandé à la femme de ménage de redoubler d'effort pour le lustrage de mon bureau. Je me suis présenté, pas très rassuré, un peu fébrile devant la fière bâtisse de la HAS. Je me suis glissé dans ce hall imposant, puis dans une salle comble de pairs tout aussi impressionnés que moi avant de me trouver embarqué par un groupe de travail dans une petite salle encadré par 2 animateurs, 2 manageurs.

Voilà, j'avais changé de territoire et je ne savais même plus à ce moment si j'étais encore médecin. Mais en 3 jours de stage intensif, de stage de qualité, sur la qualité, après ce management, j'allais me redécouvrir médecin, redécouvrir mes compétences, découvrir que je savais quand même quelque chose.

J'ai eu chaud, certains s'en sont mal remis.

J'avais été évalué, managé. Parce que cette démarche d'évaluation de ma pratique sous couvert d'offrir une meilleure qualité de soin à mes patients ne vise qu'à transmettre une méthodologie et non pas un savoir et encore moins un savoir faire.

De la méthode d'une complexité inouïe : la roue de la qualité. Et cette roue ne va pas me passer sur le corps, ni sur le corps médical, mais doit s'appliquer à ma pratique.

Effectuer, évaluer, rectifier, améliorer, évaluer, etc...

Je pensais qu'il s'agissait d'évaluer ma qualité de médecin, la qualité de mon savoir, de mon travail. Non, il s'agissait de m'apprendre à bien penser la qualité et ses règles d'évaluation. J'avais changé de corps, je n'étais plus du corps médical mais du corps de l'évaluation.

Je n'étais plus tout à fait un médecin, anonyme citoyen comme les autres. La différence était imperceptible, mais j'avais accepté de me soumettre à l'évaluation de ma pratique, j'avais donné mon consentement à la visite d'un évaluateur dans ma pratique.

Si je vous rapporte la première partie de cette petite anecdote qui m'a conduit vers l'évaluation, c'est pour signaler que quelque chose dans la mise en place de cette pratique que l'on dit volontaire mais qui de fait deviendra obligatoire, change la nature, non seulement du type de pratique en imposant une méthode dite scientifique, de la roue de la qualité à l'EBM, mais aussi quelque chose de la personne même du médecin évalué. L'évaluation fabrique deux positions imaginaires de médecins. Il y a ceux qui en ont et ceux qui n'en n'ont pas et refusent de monter au front de l'évaluation. Il y a ceux qui n'ont pas à craindre la critique, sûr de leur fait, et les autres, fragiles, incertains, planqués, mauvais, mal informés.

Que Mr Kouchner le veuille ou non, Mr Kouchner en est le promoteur via l'ex ANAES devenue HAS : cette évaluation

Psychiatre, psychanalyste

3 rue Turbigo, 75001 PARIS – 01.42.33.16.69 – 06.11.64.07.58



n'a rien de démocratique. Défenseur ou non des droits de l'homme, voici ce qu'il génère : deux classes de médecins, ceux qui en ont et les autres. Ça ne m'étonne pas trop de lui qui n'en est pas à une contradiction près.

Bien évidemment ce que l'on tend à nous faire croire c'est que l'évaluation par une haute instance de la pratique médicale relève de la justice sociale, de l'égalité, des droits de l'homme, d'une certitude accréditée d'être bien traité. Et c'est un médecin qui met en doute la crédibilité de ses confrères, alors ça doit être nécessaire d'aller vérifier, méthodiquement avec méthodologie.

Que vous le vouliez ou non, Mr le ministre, voilà ce que vous avez fait circuler : une paranoïa au sein de la communauté médicale.

Pourtant dans la mise en place de cette évaluation des pratiques et non pas des bonnes pratiques comme je l'ai entendu, il n'y a rien de tout cela : il y a autre chose de plus insidieux et peut être pervers.

Rien de tout cela parce que l'évaluation n'est pas une pratique d'expertise de la connaissance ou de la pratique du médecin, mais de sa méthode de travail et de sa possibilité à la transmettre et à la justifier de façon logique. Ainsi, j'ai été « évalué » par un médecin gynécologue qui n'a jamais fait un quelconque commentaire sur ma pratique ou prescription, mais m'a simplement demandé de les expliquer. De même pour la tenue du dossier et l'identification du patient, il n'a jamais été question d'examiner autre chose que sa clarté. Ce pourquoi, il me semble essentiel que les médecins prennent à leur charge, entre pairs responsables et respectueux,

cette « évaluation ».

Oui, mais, à faire valoir la méthode sur le contenu et délivrer un certificat que l'on peut dire de bonne conduite, on déresponsabilise l'individu, c'est le problème généré par tout protocole.

L'estampillage a des allures de baptême : le médecin évalué est propre, dans tous les acceptions du terme comme un sou neuf. Et c'est une opération qui reste obscure, comme un rite et probablement volontairement pour maintenir la menace d'une haute autorité, comme un Big Brother qui infiltrerait jusqu'à l'intimité de nos cabinets et nous priverait de toute intimité, de toute singularité et mettrait en cause une des fondamentaux de notre exercice : le secret.

Mais il y a autre chose encore, un pas de plus dans cette dérive, au delà de cette démarche quasiment initiatique du médecin évalué, évalué par un pair qui s'est présenté comme ne sachant rien, mais bien sûr supposé en savoir quelque chose, c'est la création par prosélytisme du désir de devenir évaluateur. Parce qu'à la suite de cette évaluation, on propose souvent, de suivre une « formation » pour devenir évaluateur de ses confrères ou des institutions, au choix. Il en manque, c'est mal payé.

Évalué, évaluateur, voici, un nouveau couple. L'évaluateur évalue l'évalué et l'évalué l'évaluateur, une véritable autorégulation.

Pourquoi pas ? J'ai suivi cette formation assez médiocre et donnant toujours le sentiment d'appartenir à une élite. Une élite qui ne refuse pas de se confronter, de s'opposer, de se comparer.

C'est dans ces formations que j'ai perçu la dangerosité de cette méthode. Que j'en ai perçu la dérive paranoïaque. Je parle d'effets dévastateurs sur certains collègues, enflés narcissiquement par ce qu'ils n'ont pas pu vivre autrement que comme une promotion, une initiation rituelle.

Des réactions agressives hostiles, tyranniques, intrusives envers d'autres pairs, des enflures qui se signalent par l'impression de cartes de visite brandissant l'étendard devenu terrifiant du médecin évaluateur de la HAS, enfin des petits médecins qui se croyant devenu grands sont devenu fous.

Evaluer ? Pourquoi pas, mais sans se priver de la pensée, du recul et du décollage entre évaluer, donner de la valeur et diriger.

Evaluer, former, informer, c'est un métier et ça ne s'improvise pas en quelques jours même à la HAS.

Evaluer, c'est le problème de la gouvernance. Les médecins utilisent d'autres signifiants dans leur pratique : au fond, on ne fait que ça de voir si ça marche ce qu'on fait. On y tient à nos clients. A-t-on besoin de ce terme là, imposé soi-disant de l'extérieur ?

Evaluer, ce n'est pas si mal, c'est s'interroger, apprécier ce que l'on fait, le commenter. Pourquoi laisser ce terme d'évaluation dans sa dimension incertaine de commentaire à ces messieurs les politiques et leur laisser s'approprier notre langue, transformer une démarche noble en gros mot industriel ?

Peut-être à le considérer dans l'ordre de la gouvernance, terme issu du pouvoir du gouvernement. Et gouverner, c'est impossible.

Mais on ne va tout même pas gouverner les mots en les transformant en signifiant terrifiant.





Dominique Texier

Évaluation en pratique privée

Derrière le masque comique bouffon de l'évaluateur, docteur es-qualité, apparaît le masque tragique de l'expert-comptable, avec ses chiffres et ses statistiques.

Le maître mot de la qualité, c'est l'évaluation dans son acception équivoque : elle renvoie autant aux qualités requises à la valeur d'un produit, qu'au coût de ce produit, pour finalement, revenir au rapport économique, à l'analyse du rapport qualité/prix.

Un prix, un coût, c'est ce qu'on doit céder à l'Autre, sacrifier à l'Autre.

Le pervers quantifie toujours ce qu'il doit céder à l'autre : le jeu en vaut-il la chandelle ? Dilemme que le pervers résout en échafaudant une stratégie implacable : il se munit d'un objet fétiche en place de ce qu'il doit céder, un objet aux pouvoirs bénéfiques, à disposition, qui ne manque, sur qui il peut compter à défaut de ne compter sur l'Autre. L'analyse du rapport qualité / prix, en l'occurrence, repose sur ce déni pervers : pas de perte, pas d'impossible rapport, pas de reste mais un rapport possible, un rapport sans perte.

La démarche qualité en économie, c'est le calcul de l'optimisation maximale pour le moins de perte possible. L'analyse qualitative du rapport quantitatif repose sur l'idée qu'un rapport sans perte est possible, qu'il y a un rapport optimum, que l'on peut écrire, établir selon une fonction mathématique : *à x correspond un $f(x)$ idéal, qui fonctionne.*

A un symptôme correspond une prise en charge qui a fait ses preuves : le résultat est chiffrable, le coût également. Pas de surprise, pas de ratage, ou le moins possible, l'échec thérapeutique est aussi pris en charge par le calcul. C'est le 0,02 % qui ne fonctionne pas, et rentre dans les chiffres, était prévisible.

Analysons les termes du rapport :

le coût : c'est la mesure de la dépense, le montant de ce qu'il faut payer, ce à quoi ça revient. Ce coût est mesuré, c'est-à-dire calculé, pondéré.

La qualité évaluée pour nous psychiatres, c'est le gain social d'une telle dépense. Gain social, soit paix sociale, ordre social, maîtrise sur le sujet et la vérification de la toute puissance imaginaire de la science sur le psychisme de l'être humain. La dépense n'est pas somptuaire, pas Potlatch quand elle assure cette maîtrise. Mais pour se garantir contre le gâchis, il faut poser un lien de causalité quantifiable, calculable et vérifiable. La fonction arithmétique de l'évaluation assure la prévisibilité et la prédictivité de l'évènement.

Comment cela se répercute-t-il dans l'exercice libéral de la profession ?

Quels sont les effets de la mise en circulation du signifiant « évaluation des bonnes pratiques » sur notre pratique, au sein du cabinet ?

La pratique psychiatrique, dont la spécificité est de traiter la souffrance mentale au singulier, est en fait un vaste champ composite de pratiques, aux références multiples, qui vont du tout neurologique en référence aux neurosciences, au tout psychique, en référence à la psychanalyse.

Chacune des pratiques se définit d'un champ de savoir, issu des diverses théories et expériences. La clinique psychiatrique est ce vaste champ où chacun de sa position et de son parcours, offre un accueil à l'altérité en souffrance de lieu. L'entrée en force des neurosciences qui a fait suite à l'infiltration du discours psychanalytique dans le champ clinique défini par les aliénistes, a disloqué le savoir psychiatrique propre et engendré des lignes de clivage ou de brisure donnant à la psychiatrie actuelle un paysage hétéroclite et parfois conflictuel.

Pourtant, sauf exception, chaque praticien est confronté dans sa clinique propre au cas par cas, toujours dans la singularité du cas, ce qui nécessite de sa part une certaine souplesse, une capacité d'invention et un compromis habile entre le tout fonctionnement neurologique et le tout psychique. De là une impression d'à peu près, qui n'a de valeur pour le médecin psychiatre que comme l'acte thérapeutique qu'il pose, acte dont l'effet est toujours dans l'après-coup : l'effet thérapeutique, effet dont on sait bien combien il est aussi labile, voire éphémère, et que subjectif, il n'est ni calculable ni anticipable.

Le psychiatre, dans la solitude de son acte, surtout en pratique privée, doit assumer cette inventivité inhérente à la singularité de chacun de ses patients, et en répondre, non pas de façon paranoïaque, selon une certitude, mais comme issue de son savoir lié à un savoir partagé avec d'autres. Cette position n'est pas toujours simple à tenir. La perte de la référence commune à un savoir clinique, la destitution des maîtres-enseignants ne permet plus un positionnement instituant.

Qui va prendre la responsabilité d'assumer et de reconnaître ma pratique ? Qui peut s'instituer à cette place – là ? Quel discours lui permettra d'occuper cette place ? Face à cette crise du savoir, face à l'hétérotopie des discours sur le fait mental, face à cette crise, qui comme toute crise, pourrait faire le lit de la pensée, pensée créatrice, un terme venu de l'Ouest, l'évaluation, s'est imposé proposant au nom d'une instance tutélaire, un mode innovant, emprunté au modèle mathématique de contrôle des « bonnes pratiques ».

J'aimerais montrer comment le cadre vide, purement formel, que ce terme introduit, dégrade l'acte du thérapeute et dénigre son savoir.

Le terme d'évaluation a surgi et envahi tous les champs de l'activité humaine : santé, éducation, culture, justice, politique (annonce de l'évaluation des ministres par des sociétés d'audit)...

Analysons dans un premier temps le terme d'évaluation, concept issu du management américain.

Qu'introduit-il dans nos pratiques, à notre insu ?

Le terme renvoie au concept de **valeur**, lequel résonne autant par sa brillance phallique (valeurs morales, force, courage au combat, bravoure, fidélité, bonté chrétienne...) que par sa forme ravalée à l'objet, quantité mesurable, estimée par un calcul relatif. Si je peux me réjouir d'avoir de la valeur aux yeux des autres, quelle honte ne puis-je ressentir à devenir valeur sur le marché des biens.

La double valence de la valeur résonne pour tout sujet car elle est au cœur de la structure : « à quel équivalent, je compte pour l'Autre. »

Cette notion de valeur est d'autant plus prégnante que les discours actuels ne cessent de ressasser la perte des valeurs, la perte des champs référentiels aux valeurs. Cette place vidée d'un champ de savoir référencé laisse la question de la valeur en suspens, moment où s'engouffre en force le concept d'évaluation.

Le terme d'évaluation brandit donc la notion de valeur au moins imaginairement. À l'évaluation des bonnes pratiques se greffe la question « que vaut ma pratique ? »

À l'Un, le maître, entendu dans son acception de maître antique, soit en position d'ordonner le champ des valeurs, va se substituer le système d'évaluation qui homogénéise et normalise les pratiques au nom d'un référentiel préétabli qui donne toute la valeur au modèle de production de l'objet.

Ainsi dès que plane le signifiant « évaluation », ma position de thérapeute est ravalée à l'objet que ma pratique produit :



l'effet thérapeutique. En instillant la notion de valeur à ma pratique, c'est « ce que je vaudrais » qui est imaginativement convoqué : l'interrogation sur ma pratique n'est plus une interrogation éthique, « de quel lieu, de quelle place j'opère, en référence à l'Autre du savoir ? », mais procède de l'objet, valeur ajoutée que je donne à l'autre, le patient en l'occurrence.

De l'interrogation éthique qui devrait être au cœur de tout acte thérapeutique, la notion de valeur fait basculer le médecin psychiatre du côté de l'objet, qu'il produit et à qui on l'identifie, ce à quoi il est réduit comme valeur, objet mesurable à l'aune des items et statistiques, le patient et sa valeur ajoutée.

Or actuellement le système d'évaluation n'est pas mis en place de façon efficace : pas assez de moyens pour cela. Seul circule le signifiant. Mais justement cette circulation fonctionne et suffit à induire le système de valeur, pour ordonner toute la pratique autour de la valeur, l'objet produit comme plus-value.

On constate donc que c'est le lancement du signifiant qui opère le glissement des pratiques vers une **autoévaluation** de l'effet produit, de sa conformité à une normalité supposée. C'est cette supposition qui est l'opérateur de ce glissement : l'autoévaluation repose sur le fait que le thérapeute suppose que l'on attend de son acte thérapeutique qu'il soit conforme à un modèle. Que cette norme soit définie par des critères pseudo-scientifiques et soit en fait très floue, importe peu ; qu'elle soit supposée, suffit à m'astreindre à m'y référer. L'évaluation a pour effet de poser un cadre qui prévaut à l'acte lui-même.

Une antériorité logique du produit sur l'acte lui-même, réduisant celui-ci à l'objet produit par la « bonne méthode », « la bonne pratique ». Peu importe le contenu du cadre posé comme l'objet à produire : l'essentiel est que le cadre formel anticipe l'engagement thérapeutique, voire s'y substitue. L'acte qui le permet importe peu. Pas d'éthique de l'acte, la pratique elle-même est dévaluée : on n'en veut rien savoir. C'est à une modélisation de l'acte que l'évaluation veut tendre.

Ainsi le système d'évaluation, par la mise en circulation du signifiant, a pour effet de dévaluer l'acte thérapeutique lui-même, voire de l'annuler. Le praticien et son savoir sont exclus du champ d'évaluation. Le cadre formel qu'instaure le système d'évaluation annule le savoir qui s'y ordonne pour valoriser une autre forme de savoir, un tout savoir, savoir universel, qui vaut pour toute pratique, savoir sans faille qui évacue l'incommensurable, l'incalculable de la vie humaine et du lien social.

Le savoir qui fait référence est une méthode, empruntée au monde de l'entreprise, qui consiste à réduire l'acte thérapeutique à un **arbre décisionnel**, qui permet d'intégrer tous les paramètres et d'offrir le résultat le plus proche de la solution idéale. L'acte réduit à sa modélisation se confond avec son effet : l'objet produit. À x correspond $f(x)$. Le savoir est annulé, réduit à la fonction mathématique, qui à x fait correspondre son image. (Nous sommes bien dans l'imaginisation de la valeur !)

De l'évaluation à l'évacuation, un saut de lettres qui éjecte des sujets : évaluer, évacuer ce qui fait la relation entre deux sujets, l'un souffrant, l'autre soignant.

Le sujet est laissé pour compte dans le rapport de l'évaluation.

La démarche qualité empiète sur l'espace thérapeutique, sur la relation médecin-patient et est un empiètement, une atteinte de territoire, un franchissement des limites.

Un territoire est un espace : il est vide tant que ne s'institue pas une loi symbolique qui le rende vivable pour une communauté de sujets. Le territoire ne peut se substituer à l'institution qui se fonde sur la parole. Un couple, une famille, une classe, un lieu de soins sont des institutions fondées et organisées par la parole.

L'organisation n'est pas le management, mais la loi symbolique, la reconnaissance du lien à l'autre. Le « tu es ma femme, tu es mon fils ».

C'est de cette institution fondée sur la parole que s'engage la relation thérapeutique. Le médecin s'engage auprès de son patient.

L'empiètement qui transforme l'institution en territoire produit des effets dont l'un des moindres n'est pas, n'est pas le désengagement du psychiatre. Le savoir qui lui est recommandé n'est plus le fruit de la pensée d'auteurs, mais la méthode émanant d'une instance tutélaire anonyme qui ne répond que de son titre de haute autorité de santé.

Ces recommandations déresponsabilisent le médecin dans sa fonction même de thérapeute quand par ailleurs, elles augmentent sa responsabilité judiciaire : le médecin doit répondre de sa méthodologie, non pas de sa position, de son savoir théorique, mais par référence aux normes, aux critères préétablis, aux items issus des statistiques. Quand la Haute Autorité produit des recommandations aux allures de savoirs pseudo scientifiques, désincarnés et à des fins économiques, le savoir fonctionne non pas comme un outil mais comme une férule : l'instance qui le recommande prend fonction de surmoi « voilà ce que tu *dois* faire idéalement si tu es un vrai médecin ». Le médecin se soumet à une injonction paradoxale : il ne peut incarner ce qu'on lui impose, parce que c'est impossible à réaliser à l'épreuve du vivant, à l'épreuve du singulier. Pourtant la seule référence par laquelle il peut se soutenir est celle-là, la seule référence opposable en cas de litige est cette référence désincarnée. L'évaluation des pratiques offre donc un cadre surmoïque, mais un cadre vide qui uniformise le champ des pratiques en réduisant la pratique à son cadre formel.

Que nous demande-t-on si ce n'est que d'évaluer l'écart entre sa pratique et une pratique dite idéale, pour rechercher l'écart type idéal, optimal, dans le rapport qualité/prix.

N'y a-t-il pas un maître-mot, le rapport qualité / prix, collage mortifère de signifiants qui réduise l'intervalle où peut se glisser le sujet pensant ?

L'hétérotopie est au fondement de l'existence humaine et de la pensée. Prenons garde à ne pas la laisser se dissoudre dans le bain angélique de l'uniformisation homogénéisante.



Sandra Muller

Fanny Raffaelli

« Journal de l'E.P.P. »

1 – Présentation

Nous sommes infirmières en Psychiatrie de Liaison du centre hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu du Var, détachées sur le Centre hospitalier Jean Marcel de Brignoles dans le cadre d'une convention interhospitalière.

Notre équipe est composée de 4 infirmières DE supervisées par Mme Martin, cadre de santé, sous l'autorité fonctionnelle du Dr Lavergne et du chef de service, le Dr Coquelle, responsable du secteur 83G09.

Nous allons vous présenter aujourd'hui les réunions EPP au sein de notre service. Dans un premier temps nous vous présenterons notre fonctionnement et nos missions puis nous vous exposerons un bref rappel théorique et général de l'évaluation des pratiques professionnelles et des recommandations de l'HAS (à propos de ces réunions). Ensuite plus concrètement, nous traiterons de la mise en place des réunions EPP au sein du service et nous commenterons un cas clinique traité en réunion EPP. Pour conclure, nous vous proposerons la vision de l'équipe infirmière concernant l'intérêt professionnel de ces réunions.

2 – Fonctionnement

Nos missions : accueillir, évaluer, réaliser des entretiens de soutien et orienter les patients présentant des troubles mentaux aux sein des urgences, ainsi que dans les services de soins (sur prescription médicale). Prendre en charge les patients dans sa globalité, c'est-à-dire dans la dimension bio-psycho-sociale.

Nous intervenons sur demande du médecin urgentiste ou du service de soin, auprès des patients du Centre hospitalier Jean Marcel de Brignoles. Nous faisons le lien avec le médecin psychiatre afin qu'il rencontre les patients qui nécessitent une consultation psychiatrique.

Nous sommes présents tous les jours de 8h à 23h et les week-ends et jours fériés de 11h à 19h.

3 - Qu'est-ce que l'évaluation des pratiques ou EPP ?

C'est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. La nécessité de l'évaluation des pratiques professionnelles correspond à un mouvement profond qui ne se limite ni à la France ni au seul secteur sanitaire. L'enjeu est l'amélioration continue de la qualité. Les EPP conduisent à une réflexion sur les pratiques collectives et à des améliorations manifestes donc à l'optimisation des prises en charge des patients. En effet, nombreuses sont les études qui mettent en évidence une disparité des pratiques, pas toujours explicable.

4 – Rappel des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'évaluation des pratiques professionnelles

La certification est une obligation pour tous les établissements publics ou privés, elle constitue une démarche complexe dans laquelle l'évaluation des pratiques professionnelles ne représente qu'un axe.

La H.A.S. suggère de mettre à profit les réunions d'équipes pour y évaluer les pratiques et les améliorer en continu en utilisant les méthodes d'E.P.P.

Selon le modèle de W. Edwards Deming, la roue de la qualité comprend 4 étapes qui constituent la base d'une démarche qualité :

1. Planifier (ou programmer) : identifier le problème.
2. Faire : étape de mise en œuvre de la démarche lors du staff-EPP.
3. Analyser : discussion entre professionnel afin de dégager un consensus.
4. Améliorer : amélioration de l'organisation du travail et des pratiques avec évaluation périodique de l'impact.

5 – Mise en place des staffs E.P.P. au sein de notre équipe de psychiatrie de liaison

Nous participons aux réunions E.P.P. depuis le mois de Décembre 2007, date à laquelle nous avons été affectées dans l'équipe. Mises en place à l'initiative du Dr Lavergne, et incluses dans des réunions d'équipe, les réunions E.P.P. ont eu un accueil très favorable de la part de toute l'équipe.

Les buts de l'E.P.P. en psychiatrie de liaison :

- Améliorer la qualité
- analyser les pratiques concernant des événements indésirables constatés lors de certaines prises en charge.

L'objectif de l'E.P.P. en psychiatrie de liaison :

- travailler sur les dossiers,
- décider de l'action d'amélioration,
- suivre des actions d'amélioration.

Contenu :

Planification de staff -EPP mensuelles.

Au début de chaque réunion, un point est fait sur l'ordre du jour (préalablement établi à la fin de la réunion précédente), ainsi que sur les objectifs.

L'ordre du jour concerne divers sujets, notamment : mise en place d'actions d'amélioration, suivi des actions d'amélioration, élaboration de fiches pratiques par thème, rappel de certaines recommandations de l'HAS, et conduites à tenir dans certaines situations.

En conclusion de la réunion, l'équipe élabore les prochains sujets à traiter et un compte-rendu est réalisé.

Le compte-rendu :

Il comporte : la date de la réunion, les personnes présentes, l'ordre du jour, la description des cas cliniques avec les actions d'amélioration, les conduites à tenir, etc...

Ce compte-rendu est pris en note par une infirmière à tour de rôle, saisi informatiquement, puis validé par notre cadre de santé et le Dr Lavergne.

Après corrections, un exemplaire est distribué à chaque membre de l'équipe et un autre est classé dans un porte-document prévu à cet effet.

6 – Exemple d'un cas clinique traité en réunion EPP

Cas du 31/08/07 : patiente adressée par son médecin traitant pour syndrome anxio-dépressif, idées suicidaires et idées de persécution, se présentant aux urgences en présence de sa famille à 16 heures pour une hospitalisation en milieu protégé (demande du médecin traitant). Patiente accompagnée de sa fille et en refus de soin. À 20h, vue par le médecin urgentiste qui préconise la mise en place d'une H.D.T. Famille présente mais en désaccord familial concernant la demande de placement sous contrainte. L'avis de nécessité de soins n'était pas évident pour tous, malgré l'avis médical. Après un long entretien, accord consensuel de la famille et mise en place de l'H.D.T. Transfert organisé au C.H.S. Henri Guérin à 23h.

Identification du problème après observation du dossier de soins :

- la date, l'heure et le lieu de prise en charge étaient notés de façon incomplète.





- Le temps de prise en charge est jugée trop long, la patiente et ses proches n'étaient pas informés sur les modalités d'hospitalisation sous contrainte, ce qui a engendré un questionnement familial difficile et une angoisse pour la patiente au sein des urgences.
- L'évocation d'idées suicidaires de la part de la patiente n'était pas clairement notée dans les transmissions infirmières.

Actions d'amélioration après analyse du dossier de soins :

1. Inscrire date, heure et lieu sur feuilles de données infirmière, afin de cibler rapidement les informations essentielles de la prise en charge.
2. Faire une prévention primaire auprès des généralistes pour la mise en place d'une H.D.T.
3. L'infirmière de psychiatrie de liaison doit poser clairement la question des idées suicidaires auprès du patient et ces informations doivent impérativement être notées dans le dossier de soin.

Evaluation des actions d'améliorations (résumé en cours de développement)

À ce jour, 5 dossiers de soins infirmiers ont été tirés au sort, afin de vérifier si les actions proposées sont appliquées. Sur ces 5 dossiers, 4 comportaient les améliorations à effectuer et 1 dossier était manquant concernant le lieu de la prise en charge.

La prévention primaire auprès des généralistes sur les modalités d'hospitalisation est en cours d'exécution. En

effet, nous avons ciblé les médecins généralistes des secteurs 83G06 et 83G09 et nous avons débuté l'envoi des fax.

Nous n'avons pas encore mis en place de suivi d'action d'amélioration à propos de l'évocation des idées suicidaires et de leurs transmissions dans le dossier infirmier. C'est une action plus complexe à mener car il faudrait cibler des dossiers où la question des idées suicidaires est posée par l'Infirmier DE et non évoquée par le malade lui-même et évaluer si celle-ci a été transmise dans le dossier de soins. (à suivre)

7 - Intérêts professionnels pour l'équipe

Dans le but d'une constante amélioration de nos prises en charge, chaque professionnel est sensibilisé pour remettre en question ses propres pratiques et assurer une continuité des soins. Les échanges sont constructifs entre les divers membres de l'équipe et permettent une homogénéité des pratiques (des discours communs, des mots choisis). De par nos parcours professionnels divers et variés en tant que soignants, les échanges sont riches et apportent à l'équipe des orientations pour améliorer nos pratiques.

Conclusion :

La démarche d'évaluation est une confrontation régulière entre la pratique réelle et la pratique idéale. De cette confrontation émergent les actions d'amélioration. S'engager dans un processus d'évaluation des pratiques, c'est s'engager dans une démarche de réflexion.

Annexe 1

Évaluation des pratiques professionnelles : décret paru au J.O n° 88 du 15 avril 2005 page 6730 texte n° 4
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille.
Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. NOR : SANS0521125D

Le Premier ministre, sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille, vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4133-1-1, issu de l'article 14 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, décrète :

Article 1

Il est inséré au chapitre III du titre III du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires), avant la section 1, une section 1 A ainsi rédigée :

« Section 1 A

« Evaluation des pratiques professionnelles

« **Art. D. 4133-0-1.** - L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

« Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

« L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

« **Art. D. 4133-0-2.** - Tout médecin satisfait à l'obligation d'évaluation mentionnée à l'article L. 4133-1-1 dès lors que sa participation au cours d'une période maximale de cinq ans à un ou plusieurs des dispositifs mentionnés au présent article atteint un degré suffisant pour garantir, dans des conditions définies par la Haute Autorité de santé après avis des conseils nationaux de la formation médicale continue compétents, le caractère complet de l'évaluation.

« Le respect de cette obligation est validé par une commission placée auprès du conseil régional de l'ordre des médecins. Cette commission est composée de trois membres désignés par chacun des conseils nationaux de la formation médicale continue des médecins n'exerçant pas de fonction élective au sein du conseil de l'ordre des médecins, et de trois membres désignés par le conseil régional de l'ordre.

« **I. - L'évaluation est organisée selon les modalités suivantes :**

« 1° L'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux est organisée par l'union régionale des médecins

libéraux. Dans ce cadre, celle-ci met à disposition des médecins toutes les informations utiles à l'évaluation des pratiques professionnelles dans la région. Elle reçoit les demandes des médecins intéressés et leur communique la liste de l'ensemble des médecins habilités et des organismes agréés mentionnée à l'article D. 4133-0-7.

« Les évaluations peuvent être réalisées, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé après avis du Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux, avec le concours de médecins habilités ou avec le concours d'un organisme agréé qui peut, lui-même, faire appel à la collaboration d'un médecin habilité.

« Dans le cas de recours à un organisme agréé agissant sans la collaboration d'un médecin habilité, un médecin habilité mandaté par l'union régionale des médecins libéraux assure le contrôle de la qualité de l'évaluation selon une méthode définie par la Haute Autorité de santé.

« Pour les médecins libéraux exerçant en établissement de santé privé, les évaluations sont organisées conjointement par l'union régionale des médecins libéraux et la conférence médicale d'établissement ;

« 2° Les médecins salariés exerçant en établissement de santé mettent en oeuvre des évaluations des pratiques professionnelles selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé après avis du Conseil national de la formation médicale continue des médecins hospitaliers.

« Ces évaluations sont organisées, selon le type d'établissement, par la commission médicale d'établissement, la commission médicale ou la conférence médicale. Elles peuvent être organisées avec le concours des organismes agréés mentionnés à l'article D. 4133-0-5. L'instance compétente mentionnée dans la première phrase du présent alinéa communique la liste de l'ensemble de ces organismes, mentionnée à l'article D. 4133-0-7, aux médecins intéressés ;

« 3° Les médecins salariés n'exerçant pas en établissement de santé mettent en oeuvre des évaluations des pratiques professionnelles selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé après avis du Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers. Ces modalités peuvent notamment prévoir le recours à un médecin habilité ou à un organisme agréé. Lorsque le médecin décide de recourir à un médecin habilité ou à un organisme agréé, il exerce son choix dans le cadre de la liste des médecins habilités et organismes agréés par la Haute Autorité de santé visée à l'article D. 4133-0-7.

« Une convention, dont le modèle est arrêté par le Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers, est passée entre l'employeur du médecin salarié et l'organisme agréé.

« **II. - Les médecins relevant simultanément de plusieurs types ou lieux d'exercice doivent satisfaire, sur la période maximale de cinq ans, à l'obligation d'évaluation en se soumettant, dans des conditions fixées par la Haute Auto-**

rité de santé, à une évaluation minimum validée au titre de chacun de ces différents types et lieux d'exercices.

« Les médecins accrédités en application de l'article L. 4135-1 sont réputés avoir satisfait à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1. La Haute Autorité de santé notifie l'accréditation du médecin au conseil régional de l'ordre.

« Lorsque l'évaluation est réalisée au lieu d'exercice par un médecin habilité ou le médecin d'un organisme agréé, les dossiers ou documents médicaux rendus anonymes peuvent servir de support à l'évaluation dans le respect du secret professionnel.

« **Art. D. 4133-0-3.** - Des recommandations peuvent être formulées par le médecin habilité ou l'organisme agréé à l'issue de chaque évaluation et porter notamment sur le suivi d'actions de formation médicale continue. Ces recommandations sont communiquées par écrit au médecin évalué qui peut, dans le délai d'un mois, produire des observations en réponse. A l'issue de ce délai, le médecin habilité ou l'organisme agréé communique ces recommandations accompagnées, éventuellement, des observations en réponse à la commission régionale mentionnée à l'article D. 4133-0-2.

« Dès lors que le médecin a satisfait à ces recommandations, l'organisme agréé ou le médecin habilité en informe la commission régionale.

« Pour l'exercice de leur mission, les médecins habilités ou organismes agréés peuvent, avec l'autorisation du médecin, demander communication à la commission régionale des certificats d'évaluation en sa possession assortis, le cas échéant, des recommandations élaborées par l'organisme agréé ou le médecin habilité.

« Lorsque, au cours de l'évaluation, sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, l'organisme agréé le signale au médecin concerné, qui peut formuler ses observations. Il propose au médecin concerné les mesures correctrices à mettre en oeuvre et en assure le suivi. En cas de rejet par le médecin concerné de ces mesures ou si le suivi fait apparaître la persistance des faits ou manquements de même nature, l'organisme agréé transmet immédiatement un constat circonstancié au conseil régional de l'ordre des médecins. Le conseil régional de l'ordre sollicite un avis, selon le cas, de l'union régionale des médecins libéraux, de la commission médicale d'établissement, de la commission médicale ou de la conférence médicale concernée. Faute de réponse de ces instances dans les quinze jours à compter de leur saisine, leur avis est réputé rendu.

« **Art. D. 4133-0-4.** - L'accomplissement de chaque évaluation donne lieu à l'établissement d'un certificat. Ce certificat est délivré, au vu de l'évaluation fournie par le médecin habilité ou par le médecin de l'organisme agréé, par l'union régionale des médecins libéraux pour les médecins en relevant, par la commission médicale d'établissement, la commission médicale ou la conférence médicale pour les médecins salariés exerçant en établissement et par l'organisme agréé qui a procédé à l'évaluation pour les médecins

salariés non hospitaliers. Ce certificat est adressé au médecin évalué. Une copie est adressée à la commission régionale mentionnée à l'article D. 4133-0-2 et au Conseil national de la formation médicale continue compétent.

« Dès lors qu'elle constate, à sa demande et au vu des justificatifs qu'il produit, que le médecin concerné a satisfait, dans les conditions fixées à l'article D. 4133-0-2, à l'obligation d'évaluation, la commission régionale en informe le conseil départemental de l'ordre des médecins qui délivre une attestation au médecin concerné.

« Si, au terme de la période de cinq ans mentionnée à l'article D. 4133-0-2, la commission régionale estime qu'en l'état de ses informations un médecin est susceptible de ne pas avoir respecté l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles, elle met en demeure le médecin concerné de produire tout justificatif ou observation utile. Au vu de ce dossier, la commission régionale peut saisir le conseil régional de l'ordre qui met en oeuvre la procédure prévue au troisième alinéa de l'article L. 4133-1-1.

« Tout médecin peut à tout moment consulter la commission régionale sur l'état de son dossier d'évaluation.

« Afin de permettre aux organismes d'assurance maladie d'informer les usagers conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, le Conseil national de l'ordre des médecins transmet, chaque année, aux caisses nationales d'assurance maladie la liste des médecins ayant reçu une attestation des conseils départementaux de l'ordre au cours de l'année écoulée.

« **Art. D. 4133-0-5.** - Les organismes qui concourent à l'évaluation des pratiques professionnelles sont agréés par la Haute Autorité de santé, après avis des conseils nationaux de la formation médicale continue, dans des conditions et pour une durée définie par son règlement intérieur.

« **Art. D. 4133-0-6.** - Les médecins mentionnés à l'article D. 4133-0-2 sont habilités, pour une durée et selon des modalités définies par son règlement intérieur, par la Haute Autorité de santé après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

« Pour être habilité, un médecin doit exercer depuis au moins cinq ans.

« La Haute Autorité de santé organise en liaison avec les unions régionales de médecins libéraux, les conseils nationaux de la formation médicale continue et le Conseil national de l'ordre des médecins la formation des médecins habilités.

« **Art. D. 4133-0-7.** - La liste des organismes agréés et des médecins habilités est publiée par la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé organise, sous sa responsabilité, en concertation avec les conseils nationaux de la formation médicale continue, le contrôle, à l'occasion, notamment, des visites de certification des établissements de santé, du respect, par les organismes agréés et les médecins habilités, ainsi que par les institutions chargées de certifier l'accomplissement des évaluations en application de l'article D. 4133-0-4,

de leurs obligations et de la méthodologie qu'elle arrête et diffuse. Elle peut notamment, au vu de ces contrôles, après avis des conseils nationaux de la formation médicale continue compétents, retirer l'agrément d'un organisme. Elle peut, pour les mêmes motifs, après avis de l'union régionale des médecins libéraux compétente et du Conseil national de l'ordre, retirer l'habilitation d'un médecin.

« **Art. D. 4133-0-8.** - La Haute Autorité de santé établit, au vu des éléments communiqués par la conférence des présidents des unions régionales de médecins libéraux, les conférences des présidents des commissions et des conférences médicales, les conseils nationaux de la formation médicale continue et de leur comité de coordination, et par le Conseil national de l'ordre des médecins, un rapport public annuel relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles dans les différents secteurs d'activité.

« Chaque année, les représentants des institutions visées au premier alinéa se réunissent sur la base de ce rapport afin d'envisager d'éventuelles améliorations du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles.

« **Art. D. 4133-0-9.** - L'union régionale des médecins libéraux ou, le cas échéant, l'organisme agréé rembourse aux médecins habilités les frais de déplacement entraînés par l'exercice de ces fonctions.

« Le règlement intérieur de l'union régionale prévoit l'attribution d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal :

« 1° Pour l'évaluation à caractère individuel des pratiques d'un médecin, par réunion d'une demi-journée, à douze fois la valeur de la consultation du médecin généraliste ;

« 2° Pour l'évaluation à caractère collectif des pratiques, par

heure, à trois fois la valeur de la consultation du médecin généraliste.

« La valeur de la consultation du médecin généraliste est celle qui résulte de l'application des articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale.

« **Art. D. 4133-0-10.** - Pour l'application des dispositions de la présente section aux médecins des armées, les attributions confiées à l'ordre des médecins sont exercées par le service de santé des armées. Ce dernier organise l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins des armées et procède à l'établissement des certificats correspondant. »

Article 2

La section 3 du chapitre IV du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est abrogée.

Article 3

Pour l'application des dispositions du présent décret, la première période maximale de cinq ans, mentionnée au premier alinéa de l'article D. 4133-0-2 du code de la santé publique, court à compter du 1er juillet 2005 pour les médecins exerçant déjà, à cette date, une activité médicale. Pour les médecins commençant à exercer leur activité à une date postérieure, la première période maximale de cinq ans court à compter de la date du début de leur activité.

Article 4

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le ministre de la défense et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 avril 2005.

Annexe 2

William Edwards Deming

William Edwards Deming est né en 1900 à Sioux City, une petite ville du centre des Etats-Unis. Au collège, son professeur de mathématiques l'incite à prolonger ses études en dépit des faibles ressources de ses parents. C'est de cette façon qu'il obtient en 1928 le diplôme de Ph.D. à l'Université de Yale. Sa spécialité est la physique théorique.

Parmi les emplois qui lui sont proposés au sortir de l'Université, Deming choisit celui de chercheur dans un laboratoire du ministère de l'Agriculture. Il y travaille pendant dix ans à la mise au point des engrais azotés. A cette époque les rendements agricoles font des progrès fulgurants grâce à la statistique, une nouvelle science. Le ministère de l'Agriculture américain ayant fondé un institut pour former des ingénieurs agronomes, Deming y donne des cours de statistique tout en poursuivant ses travaux de recherche.

En 1939, Deming rejoint le *Bureau of the Census* à Washington (un organisme comparable à l'INSEE). Il y utilise ses connaissances théoriques pour mettre au point les premières enquêtes par échantillonnage, avec des techniques qui feront école dans le monde entier. Il quitte ce poste en 1946 pour devenir consultant en études statistiques et professeur de statistique à l'Université de New York.

Pendant la guerre, Deming reste à Washington pour mettre ses connaissances au service des industries d'armement. Avec son ami Walter Shewhart, un statisticien membre de la direction technique des Bell Telephone Laboratories, il organise à l'Université de Stanford un séminaire de management destiné à améliorer la productivité et la qualité du matériel de guerre. C'est l'aboutissement d'une étude à laquelle ils travaillent ensemble depuis 1938. Leurs conclusions diffè-

rent radicalement des principes de Taylor. Plusieurs milliers d'ingénieurs et de cadres des industries d'armement sont dépêchés à Stanford pour suivre ce cours, mais le but n'est pas atteint: les directeurs américains ne s'impliquent pas; la productivité ne s'améliore pas; la qualité ne s'améliore pas. Néanmoins le Japon est vaincu.

En 1947, Deming est envoyé à Tokyo comme conseiller de l'Etat-major des forces alliées pour appliquer ses techniques d'échantillonnage. Il a l'occasion de rencontrer quelques cadres japonais qui sont proches du Keidanren, la grande fédération patronale. Ils s'intéressent à ses théories sur le management, dont ils ont entendu parler avant la guerre. Ils l'invitent à donner des cours et des conférences au Japon. Instruit par l'expérience de Stanford, il accepte, mais à la seule condition d'avoir la participation des directeurs généraux. La première conférence a lieu en juillet 1950. L'industrie japonaise adopte aussitôt les théories de Deming sur le management et dix ans plus tard les produits japonais commencent à déferler en Amérique. Le public américain ne s'y trompe pas: ils sont meilleurs et moins chers. C'est un tournant historique. Jusqu'en 1980 les théories de Deming ont été bannies des entreprises américaines, parce que leurs dirigeants restaient des adeptes inconditionnels des principes de la division du travail prônés par Taylor. C'est une journaliste américaine, Clare Crawford-Mason, qui a fait connaître Deming au grand public dans une émission de télévision intitulée : «Si le Japon peut le faire, pourquoi pas nous?». Les patrons américains ne pouvaient plus l'ignorer. Sollicité par de nombreux PDG, Deming a commencé à donner des séminaires publics de quatre jours où il expliquait ses idées devant plusieurs centaines de participants. De 1981 à 1993, il a dirigé 250 séminaires. On a calculé que le nombre de participants s'élève au chiffre impressionnant de 120 000. Il a donné aussi de nombreuses conférences dans des entreprises américaines qui ont adopté sa philosophie. Sous son influence, le style de management s'est profondément transformé en quelques années aux Etats-Unis, bien que des progrès restent à faire.

L'enseignement de Deming a pour objet le management. Contrairement à une idée reçue, son but n'était pas d'améliorer le management actuel en lui ajoutant une composante qualité, mais de le transformer de fond en comble. Au sens premier, le management consiste à mettre de l'ordre dans une maison et à faire vivre ses habitants en bonne intelligence. Dans une entreprise, le management consiste à maîtriser les processus, à coordonner les opérations et à préparer l'avenir. Deming disait que le management ne concerne pas seulement les entreprises de production et de service, mais aussi l'administration publique et l'enseignement. Depuis ses premiers séminaires au Japon, un grand nombre d'universités se sont mises à enseigner le management comme une science. Le Prix Deming

est la plus haute récompense décernée à une entreprise pour son excellence dans le management.

Deming affirme que le style de management qui prévaut actuellement conduit l'économie mondiale dans une impasse parce qu'en privilégiant la concurrence et le pouvoir de l'argent il provoque d'immenses pertes, causes de misère et de chômage. L'alternative qu'il propose privilégie la connaissance, qu'il considère comme la plus importante ressource. Par conséquent la politique de l'entreprise doit être de développer la connaissance dans un climat de coopération ; c'est le but des fameux 14 Points de Deming.

Enfin il faut bien voir que le style de management de Deming est éminemment favorable à la cohésion sociale. La violence symbolique fait partie du style de management traditionnel. Or tous les psychologues savent que la violence subie dans la vie professionnelle - fut-elle symbolique - engendre des troubles du comportement dans la vie privée. En atténuant le climat de violence et de crainte qui sévit dans les entreprises, le style de management de Deming contribue donc à améliorer les relations humaines dans la cité.

En juillet 1950, Deming déclarait dans sa conférence historique aux 24 dirigeants du Keidanren: «on pourrait dire que [ma méthode] c'est la démocratie dans l'industrie». Des milliers de témoignages montrent aujourd'hui que cette nouvelle approche du management favorise le dialogue et l'accomplissement des buts communs.



Annexe 3

La roue de Deming

La roue de Deming est une illustration de la méthode qualité PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Son nom vient du statisticien William Edwards Deming. Ce dernier n'a pas inventé le principe du PDCA, mais il l'a popularisé dans les années 50 en présentant cet outil au Nippon Keidanren.

La méthode comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux. Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité d'un produit, d'une œuvre, d'un service...

1. Plan : Préparer, Planifier (ce que l'on va réaliser)
2. Do : Développer, réaliser, mettre en œuvre
3. Check : Contrôler, vérifier
4. Act : Agir, réagir

1^{re} étape : faire

1. Identification du problème (par exemple à l'aide du QQQQCCP).
2. Recherche des causes racines (par exemple à l'aide d'un diagramme de Pareto, d'un diagramme d'Ishikawa ou de la méthode des 5 pourquoi).
3. Recherche de solutions avec écriture du cahier des charges et établissement d'un planning.

L'étape *Do* (de l'anglais «faire») est la construction, le développement, la réalisation de l'œuvre.

Une fois achevée, on entame l'étape *Check* (de l'anglais «vérifier») qui consiste à contrôler que la solution mise en place résout bien le problème rencontré. Cette étape utilise des moyens de contrôle divers, tels que des indicateurs de performance.

Puis l'étape *Act* consiste à agir et réagir, c'est-à-dire corriger et améliorer la solution mise en place, voire à standardiser cette solution. L'étape *Act* amène donc un nouveau projet à réaliser, donc une nouvelle planification à établir. Il s'agit donc d'un cycle que l'on représente à l'aide d'une roue. A chaque étape, la roue tourne d'un quart de tour et ainsi avance. Cette avancée représente l'action de progresser.

De plus, pour éviter de «revenir en arrière», on représente une cale sous la roue, qui l'empêche de redescendre et qui symbolise par exemple un système qualité, un système d'audits réguliers, ou un système documentaire qui capitalise les pratiques ou les décisions





Pierre Evrard

La psychiatrie à l'épreuve du management

On n'a qu'une idée dans la vie aimait à dire mon maître Balvet.

Celle qui m'a toujours habitée depuis mon internat et ma thèse pourrait se formuler ainsi : **la psychiatrie est une institution**. Elle s'institue en effet comme un certain mode d'échange interhumain. En tant que système d'échange, elle comporte en même temps des aspects aliénants ou oppressifs et des visées émancipatrices. Elle relève toujours à la fois d'une médecine et d'une politique. Elle nous éclaire sur les combinaisons de déterminisme et de liberté de la condition humaine. Le destin est à la fois contrainte et choix, hasard et nécessité. L'ici et maintenant est toujours à replacer dans une histoire. Le fou est en même temps malade et pas malade..

Tout ce que la psychiatrie nous apprend se résume en une pensée de la contradiction, une éthique du conflit, une approche de la complexité. Tout cela induit une méfiance envers les réactions, les simplifications, les préjugés, les évidences, les « ça-va-de-soi ».

En termes hégéliens, on pourrait dire - qu'il s'agisse de l'homme, de la société, des institutions, de nos croyances - que nous avons toujours à faire à des « totalités négatives », sièges de contradictions. L'expérience en psychiatrie ne rencontre pas de totalité positive achevée.

Après avoir fait le deuil de cette illusion, comment se situer face à ces nouveaux dogmes positivistes prétendant nous asservir pour le bien supposé de tous, au détriment de toute pensée critique, laquelle est attaquée de toutes parts ?

Les mutations de notre époque concernent bien sûr la psychiatrie.

Le règne de la marchandise, la dilution du collectif au profit de l'individualisme, l'extension des pratiques normatives au détriment de la loi symbolique font l'objet de nombre d'analyses convergentes de la part de sociologues, de philosophes, de psychanalystes ou d'économistes. L'ensemble de ces mutations est volontiers rangé sous l'appellation de « post-moderne ». Celui-ci se caractérisant par la fin des

grands récits d'émancipation producteurs de valeurs et d'espoir en l'avenir.

La psychiatrie s'en voit touchée à plus d'un titre : on lui commande d'œuvrer pour le « bien être », d'éradiquer des « troubles » détachés de l'histoire du sujet et de leur sens possible, de médicaliser les problèmes induits par le social. Les notions d'efficacité et de rentabilité imposent leur priorité.

Un horizon éclaté se dessine pour la psychiatrie : lieux sécuritaires, médicalisation des crises, traitement social de la chronicité, abord psychothérapique de la souffrance à visée adaptative et éducative.

Entièrement dépendante des Centres Hospitaliers, la psychiatrie publique est progressivement colonisée par le modèle de l'hôpital-entreprise, ses normes et procédures, la comptabilisation des actes, la prééminence du gestionnaire, la rentabilité.

La psychiatrie a donc désormais à faire face à une « gestion managériale »

La « gestion managériale » est la forme actuelle de l'organisation scientifique du travail. Venue de l'entreprise industrielle, elle colonise des domaines en partie préservés de la logique marchande du libéralisme économique (santé, éducation, culture).

Le cheval de Troie de la « logique d'entreprise » contient toute la batterie des **signifiants** du management.

Ils diffusent dans nos organisations de soins psychiatriques (gestion de projet, démarche qualité, contrats d'objectifs, outils d'évaluation, référentiels de compétence, tableaux de bord de résultats et de suivi).

Toute une **rhétorique** sur la communication, la transparence, la performance recouvre d'un vernis neuf les pratiques bureaucratiques traditionnelles. Une néo-culture tente de s'imposer.

Comment critiquer tout un système qui semble s'installer pour le bien de tous, en apparence ?

Qui peut se dire contre la qualité, la sécurité, l'hygiène, la participation de tous, leur reconnaissance en tant que professionnels, la satisfaction de leurs besoins, le souci de leur implication dans le travail ? Le management manipule des objets à première vue désirables.

Où est le piège ?
A quoi devons nous résister ?
Quelle forme d'aliénation avons-nous à analyser ?

Je vais proposer quelques éléments pouvant peut être aider à préciser cette question.

Tout d'abord le management se fonde sur un CLIVAGE :
Il concerne tout ce qui n'est pas « technique ».

Une séparation se veut quasi étanche entre

- un domaine technique (celui des « actes » ceux des médecins, des infirmiers, des psychologues...)
- le domaine du fonctionnement organisationnel.

C'est ainsi que la présence d'un médecin dans une « réunion de fonctionnement » apparaît comme incongrue. De quoi se mêle-t-il ?

Sa réduction au rôle de prestataire de service va s'accroître avec la T2A (au Canada, les médecins des hôpitaux publics sont payés à l'acte et ne sont pas concernés par l'organisation du service). Beaucoup protestent d'une « perte de pouvoir » (en miroir avec le pouvoir infirmier) mais s'en accommodent somme toute assez bien. C'est à tous les niveaux le règne des doubles discours.

Traiter les effets imaginaires de la crispation identitaire sur statuts et rôles, les travailler dans la transversalité, permettre une libre expression des conflits, mettre à jour des contradictions est de moins en moins possible quand chacun est renvoyé à un rôle fonctionnel comme rouage d'un « bon fonctionnement » fondé sur une multitude de règles qui ne se discutent pas.

Si beaucoup se désolent en privé de ces évolutions et proclament leur attachement à des valeurs en péril, ils se résignent en pratique à une soumission conformiste aux dispositifs en place.

On assiste à une dislocation de la PRAXIS (en tant qu'union de la théorie et de la pratique concrète)

L'Institution disparaît derrière l'**Organisation**

Or le mouvement de psychothérapie institutionnelle est fondé le traitement des effets de ce clivage. Il n'y a pas de cadre organisationnel neutre.

Ce n'est pas seulement dans la langue que l'établissement (en tant qu'organisation) efface le concept d'institution. L'esprit occupé par l'obsession fonctionnelle est peu disponible à l'analyse institutionnelle.

Vincent de GAULEJAC appelle **Système MANAGINAIRE** l'intériorisation d'un fonctionnement idéal par les agents d'une organisation. Leur soumission est assurée avec leur consentement. Nouvelle forme de Servitude volontaire.

Le management est considéré partie prenante de tous les **dispositifs** (au sens de Giorgio AGAMBEN généralisant le concept de M. Foucault) qui prolifèrent en modelant les conduites, les opinions, les discours de tous et façonnent nos subjectivités.

Derrière les instruments du management (procédures, tableaux de bord, indicateurs, logiciels, etc) est à l'œuvre une certaine vision du monde.

Des langages normatifs suscitent un conformisme, lequel est le pendant de l'**utilitarisme**.

« Tout ce qui n'est pas utile n'a pas de sens » (L'inutile peut être nécessaire cf la poésie)

C'est le grand paradigme du management

L'idéologie managériale associe **discours sur la qualité** et calcul de **quantification**

- Des sociologues (V. de Gaulejac, J.P. LeGoff) ont montré l'insignifiance des discours sur la qualité où chaque



terme peut être remplacé par un autre dans un système de bouclage permanent : qualité – excellence- réussite-progrès-performance-satisfaction des besoins-finalité.

On peut s'amuser avec les tableaux du « **parler creux sans peine** » ou du « **formulateur automatique** ».

- V.de Gaulejac a par ailleurs désigné du terme de **quantophrénie** cette maladie de la mesure à l'œuvre dans des modèles qui servent de matrice de notation. Ainsi RADAR avec ses 8 concepts d'excellence, déclinés en 9 critères, 37 sous critères, 174 indications, décomposés en 159 items !!

Tous ces calculs donnent ainsi une illusion de maîtrise sur le monde.

Voilà ce qui risque d'arriver en psychiatrie où ça balbutie encore. Le livre de Ledoux « qu'est ce que je fous là » qui traite de « la psychiatrie de qualité » en Belgique, montre comment le soin dit de qualité est le domaine privilégié de la mise en œuvre des principes biopolitiques.

Comment penser la Résistance à l'irrésistible diffusion de l'idéologie managériale ?

Les enjeux de la psychiatrie, rendent nécessaire une critique du fonctionnalisme en tant qu'idéologie positiviste et utilitariste et du mode de pensée binaire dont la psychanalyse avait effectué le dépassement.

Le fonctionnalisme

Une représentation positiviste de l'organisation transforme les conflits, les contradictions en **dysfonctionnement**, c'est l'objectif du reste de l'idéologie managériale. C'est par l'harmonisation coopératrice entre ses fonctions qu'un système tend à se perpétuer. Ce qui trouble l'harmonie est réduit à un dysfonctionnement à corriger. Or il y a de la naïveté à croire que l'organisation est orientée par une fonction unique. Explique t' on ce qui se passe dans un couvent par sa fonction qui serait : le service de Dieu ?

Ce serait expliquer l'arbre par sa fonction de nous procurer de l'ombre !

Le terme de fonctionnalisme recouvre des acceptions diverses en anthropologie, en sociologie, en biologie etc.

Ce qu'on appelle la « philosophie de l'Esprit », courant issu de l'Intelligence artificielle, envisage le psychisme comme comparable à un ordinateur. Cette démarche fonctionnaliste a servi de socle aux sciences cognitives. Toutes les théories faisant du psychisme un ordinateur sont accompagnées par une rhétorique binaire.

L'application de ces théories a produit les TCC qui ont pour but de traquer les pensées dysfonctionnelles. LA réalité serait déformée par des « distorsions cognitives », des « erreurs » d'appréciations. Ces distorsions justifient un réapprentissage destiné à faire penser positivement et l'on parle de restructuration cognitive, de résolution problème ; sont utilisées des échelles de l'affirmation de soi, des questionnaires, des graphiques pour un suivi quantitatif.

Le schéma à l'œuvre dans les TCC est similaire dans une organisation, on y retrouve la même approche binaire.

Tout conflit est un dysfonctionnement, il n'est pas porteur de sens. De même l'échec est considéré comme contre-performance.

Le « positivisme » prive du séjour auprès du négatif. C'est ce qui arrive à un symptôme ou à un acting-out quand leur est retiré TOUT SENS. Un des pôles d'un conflit est considéré seulement comme anomalie, erreur, déviance, élément dysfonctionnel. Il n'y a pas d'alternative hors l'adhésion à des normes positives de fonctionnement. (Comme le T.I.N.A de l'ultra libéralisme).

Le management et les TCC se croisent dans la pratique du coaching (je renvoie au travail de R.GORI qui définit ainsi les coachs : « directeurs de performance cognitive, pédagogues en flexibilité psychique, mentors en stratégies comportementales, guides moraux assurent la promotion des valeurs utilitaires »).

L'utilitarisme postule que chaque individu est sensé se comporter en fonction de son intérêt.

Comme la jouissance s'oppose généralement à l'intérêt voilà pourquoi nos patients se montrent si souvent incoagulables !

Le terme de dysfonctionnement se trouve donc sur notre route - dans les TTC, dans la gestion des organisations de soins et aussi dans les conceptions étroitement organicistes. Par exemple : la dépression est **causée** par un dysfonctionnement électrique du cerveau - ai-je pu lire récemment.

Le couple fonction-dysfonction renvoie à une approche binaire des phénomènes psychiques et sociaux

Cette approche a partie liée avec ce qui à notre époque évacue la place du tiers, du symbolique, de l'institution, de la psychanalyse elle-même.

Cette dernière instaure le Tiers, le symbolique et aborde la conflictualité en faisant du symptôme un compromis.

Un mode binaire, pense le mal, le mauvais, l'échec, le défaut, la contre performance, comme **ce qui ne devrait pas être** au regard d'une norme idéale.

Tout ce que notre époque produit de symptômes est transformé en problèmes techniques à résoudre. Le comment faire évacue la question des finalités, du sens et de la complexité. D'où la prolifération des « dispositifs ». Il se vérifie « que l'on cherche à répondre aux effets pervers d'un système par des solutions qui accroissent la perversité du système » (J.Ellul)

Fonctionnalisme, positivisme, langages normatifs, utilitarisme, binarisme ... alimentent une idéologie dominante qui colonise les subjectivités, occupent les représentations du monde.

Ainsi s'installe une « tyrannie sans tyran » (A.Harendt), une « barbarie douce » (JP. Le Goff). L'Homme nouveau ainsi modelé dans un assujettissement sournois, se croit pourtant libre et autonome. Il se réduit lui-même à une série



de mécanismes élémentaires, à une collection de fonctions juxtaposées à gérer (ses besoins, sa santé, son stress, sa sexualité, son capital...).

Exploiter sa petite entreprise requiert des méthodes de management de soi-même. Pourquoi s'étonner que l'hôpital et l'école deviennent des entreprises si le Moi lui-même se représente comme une entreprise soumise à la concurrence du marché ?

Ce Moi autonome et auto-fondé ne peut dès lors qu'osciller entre toute puissance et dépression. (par bonheur nous disposons du Dépakote !!) *Dessin 52-13*

Serge LECLAIRE avait résumé la situation psychanalytique comme l'accueil à la parole **vraie**, une parole qui se conjugue à 3 personnes : je-tu-il, l'analyste jouant le rôle des 3 personnes sans s'identifier à aucune. En jouant le rôle de la troisième personne à qui toute parole s'adresse, il lui faut soutenir l'absence qui la fait tierce sans s'identifier à ce tiers absent.

Or l'évanouissement du Tiers Symbolique a laissé la place à de multiples « personnes secondes » jouissant d'occuper en l'usurpant cette place tierce. Au Sujet Supposé Savoir s'est substitué un Moi Prétendant Savoir, personne seconde, détenteur d'un pseudo-savoir de maîtrise, place d'expert ou de réducteur de symptôme ! On fait dès lors peu de cas de ce que la psychanalyse a apporté à la psychiatrie : questionner, préserver, ou reconstituer cette place de Tiers.

La psychothérapie institutionnelle avec son recours à des médiations symboliques (bien au-delà de leur « fonctionnalité » et de leur « utilité »), permet à la psychiatrie de ne pas sombrer dans les techniques de dressage d'animaux ou de réparation d'ordinateur (ainsi qu'ironise MINARD).

Le Grand AUTRE, autre façon de désigner le Tiers, se vide. Il se vide de ses représentations imaginaires. L'hystérie disparaît des classifications. Peut-être n'y a-t-il plus de maître à qui l'hystérique peut s'adresser, qu'elle puisse invoquer pour le révoquer ? S'il n'y a plus d'Autre, il n'y a plus d'inconscient. (Des psychanalystes, ceux de la « psychologie du Moi » avec la notion « de sphère libre de conflit » n'ont-ils pas introduit un Moi siège de performances et débarrassé de ses pensées négatives ? et n'ont-ils pas préparé le terrain à cette régression ?)

Cette évolution post-moderne de la psychiatrie est à mettre en relation avec la désertification du grand Autre. Certains sont tentés par des postures moralisatrices et réactionnaires : c'était mieux avant ! On avait le Père, la Religion ! la Patrie ! le Parti ! ...

S'agit-il de réhabiliter ces vieilles idoles ou faut-il se réjouir du déclin de ces grands signifiants despotiques ?

Ne confondons pas ces grandes figures et la **place** qu'elles ont occupée. Ne pas jeter le bébé transcendantal avec l'eau du bain flétrie de ces vieilles transcendances.

L'**Autre** peut être à sa place bien que délesté de ses incarnations imaginaires.

Ne pleurons pas trop la fin « des grands récits » (ce qui définit le post moderne selon Lyotard) ; mais sachons repérer ce qui vient prendre leur place. Dany Robert Dufour désigne cette nouvelle idole : le **Divin Marché**.

On incrimine volontiers les impératifs économiques pour expliquer les mutations que nous connaissons. Or ce c'est pas seulement par insuffisance de moyens que la psychiatrie est en péril (on pourrait faire bien mieux avec les moyens qu'on a), c'est parce qu'on lui demande autre chose. En entrant dans la logique production/consommation, service/usager, on entre dans une logique de besoins à satisfaire là où c'est le Désir qui est à l'œuvre. Le désir se moque bien des besoins.

Or « la satisfaction des besoins » occupe la scène à tous les niveaux. Le bien-être lui-même est devenu un besoin. Certains sont valorisés : besoin d'hygiène, de sécurité, d'autonomie, besoin de norme.

A coté, de « faux besoins » sont illégitimes, contraires aux normes dominantes (cf les multiples addictions).

Il est implicitement exigé que la « demande » de soin se modèle sur ce que l'organisation a défini comme « besoin » de soin. Le soin se résout dès lors en une « pédagogie », une éducation aux visées adaptatives – apprendre ce qu'est un « vrai besoin ».

Par ailleurs le discours managérial appliqué à la psychiatrie produit une contradiction essentielle :

le management participatif requiert un **engagement**. On parle d'engagement organisationnel.

Or ce qui est spécifique en psychiatrie consiste en un engagement envers **autrui**, en tant qu'être de désir, parlêtre, accueilli dans sa singularité ! La manière de se disposer n'est pas celle d'un fonctionnaire répondant aux besoins d'un usager, les bonnes réponses étant prévues par des procédures pré-établies.

Le « sécuritaire » domine à nouveau la psychiatrie.

L'idéologie sécuritaire simplifie à l'extrême la complexité de situations pouvant dégénérer en affrontement par le jeu d'oppositions en miroir. M. Benassayag prend un petit exemple éthologique : dans un aquarium occupé par des poissons cohabitant paisiblement, on installe une vitre le divisant en deux parties. Par cette seule ségrégation topologique on va surdéterminer un affrontement : en effet dès que l'on enlève la vitre, les poissons vont s'entre tuer !!

Il est consubstantiel à nos métiers de rencontrer des situations d'opposition en miroir. Des tensions agressives entre un patient et des membres d'une équipe peuvent déboucher sur des « passages à l'acte », des « événements indésirables », des « situations à problèmes ». Il s'ensuit une solution technique : prescription médicale d'une sédation,

pose d'entraves, mise en chambre d'isolement. L'équipe peut apparaître divisée dans cette situation. On constate du reste qu'elle était déjà divisée à propos de ce patient avant l'acte. La scission de l'équipe renforce des processus scissionnels à l'œuvre chez le psychotique...

La « cure des scissions » (selon les termes de Racamier) est une démarche qui fait peu de poids face au « sécuritaire » quand il est mis au poste de commande et volontiers « exploité » par certaines instances hiérarchiques.

Le « sécuritaire » ne permet pas de « penser » une situation, de l'analyser collectivement, dans une démarche institutionnelle d'analyse du milieu, ce qui serait la plupart du temps la meilleure **prévention de « l'insécurité »**

L'emprise de l'idéologie sécuritaire entretient le mode de penser binaire et les clivages que j'ai évoqués.

Dans les unités hospitalières, les patients, comme les soignants, sont de plus en plus envisagés comme des « collections » d'individus juxtaposés et interchangeable. Les institutions médiatrices d'échanges qui transformeraient les collections en collectif, font défaut et deviennent dis-crédi-tées.

Considérer le patient comme un individu qui « dysfonctionne », que l'on doit rééduquer et dont on doit à priori se méfier s'il ne reste pas à sa place... rend souvent difficile une vraie rencontre avec un sujet qui vit des expériences, dont le mode d'expression plus ou moins insolite, est porteur de sens.

L'idéologie du management, l'utilisation scientiste des neurosciences, les techniques d'adaptation, la médicalisation des conduites déviantes....forment ensemble un **dispositif** au sens d'Agamben (généralisant le concept de Foucault) à savoir *tout ce qui a d'une manière ou d'une autre la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants*.

Tous ces dispositifs visent à éliminer les conflits en les envisageant seulement comme des dysfonctionnements réclamant des réponses techniques. Le symptôme en tant que compromis recelant une part de jouissance laisse sa place à une excroissance superflue à extirper. La « nouvelle pensée positive » refuse le séjour auprès du négatif. Qu'il s'agisse de la folie ou d'ébranlements sociaux, celui qui veut les penser prend le risque d'être accusé de complicité avec les fauteurs de troubles.

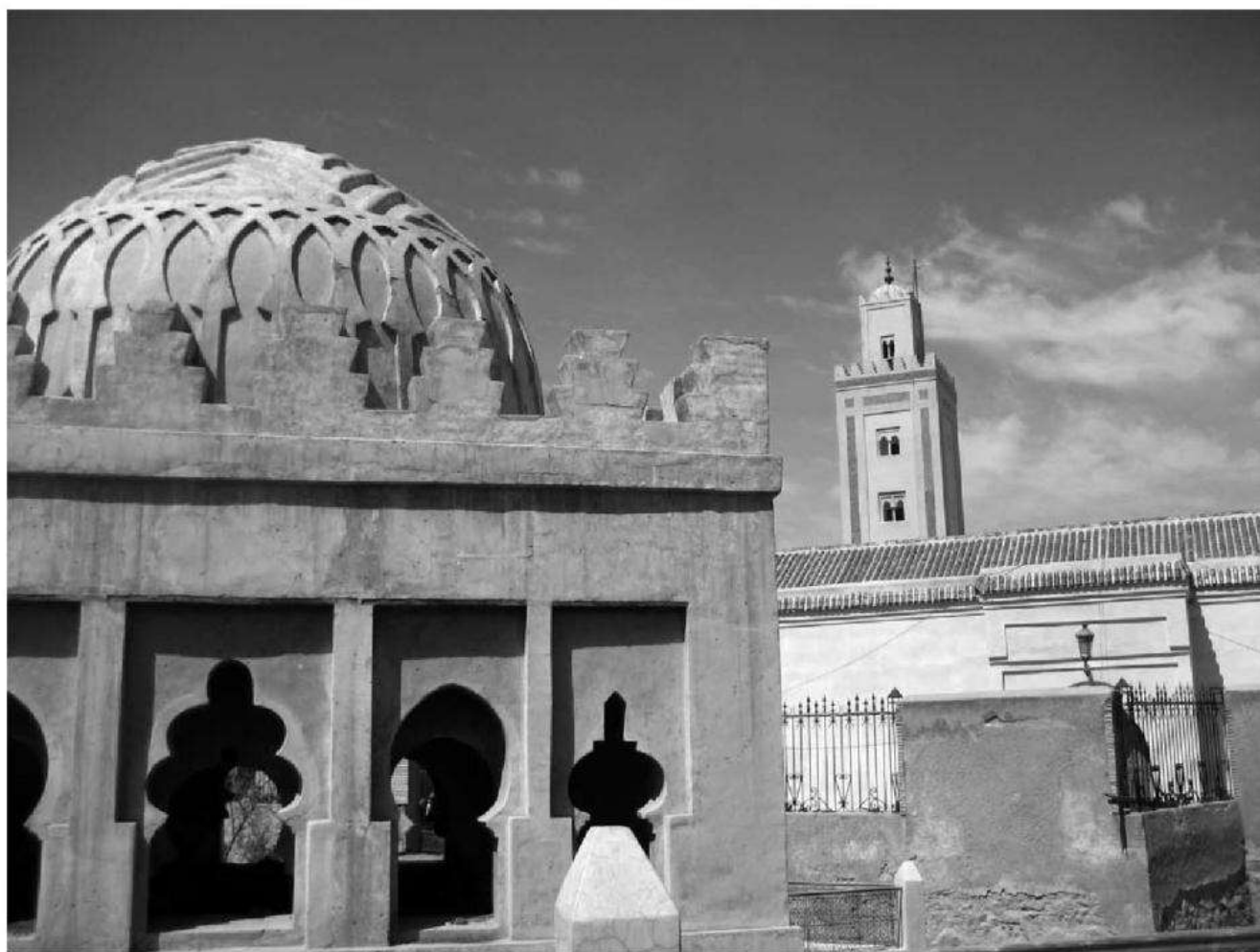
C'est pourquoi j'ai pu dire ailleurs que privée de sa jambe psychanalytique et de sa jambe politique la psychiatrie risque la paraplégie.

N'oublions pas l'origine du terme d'institution, au sens actif d' « instituer » : faire tenir debout.

HORIZONS

Pour la première fois, cette rubrique consacrée à des textes adressés par des auteurs étrangers, héberge une contribution marocaine. Deux psychiatres militaires exerçant dans le service de psychiatrie de l'hôpital militaire Avicenne à Marrakech, nous informent d'une spécificité de leur travail au cours d'opérations prenant en charge des populations civiles en détresse. Ils évoquent les conflits du Sahara et du Kosovo, les attentats terroristes de Casablanca et le tremblement de terre de Al-Hoceima.

Cette contribution sera sans doute suivie d'autres articles marocains, l'Amicale des psychiatres de Marrakech étant impliquée dans l'organisation du congrès que notre revue animera dans cette ville en avril 2010.



La Koubba almoravide, Marrakech.



Moulay Abdessadek
El Idrissi¹



Abdeslam Benali²

Les missions opérationnelles et les situations de catastrophe : Implications du psychiatre militaire marocain

Résumé : à l'aube du 3ème millénaire, les missions auxquelles les combattants sont appelés aujourd'hui n'ont rien de classique, de conventionnel (missions d'interposition, de maintien de la paix, humanitaires ou d'intervention dans des situations de catastrophe). Elles propulsent néanmoins les militaires, parfois à distance de la patrie-mère et les mettent au centre de la problématique de la mort, du sacrifice et de l'éthique même du soldat.

Cette étude traite la diversité et l'actualité de ces missions à travers trois situations, l'une en zone opérationnelle, l'autre en situation transculturelle et humanitaire au Kosovo et la dernière lors d'une situation de catastrophe naturelle.

Ainsi, nous nous proposons d'aborder de manière diachronique la question du traumatisme psychique, de son repérage clinique et de sa prise en charge. Nous tenterons par la suite de dégager les difficultés et les limites de l'action du psychiatre militaire dans ces situations avant d'ouvrir un questionnement sur ses implications éthiques. Enfin, nous terminerons par une réflexion concernant les perspectives d'avenir pour la pratique de la psychiatrie en situation exceptionnelle, qu'il s'agisse d'un contexte opérationnel militaire ou d'un événement civil, au Maroc.

Mots clés : situations d'exception, opérations extérieures (OPEX), catastrophes, traumatisme psychique, psychiatrie militaire

Nos sociétés vivent une véritable mutation, traversent un bouleversement sans précédent (mondialisation, hyper technicité, hyper médiatisation et rapidité) avec pour corollaire un regain de violence, de conflits et de catastrophes et pour conséquence une multiplication de l'exposition au traumatisme psychique qui créent l'unité de ces situations. Les mythes fondateurs du Déluge, de l'Atlantide, de l'Apocalypse jalonnent l'histoire de l'humanité. Cette incidence du rôle du chaos apparaît également à l'époque moderne au travers du changement des figures de la guerre, avec l'apparition du terrorisme, des guérillas urbaines, des conflits asymétriques, mais aussi au travers de la multiplication des catastrophes technologiques tandis que les changements climatiques s'accompagnent de désastres écologiques répétés.

Il est habituel de distinguer, parmi les catastrophes, celles qui résultent de causes naturelles ou accidentelles, celles en rapport avec des attentats, prises d'otages et celles issues de

situations de conflit. Dans une typologie plus moderne, on les regroupe en événements dus à la main de l'homme (man made disasters) et en événements dus à la nature (natural made disasters). Les guerres et les opérations extérieures, les missions d'interposition ou d'aide humanitaire peuvent entrer dans le premier cadre parce que ce sont des situations d'exception, parce qu'elles sont susceptibles de confronter les sujets aux questions essentielles de la vie et de la mort, la leur, et celle des autres. Quelle qu'en soit la nature, nous insisterons, avec L. CROCQ, (1) sur le critère spécifique qui signe la catastrophe, à savoir : un tissu social déchiré de manière brutale et soudaine, où chaque individu est frappé non seulement dans son moi personnel, mais aussi dans son sentiment d'appartenance à la communauté. La scène de guerre, dans ses conséquences (morts, blessés, réfugiés, bâtiments effondrés, infrastructures détruites et inutilisables, marées noires) n'est qu'une catastrophe comme une autre : rien ne les distingue.

Depuis le tremblement de terre de Lisbonne en 1775 et la célèbre controverse Rousseau/Voltaire, on repère trois modèles explicatifs de la catastrophe : la punition divine, la nature toute puissante et la responsabilité partagée des hommes.

¹ – Médecin Lieutenant-colonel, psychiatre des hôpitaux, chef de service de psychiatrie

² - Médecin Commandant, assistant des hôpitaux des armées
Hôpital militaire Avicenne – Marrakech – Maroc
sadekelidrisi@yahoo.fr

Mais ce sont les guerres qui l'ont faite entrer dans le champ médical. Ce qui compte, ce n'est pas tant la nature de l'événement que ses conséquences pour le sujet. Le pouvoir pathogène d'un événement dépend certes de ses aspects spécifiques mais il est surtout fonction de l'individu, de ses coordonnées subjectives, de sa culture, du moment et des conditions dans lesquelles celui-ci se trouve impliqué. Retenons que les aspects de soudaineté, de violence, l'étendue des destructions et la désorganisation que l'événement entraîne, ne préjuge pas de l'étendue de son impact sur l'individu (2). Seule la rencontre des individus impliqués, directement menacés, permet finalement d'apprécier la nature des conséquences psychiques.

Le psychiatre militaire est un médecin opérationnel. Pour ce, il dispose de son expérience clinique et du savoir-faire acquis au contact des patients, à l'hôpital dans sa pratique du « temps ordinaire ». Le travail hospitalier, auprès des patients militaires et civils, nous confronte chaque jour à cette clinique du trauma qui impose un mode d'écoute spécifique. A l'hôpital comme sur le terrain, le psychiatre ne peut être un soignant isolé ou solitaire. Il ne peut pour cela agir hors d'un dispositif sanitaire cohérent. Pour pouvoir assurer des soins psychiques, encore faut-il disposer d'un espace adéquat tant pour le soignant que pour le soigné. Cela fait partie du cadre que se doit de construire le psychiatre. C'est de sa responsabilité comme celle du chirurgien qui doit disposer d'instruments stériles dès lors qu'il s'engage à opérer un patient. Le psychiatre pas plus que le chirurgien n'effectue la relève du blessé.

L'histoire des troupes marocaines montre que des événements exceptionnels conduisent parfois à demander en urgence la présence de psychiatres militaires « sur le terrain ». D'importantes capacités d'adaptation sont donc nécessaires pour faire face, mais elles n'excluent pas et requièrent même la préparation à travers un questionnement sur tous les aspects de son implication.

Les enjeux se déclinent selon trois axes. Ils sont tout d'abord marqués par le coût humain des catastrophes et des guerres : entre 1994 et 2004, près de 3 milliards de personnes ont été touchées par les catastrophes naturelles. 95% d'entre eux se trouvant dans les pays les plus pauvres. Les pertes économiques sont colossales (850 milliards de dollars !). En matière de troubles psychiques de guerre, le regroupement des données, principalement américaines, canadiennes, norvégiennes, australiennes et françaises, permet d'évaluer la prévalence des états de stress post-traumatiques entre 9% et 12%, avec d'importantes variations de 3% à 60% en fonction des conflits, des unités concernées et des pays (3).

Le deuxième enjeu est clinique. Nous aborderons sa diversité et son actualité à travers trois tableaux, l'un en mission opérationnelle, l'autre en situation transculturelle et humanitaire et le dernier lors d'une situation de catastrophe naturelle. Nous nous proposons d'aborder de manière diachronique la question du repérage clinique, du traitement et des conditions d'intervention. Ceci nous permettra de dégager les difficultés et les limites de l'action du psychiatre militaire dans ces situations.

Enfin, cette pratique psychiatrique ouvre sur un questionnement éthique, celui de savoir ce que l'on fait avec une personne désorganisée, dans un contexte d'anomie où le psychiatre lui-même peut être fortement déstabilisé. Le psychiatre militaire est « sur le front », au cœur de la catastrophe avec son lot de cruauté et de contraintes. Dans ces conditions, il n'est pas aisé de proposer un cadre propice à l'écoute. Il est de son devoir, dans sa fonction d'assistance à des personnes en difficulté, de créer les conditions propres à l'exercice d'une action spécifique. Il est aussi de son devoir de s'interroger sur sa propre position car il peut lui aussi être pris dans les effets conjoncturels d'une rencontre, d'un questionnement sur son identité, sur sa position d'étranger venu secourir des individus non pas parce qu'ils sont ses semblables, mais parce qu'ils sont en souffrance.



Nous terminerons par les perspectives d'avenir pour la pratique de la psychiatrie en situation exceptionnelle, qu'il s'agisse d'un contexte opérationnel militaire ou d'un événement civil, au Maroc.

Considérations psychopathologiques

Notre entrée en matière, volontairement tournée vers ce qui fait aujourd'hui la légitimité de l'intervention du psychiatre, en particulier militaire, dans toutes situations d'exception, ne doit pas faire oublier les fondements psychopathologiques de sa présence et de son action sur le terrain. Car de ces fondements découlent directement certains principes directeurs, et nous le verrons plus tard une véritable éthique de la pratique(4). C'est pourquoi nous abordons à présent ce point dans notre propos.

Les media nous rendent compte quotidiennement de ces événements qui bouleversent les trajectoires individuelles et groupales, et façonnent les représentations que chacun peut s'en faire tant qu'il n'y est pas directement confronté. Ils nous les rendent en quelque sorte familière si ce n'est banal, tout en maintenant une distance, une sorte d'anesthésie qui protège de l'émotion mais n'exclue pas le concernement. Le message est aussi celui-ci : cela pourrait tout aussi bien m'arriver un jour. Ce fonctionnement en miroir reflète les attentes et les craintes de la population. L'image est partout et donne à voir de manière répétitive des scènes d'horreur. Nous avons tous en mémoire les événements du 11 septembre diffusés en boucle. L'idée qui s'en dégage est alors éminemment prise non plus dans l'image mais dans l'imaginaire collectif et il existe un discours sur ce que peuvent, voire ce que doivent être les réactions et les moyens de faire face à toute situation d'exception, discours qui englobe aussi bien les victimes, que les décideurs et les sauveteurs. Or de l'imaginaire à la réalité, il y a plus qu'un pas. La question du sujet et du groupe face à la matérialité de l'événement - qu'il intervienne dans le cadre de la mission opérationnelle pour une population de militaires supposée « préparée » à l'imprévisible, quand bien même il survient dans une situation de conflit, ou pour une population civile brusquement plongée dans l'horreur de la catastrophe - ne peut pas être réduite à des certitudes issues de lieux communs ou de statistiques. La rupture introduite par la « catastrophe » entraîne vers des confins psychologiques particuliers.

Événement généralement bref, la catastrophe est suivie du désastre, désastre du monde environnant où les repères d'espace et de temps n'ont plus cours, désastre perceptif où le bruit, les odeurs et les scènes tragiques se bousculent et s'imposent, où la douleur physique et le chaos psychique s'emparent de tous. La souffrance est la première rencontre, la plus évidente, immédiatement partagée. Chacun est littéralement saisi, cueilli par l'horreur inattendue et réagira en tant que sujet, appartenant certes à une communauté que crée l'événement, mais de façon individuelle, sur un mode qui lui est propre. Certains des impliqués rencontreront à cette occasion le trauma, tel qu'il est défini par Freud dans

« Au delà du principe de plaisir » (5), et qu'il convient de distinguer du stress, dont il n'est pas une variante quantitative. Ce dernier est un concept souvent qualifié d'ambigu, et que nous choisissons ici, dans un souci de concision, de présenter comme étant la résultante d'une contrainte voire d'une agression de l'organisme qui y répond par un ensemble de réactions physiologiques. C'est une sensation que l'on éprouve lorsqu'on est confronté à une situation à laquelle on ne croit pas pouvoir faire face correctement. Non spécifique, elle peut avoir des conséquences en terme de réaction et de comportement.

Le traumatisme psychique est, quant à lui, de toute autre nature. C'est une effraction dans l'appareil psychique d'un élément très particulier : le réel de la mort, qui nous est habituellement inaccessible. Nous savons tous que nous allons mourir, explique Freud (6), mais nous n'y croyons pas. Il n'y a dans l'Inconscient aucune représentation de la mort. Lorsque la « scène de la mort de soi » ou de l'alter ego s'impose, elle ne trouve rien à quoi elle puisse se lier dans le psychisme et s'élaborer pour se constituer en expérience ou en souvenir. Elle s'incruste comme un « corps étranger » et produit des effets immédiats (l'effroi, la sidération) et retardés du fait de sa réapparition « telle quelle, au temps présent » à intervalle plus ou moins rapprochés. C'est cette présence qui éclaire les manifestations cliniques des pathologies post-traumatiques, en particulier du syndrome de répétition traumatique (7).

Mais d'autres dimensions doivent être prises en compte dans les bouleversements occasionnés par les situations d'exception. Ce sont la perte, le manque et la faute. Avant même la perte d'illusion d'immortalité, il y a la perte effective d'un proche impliqué, qu'il soit mort, disparu ou simplement temporairement éloigné, la perte matérielle dans des destructions d'habitations et de biens, ou encore la perte des repères liés à un déplacement. Il y a le manque, compagnon de la perte qui renvoie à l'incomplétude et à l'angoisse. Il y a la faute enfin, aux multiples facettes, déclinée sous le masque de la « culpabilité du survivant », le sentiment d'avoir usé de moyens répréhensibles pour s'en sortir ou de n'avoir pas fait tout ce qu'il fallait pour sauver les autres par exemple, ou chez le traumatisé, celle qui est liée à cette approche de la mort d'où toute fascination n'est pas exclue. Tous ces mouvements psychiques viendront à l'appui d'une clinique variée et propre à chacun (8). Ainsi le psychiatre militaire, ici comme dans toute sa pratique, doit se déprendre de l'imaginaire que nous évoquions précédemment et de l'émotion. Il reçoit cette dernière, l'entend, la prend en compte et il en fait quelque chose dans un mouvement empathique. Il le fait pour lui et pour les autres, en replaçant au cœur de l'événement et de la mise en place des secours collectifs la question du sujet et de la singularité. Tous seront potentiellement touchés mais pas tous de la même façon. Les soins immédiats et post-immédiats ne pourront être standardisés, même s'ils sont guidés par un certain nombre de principes bien établis, nous ramenant à une pratique, qui elle, est moins exceptionnelle qu'il n'y paraît.

Évolution des idées

S'il veut porter soins dans des situations d'exception, le psychiatre sait qu'il peut s'appuyer sur l'histoire de sa discipline et l'expérience de ses prédécesseurs. Le 19^{ème} siècle s'est achevé en effet sur les travaux d'OPPENHEIM concernant les victimes d'accidents de chemin de fer. Le 20^{ème} siècle, lui, s'ouvrira non pas sur les catastrophes de la révolution industrielle mais sur des guerres, car il a été un siècle de guerres. Le retentissement psychique des combats sur les soldats du premier conflit mondial est décrit par des auteurs tel Dumas, Gaupp et Briand pour les Français. Ces deux derniers décrivent des symptômes d'hyper vigilance et anxieux pouvant aller jusqu'au suicide. Ils rapportent les cas de ces « obsédés du champ de bataille » qui « se réveillent à la lecture du journal, à l'occasion de questions, de conversations ». Dans le même temps se développent les premières théories étiopathogéniques : elles se nourrissent d'approches organicistes avec la théorie des émotions et la description du « Shell Shock » puis autour de la notion de stress, avec CANNON relayé par SELYE. Parallèlement, une approche thérapeutique fondatrice est énoncée en 1917 avec les principes de prise en charge de Salmon (9) (pour mémoire : immédiateté, proximité, expectative, et centralité de l'intervention soignante). C'est l'ébauche d'une première psychiatrie de l'avant, fondée toutefois sur un impératif de récupération des effectifs. Le modèle psychanalytique, quant à lui, est nourri des récits et de l'expérience d'ABRAHAM et de FERENCZI, théorisé ensuite par FREUD lors de son introduction de la pulsion de mort et de sa reprise de la question du trauma en 1920.

La seconde moitié du 20^{ème} siècle est marquée par la mondialisation des risques, l'hyper technicité croissante des moyens armés, l'explosion de la couverture des événements par les media, les tentatives d'élaboration de doctrines de prise en charge des victimes, des conflits armés et à leurs suites des catastrophes civiles.

Le conflit du Viêt-Nam avec son retentissement sanitaire en est le paradigme : programme de prise en charge de masse des troubles différés des vétérans, programmes de recherche clinique, émergence de la question de la réparation et de la reconnaissance par la nation des anciens combattants ont apporté des avancées majeures dans la perception de la blessure psychique, tant par les intéressés que par la société. L'accent est porté sur sa potentialité évolutive et les troubles différés, sous l'appellation d'« état de stress post-traumatique » (recouvrant en grande partie la clinique de la névrose traumatique freudienne) font l'objet d'une inscription au sein du DSM III puis IV.

L'expérience de la guerre du Kippour avec 700 évacués dans les premiers jours pour raisons psychiques (soit 12,5% du nombre de blessés) ne fait que confirmer l'importance des pertes psychiques lors des guerres modernes, battant en brèche l'image de l'infailibilité psychique du combattant et modifiant la perception du rôle du psychiatre militaire au regard du soutien des forces. A partir de ce moment,

l'enchaînement des conflits, la prise en compte du fait psychique par le commandement, rend possible la renaissance d'une « psychiatrie à l'avant ». C'est ainsi que des psychiatres français se trouvent projetés en première ligne lors de la Guerre du Golfe, puis dans les Balkans. Ce sera aussi le cas pour les psychiatres militaires marocains.

Mais nos armées ne font plus seulement la guerre, elles interviennent. Elles se projettent pour mettre fin à un conflit, rétablir un « ordre juste » menacé, assurer la continuité et la pérennité d'intérêts économiques. Elles s'ingèrent dans les affaires intérieures d'un pays parce qu'il y a un dysfonctionnement. L'intervention se veut toujours chirurgicale et sans dommages collatéraux excessifs. Elle est humanitaire pour gagner la paix. Ces armées ont également à faire face à des catastrophes, et c'est à ce titre et de manière ciblée que le psychiatre militaire est amené à intervenir. Dans ce même temps, les attentats qui frappèrent la France en 1995 ont constitué un électrochoc pour la population et les pouvoirs publics. L'urgence d'adopter des dispositifs opérants et réactifs d'aide aux victimes s'est rapidement faite jour. C'est le temps de la création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique. L'implication des psychiatres militaires, signe la reconnaissance d'une expérience et d'une compétence en la matière. Nous pourrions dire que c'est à ce moment précis qu'en France, pour les psychiatres militaires, la frontière entre situation opérationnelle et situation de catastrophe civile s'estompe plus nettement. Le service de la nation dépasse le seul soutien aux forces armées.

Au Maroc, il y a une tradition opérationnelle qui concerne les psychiatres militaires et civils depuis le début du conflit au Sahara par leur présence périodique sur le terrain puis de façon durable depuis une dizaine d'années. Quant à leur projection à l'extérieur, elle s'est inscrite dans un projet humanitaire au Kosovo. Les attentats terroristes qui ont frappé la ville de Casablanca en mai 2003 ont été l'occasion d'une prise de conscience collective de la nécessité d'une intervention d'une chaîne de secours où la dimension de la souffrance psychologique a pris une telle ampleur que les psychiatres ont été nécessairement sollicités. Le séisme de Al-Hoceima en février 2004 ouvre une nouvelle ère : c'est à présent le Service de Santé Militaire qui est le premier mobilisé en projetant un Hôpital Militaire Médico-Chirurgical dévolu à cette tâche (il s'agit du 10^{ème} H.M.M.C.) où le psychiatre militaire est inclus d'emblée dans le dispositif initial.

La pratique

Le conflit du Sahara : cette autre guerre de trente ans a vu de 1975 à nos jours s'enchaîner plusieurs types d'engagements : combat de masse, guérillas, mission de maintien de l'ordre jusqu'à la situation d'attente défensive actuelle datant du cessez le feu de 1991. Les manifestations psychopathologiques qui ont marqué la première partie d'intenses combats ont été dominées par les pathologies psycho traumatiques aiguës et par des troubles d'expressions bruyantes peu spécifique survenant en dehors de toute rencontre traumatique



avec essentiellement des déclenchements psychotiques et des conduites de rupture (fugues, désertion).

Devant la massivité des pertes psychiques, une réalité s'est imposée à tous: la mise en place d'un dispositif de soin original. Il s'est articulé autour de deux types d'interventions: l'une sur le terrain par le biais d'une consultation psychiatrique périodique par des spécialistes se déplaçant sur zone tous les deux mois pour une durée brève et une de l'arrière consistant en l'accueil et la prise en charge des patients rapatriés dans le seul service psychiatrique militaire de l'époque situé à Rabat.

L'enlisement du conflit, son changement de nature a amené la mise en place de deux antennes de proximité en zone opérationnelle et l'ouverture de deux services psychiatriques à l'arrière, l'un à Marrakech et l'autre à Meknès.

Cette montée en puissance des dispositifs de soin n'aura pas été possible sans une formation préalable des psychiatres axée sur une meilleure connaissance du traumatisme psychique, de ses aspects cliniques, psychopathologiques et des modalités de sa prise en charge.

Depuis le cessez le feu, le visage du conflit s'est modifié ainsi que la nature de l'expression des troubles. Actuellement d'autres états pathologiques dominent la scène clinique, à savoir des conduites addictives, des conduites suicidaires et des tableaux cliniques évoluant de façon insidieuse. Plaintes somatiques, troubles anxieux, troubles caractériel avec irritabilité, dégressivité infiltrée d'un sentiment de persécution, nécessitent la prise en compte de la dimension culturelle dans leur approche diagnostic et thérapeutique (10).

Le soldat, mis dans cette situation d'attente, reste toujours projetable sur les différents théâtres d'opérations extérieures de l'armée marocaine, où il est exposé à différentes rencontres potentiellement traumatiques (11).

Une courte observation clinique nous permettra d'en illustrer les manifestations aigües.

Ce jeune sous officier de 27 ans célibataire, technicien radio participe à sa première opération extérieure en République

Démocratique du Congo. Il a été vu en consultation à la demande de son commandement suite à l'apparition depuis son retour de mission de manifestations caractérielles et de trouble du comportement avec désobéissance et refus d'ordre.

Son histoire est marquée par la confrontation répétée à des scènes d'horreur au cours du dernier mois de son séjour, lorsqu'il a été amené à participer au ramassage de cadavres calcinés et mutilés.

Avec difficulté et émotion, il évoque un sentiment d'irréalité, d'étrangeté qui ont ponctuées cette tâche mortuaire. Il s'en est suivi une tendance à l'isolement, des ruminations autour du sens et de l'utilité de son action.

Peu après son retour en zone opérationnelle au Sahara, il a développé un syndrome de répétition traumatique avec des cauchemars réactualisant à l'identique les scènes traumatiques.

Ainsi les effets de la rencontre traumatique se déclinent dans l'immédiat, le post-immédiat et à distance par l'apparition d'un syndrome de répétition traumatique et/ou de manifestations co-morbides (addictions, dépression, modification du caractère et troubles anxieux).

À côté de ces manifestations psycho traumatiques, plusieurs études faites sur des rapatriements sanitaires montrent la prédominance de manifestations anxieuses, dépressives et des troubles de conduites rentrant dans le cadre des troubles de l'adaptation.

Parmi les facteurs de risque inhérent à ce type d'opérations extérieures signalons l'intrication de facteurs individuels, conjoncturels et situationnels liés à la nature même de la mission (11). Avec la prédominance de la question du sens de l'action et de la désillusion

Quant à la prise en charge de la souffrance psychologique, elle est marquée par une insuffisance de repérage des troubles psychiques immédiats, une absence de soins immédiats et post immédiats et par la difficulté de reconnaissance et de prise en charge des troubles différés (12).

Enfin, parmi les situations d'exception que peut traverser un combattant, la captivité en est une des plus infamantes. Celle-ci marque une rupture brutale dans la trajectoire du soldat en le plongeant dans une ambiance caractérisée par l'anomie, l'arbitraire et la violence non régulée (13). Le psychiatre militaire marocain a été à la fois témoin et dépositaire du récit de leur expérience. Plus d'un tiers de ces soldats rapportaient spontanément qu'ils avaient été victimes d'actes de torture et de sévices à la fois corporels et psychologiques. La majorité présentait des troubles psychopathologiques séquellaires de captivité nécessitant une prise en charge et un suivi au long cours. Se pose alors la question de la réparation dont les enjeux sont au-delà de la compensation financière d'abord une inscription dans une perspective thérapeutique et aussi dans une démarche préventive d'éventuelles complications psychiques et socio-familiales.

Le psychiatre militaire marocain est intervenu pour la première fois en opération extérieure dans le cadre d'une action humanitaire de secours et d'assistance aux populations Kosovars.

Nous centrerons notre propos autour de deux axes, le premier concernant la prise en compte de la dimension culturelle et religieuse dans ce type d'intervention, le second apportant une réflexion illustrée de la prise en charge d'une jeune Kosovar témoin de l'exécution d'une partie de sa famille.

L'Hôpital Médico-Chirurgical marocain implanté à Mitrovica du côté albanais a été le lieu d'adresses, de sollicitations et de demandes multiples en matière sanitaire et sociale. La demande de soin a été en partie facilitée par la proximité religieuse entre la population albanaise kosovare et le soldat marocain mais cette proximité apparente ne doit pas empêcher d'identifier et de prendre en considération les codes et les pratiques culturelles de cette communauté.

Les souffrances psychologiques repérées étaient variées avec une prédominance des troubles anxieux. En effet, ceux-ci

représentent plus de deux tiers des troubles diagnostiqués chez les 2800 consultants vus de novembre 1999 à mai 2005, dont la moitié est représenté par un état de stress post traumatiques concernant essentiellement des femmes et des enfants.

D'autres situations viennent rompre de manière brutale les liens familiaux, la structure du groupe social telle que les catastrophes naturelles.

Le séisme d'Al-Hoceima (Maroc) en février 2004, en est un exemple qui a vu l'implication immédiate du psychiatre militaire marocain.

Son activité qui s'est déroulée sur un mois s'est inscrite dans le cadre d'une Antenne Médico-chirurgicale à proximité du lieu du séisme. Elle a consisté en l'accueil et la prise en charge de 214 patients dont les manifestations cliniques étaient dominées par des réactions aiguës au stress, des troubles du sommeil, des plaintes somatiques.

Au-delà des soins individuels, le psychiatre a été témoin d'un double chaos: celui engendré par le séisme et celui de la désorganisation de la chaîne de secours et d'assistance aux populations sinistrées. De sa place de psychiatre il a pu assister aussi à l'émergence d'indices de dysfonctionnement de groupes rescapés, avec des tentatives d'aides maladroites, attitudes de revendication et d'hostilité vis à vis de sauveteurs, d'autorités et même des organisations non gouvernementales présentes sur le terrain dès le premier jour de la catastrophe.

Limites

Les limites de l'intervention se déclinent dans les registres clinique, culturel, et organisationnel.

Dans la sphère clinique, elles interrogent la question du normal et du pathologique en situation d'exception. L'existence, tout comme l'absence, de manifestations émotionnelles ou de troubles comportementaux dans l'immédiat après-



coup d'un événement exceptionnel ne préjugent pas des conséquences psychopathologiques ultérieures de celui-ci. La phase post-immédiate est un temps important durant lequel il va être possible d'en mesurer l'impact. Elle nécessite une attention toute particulière. Or le psychiatre n'est pas toujours présent durant cette phase. C'est là que vont se révéler tout un ensemble de troubles qui nécessitent des soins spécifiques pour éviter qu'ils ne se chronicisent mais surtout qu'ils n'aient des conséquences néfastes, notamment sur l'adaptation sociale du sujet. Les médecins généralistes sur place devraient être capables d'en effectuer le repérage et d'alerter le spécialiste. En effet, la distinction entre les réactions que l'on peut considérer comme normales et les états qui témoignent d'un « stress dépassé » est délicate. Des manifestations évoquant les réactions de stress peuvent perdurer. D'autres peuvent apparaître et s'organiser sous forme d'un trouble psychopathologique durable : une euphorie exagérée d'un sujet qui reste fasciné par ce qu'il vient de vivre, une attitude de retrait très inhabituelle et même un effondrement dépressif, les premières reviviscences et ruminations mentales signant déjà là l'effraction traumatique. Les signes peuvent être plus discrets concernant des éléments de réalité liés aux conditions de vie, d'accueil, et d'hébergement, à la promiscuité. Le discours est alors centré sur un détail (tels les cris d'enfants, les pleurs nocturnes, les ronflements), infiltré d'un vécu projectif à l'égard de certaines personnes comme les voisins de tente. Les conditions de vie déjà difficiles deviennent insupportables (14). Chez les enfants, des manifestations comportementales inhabituelles alertent rapidement les parents. Ce sont le plus souvent des attitudes d'opposition, d'agrippement, de refus alimentaires, des troubles du sommeil (terreurs nocturnes, cauchemars...), ou des plaintes somatiques erratiques. Les manifestations corporelles sont rapidement objet de demandes insistantes qu'il faut savoir entendre. Les difficultés, non verbalisées par l'enfant, peuvent s'exprimer par des activités stéréotypées notamment des jeux répétitifs sans dimension de plaisir, ou des dessins (15). En général, l'expression d'une souffrance, sa durée, son intensité, son caractère inadapté, envahissant, en rupture avec le mode de fonctionnement habituel du sujet, les manifestations d'intolérance des proches sont des éléments à prendre en compte sans tarder. Ils peuvent toutefois être réversibles en quelques jours.

Certaines réactions peuvent être considérées comme des mécanismes de défense mis en œuvre pour se protéger des effets de l'effraction génératrice d'effroi, même les plus bruyantes comme le déni (c'est-à-dire le refus de prendre en compte la réalité, le réel de ce qu'ils ont vécu), la perte de connaissance permettant de se soustraire de cette réalité, ou le développement d'une angoisse ; mais elles ne doivent pas prendre un caractère durable et exclusif, au risque de devenir pathologique. Il y a lieu de rester respectueux de défenses adaptées qui permettent en urgence, au sujet, de se dégager de l'événement. Il faut permettre l'apaisement en permettant l'expression des capacités adaptatives du

sujet. La prescription de psychotrope doit donc être limitée aux situations de désorganisation psychique majeure, aux comportements mettant en danger l'individu mais aussi le groupe.

Autre difficulté : il n'est pas toujours facile de repérer la singularité d'une expérience traumatique ou plus simplement la souffrance psychique chez un individu dont on ne partage pas les repères culturels, caché, abrité par un groupe. Cela nécessite beaucoup d'attention et de temps. Ces personnes peuvent rester discrètes à l'écart, résignées, confiant leur sort aux acteurs de la chaîne des secours, sans dire un mot. Elles attendaient à l'abri sur le lieu des secours sans autre perspective que celle d'un possible retour à leur domicile. Parfois, au contraire, la parole est difficile à maîtriser dans une narration que seul un interprète pourra restituer, imparfaitement. Il sera alors important de s'appuyer sur le groupe, la communauté éventuellement structurée autour d'un leader qu'il est capital de pouvoir identifier pour asseoir son action, ou tout simplement la rendre possible. Mais une prise en compte qui se limiterait au groupe ne permettrait pas d'avoir accès à une souffrance individuelle qui lui est irréductible. Ne pas couper le sujet du milieu dans lequel il se trouve et qui peut avoir un rôle de soutien, et pour autant le re-situer dans un temps, un espace qui appartient à sa propre histoire. Membre d'un groupe, il doit récupérer néanmoins son autonomie. La dimension culturelle est comme nous l'avons vu dans notre exemple d'intervention au Kosovo un facteur majeur quant aux expressions du trauma et à la demande de soins.

Sur le plan organisationnel, de nombreuses questions se posent soudain avec l'arrivée d'une foule qui prend rapidement de l'ampleur. Il est important de savoir où l'on est et ce que l'on fait notamment lorsque le cadre atteint ses limites, quand, par exemple, les capacités d'accueil d'un camp sont en train d'être dépassées, les structures sanitaires débordées par les urgences médicales qu'il faut dès lors « trier », lorsque l'imprévisibilité de la situation peut mettre en péril la vie de milliers de personnes. Il faut faire au mieux et pour cela faire des choix (16). La psychiatrie de l'avant n'est pas une opération de « triage », de catégorisation dans le domaine de la pathologie psychiatrique selon des critères de gravité et de délai de soins comme en chirurgie de guerre ou en médecine de catastrophe. Le psychiatre risquerait rapidement d'être confronté à des choix éthiques inacceptables. Il faut tenter de repérer les sujets les plus en difficulté en privilégiant des interventions simples, qui permettent de faire limite à l'angoisse et à toute dérive imaginaire. Sans connaissance précise de l'évolution du contexte d'intervention, il ne faut pas différer l'accueil des personnes en demande. La qualité du dispositif d'accueil est primordiale et dans ce dispositif, il est nécessaire que le psychiatre soit identifié comme tel. Ainsi, s'il peut aller au devant de certains, il peut aussi être sollicité directement par ceux qui en éprouvent le besoin avec dans certaines circonstances la nécessité d'un temps formel plus long.

Tout dispositif a ses limites. Il n'existe pas d'attitude systématique applicable. L'accueil médico-psychologique est important mais ne fait pas tout, surtout dans un camp de réfugiés. La disponibilité et l'adaptabilité du psychiatre sont des atouts majeurs sans négliger le fait que tout homme ou toute femme a aussi ses limites qu'il importe de ne pas dépasser. La possibilité de maintenir une certaine hygiène de vie et notamment des temps de récupération tant physique que psychique est un facteur d'efficacité et de durabilité.

En milieu militaire, le rôle du psychiatre consiste aussi à expliquer aux cadres la nature du retentissement psychologique, individuel et collectif. L'encadrement peut et doit prendre conscience qu'il est concerné et impliqué dans le fonctionnement du groupe, et doit être en mesure de repérer des signes précoces de dysfonctionnement de ce dernier, telles que l'augmentation du nombre de consultations médicales, la multiplication de troubles des conduites ou de manquements à la discipline. L'action du psychiatre vise, dans une telle situation, à poser les questions en amont, à la source de ce dysfonctionnement, et à souligner que l'application de sanctions disciplinaires, si elle est la seule réponse à la souffrance psychique exprimée, ne résoudra en rien les difficultés. Le renforcement de l'implication des cadres de contact dans la vie quotidienne de leurs hommes, l'organisation des loisirs, une meilleure structuration de l'emploi du temps, l'aide apportée aux soldats en difficulté sont les meilleurs moyens pour lutter contre la désorganisation qui gagne le groupe. Il faut insister ici sur les conditions situationnelles de la mission. L'identification de chaque sujet à la figure du chef et son adhésion aux valeurs du groupe sont des facteurs faisant diminuer le risque de troubles

psychiques quand ils existent. Un chef apprécié et respecté, la présence d'un idéal collectif puissant sont d'importants facteurs de prévention sur le plan psychiatrique. Un bon entraînement, une bonne cohésion du groupe sont autant d'éléments positifs permettant d'élever le seuil de résistance de chaque combattant. La forme et le lieu des opérations, ainsi que la nature de la mission sont aussi très importants. On observera en effet plus de troubles en situation statique, quand les possibilités d'action sont faibles ou nulles, que lorsque l'action est intense. Les conditions de confort ainsi que la fatigue tiennent aussi une place notable dans la genèse des troubles, comme nous l'avons déjà précisé.

Le travail d'analyse, de compréhension et d'information qu'effectue le psychiatre peut parfois déclencher des attitudes passionnelles. Il peut par exemple lui être reproché de « psychiatiser » des situations afin de soustraire des sujets à la rigueur de la discipline. La gestion de ce type de réactions implique de ne pas y répondre du côté de l'affrontement et de la prestance, en faisant porter la réflexion sur la situation elle-même, et non sur les énoncés de chacun dans une mise en cause des personnes. L'acceptation des conseils du psychiatre sera d'autant meilleure que celui-ci aura permis à l'ensemble des personnels de se familiariser avec son action, en ayant provoqué des prises de contact régulières, notamment avec les cadres de tout niveau, hors d'un contexte d'urgence et de crise déclarée. Il contribue ainsi à régler les problèmes qui lui sont soumis dès leur survenue, avant qu'ils ne prennent une ampleur préjudiciable au groupe. Il faut aussi veiller à ne pas dramatiser sa présence lors de visites pouvant être perçues comme intempestives, et interprétées par les personnels comme un signe de leur



défaillance, ou par l'encadrement comme un doute sur ses capacités de commandement.

La contribution des médecins d'unité aux actions préventives et au soutien psychologique des unités est très importante, en raison de leur contact permanent avec la troupe, et de leur connaissance des personnels qui la constituent. Quelles que soient les mesures prises, ils en constitueront toujours les relais indispensables. La présence non loin d'eux, sur le terrain, d'un spécialiste qu'ils peuvent consulter à tout moment, peut leur permettre d'être, dans certaines circonstances, guidés – l'intervention du spécialiste n'étant pas toujours possible matériellement, ou parfois même sembler peu opportune.

Implications éthiques

Comme nous l'avons vu, en situation d'exception, le psychiatre n'est pas seul. Il intervient dans un dispositif. Néanmoins, il ne manque pas de s'interroger sur le sens de cette intervention (17). Le questionnement éthique est au fondement de sa pratique, dans une tension permanente entre savoir et savoir-faire, ici redoublée par la présence de tiers. Il ne s'agit plus seulement de la relation duelle mais nous l'avons dit, de cette relation en lien et sous l'œil de la société, des media, des familles, des associations, du milieu médical lui-même. En milieu militaire, c'est celui du commandement et de la chaîne hiérarchique du Service de Santé. Tous ces intervenants sont en demande et anticipent à présent une réponse au nom de valeurs collectives telles que la responsabilité, la reconnaissance de la souffrance, la solidarité, et la réparation entre autres. Pour autant, le praticien ne saurait agir d'une manière « systématique » et il est amené à replacer son intervention dans une réflexion au cas par cas, que ce soit au niveau de l'indication d'une intervention, ou de la nature des soins à mettre en place.

Première question, celle de l'indication et de la nature de l'intervention.

En milieu civil, en France, à la demande croissante des pouvoirs publics, le déploiement des secours médico-psychologiques est très codifié et se fait dans le cadre des plans Rouge et Blanc, dans l'articulation entre directeur des secours médicaux et responsable de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique. Dans les armées françaises, la responsabilité en incombe au Consultant National dans la spécialité, sollicité par le commandement, lui-même conseillé par le médecin d'unité, qu'il s'agisse d'un événement survenant dans une unité stationnée sur le territoire national ou déployé en mission extérieure. Mais au Maroc, ce filtre n'existe pas. Lorsqu'un ou plusieurs praticiens sont dépêchés par la hiérarchie, ils doivent veiller à rester maître des moyens qu'ils vont mettre en œuvre face à la situation dans laquelle ils vont être plongés. Dans la précipitation, au nom de croyances véhiculées par la médiatisation croissante des interventions voire d'une doctrine dans la conduite des soins, il ne saurait être question de leur imposer a priori

ce que va être leur intervention. Il arrive d'entendre une demande d'intervention formulée en terme de demande de débriefing, alors que la situation ne réclame pas nécessairement la mise en œuvre de ce type de technique. De même, il revient au psychiatre de déterminer qui aura besoin de quoi, et dans quel ordre, circonscrire clairement le groupe des impliqués, voire les sous-groupes selon le déroulement de l'événement : aller au devant de tous certes, mais plutôt que trier, hiérarchiser les priorités et adapter les interventions. Les plus atteints et les plus démunis nécessitent une attention et des soins immédiats et individuels. Mais les plus résistants ou apparemment indemnes doivent également être pris en compte, ne serait-ce que pour une information et l'organisation de soins post-immédiats. Il reste que même dans ce contexte, le principe de liberté prévaut. Hormis celui de l'urgence psychiatrique, il convient toujours de proposer et de ne pas imposer, faute de quoi la rencontre et le soin peuvent se révéler très aléatoires. Ceux qui déclineront l'offre n'en seront pas moins considérés, pour mieux préserver la possibilité d'une demande ultérieure si elle s'avère nécessaire. Et cela devra leur être dit : la prise en compte de la souffrance psychique ne s'arrête pas aux premières heures ou aux premiers jours d'une telle intervention. Ce qui renvoie à la question du sens de prises en charge précoces qui ne pourraient être articulées à la possibilité même d'un suivi ultérieur.

Deuxième question, celle de l'information aux tiers.

C'est un aspect incontournable de l'intervention en situation d'exception qu'elle soit à destination du commandement, des pouvoirs publics, des media et des familles. Cependant elle ne saurait incomber au psychiatre, sous couvert qu'il est un « professionnel de la parole ». Son intervention, qui se situe dans un registre technique, se fait au profit des impliqués (victimes et sauveteurs), ce qui n'exclue pas un contact et un soutien des familles. La confidentialité et le secret professionnel doivent rester des repères intangibles. Le psychiatre doit ainsi protéger les patients dont il aura la charge en n'acceptant pas l'incursion de tiers non directement impliqués dans le processus de soins. Par contre, il sera amené à communiquer sur la nature et l'étendue de son action, ne serait-ce que pour obtenir les moyens en locaux et en personnels, en dispositifs d'évacuation dont il pourrait finalement, après évaluation, avoir besoin.

En milieu militaire, ceci se double d'une position dans l'institution tout à fait particulière (18). Le psychiatre est un médecin, préoccupé en premier lieu du sort de ses patients, mais il est aussi le conseiller du commandement qui l'a sollicité. Il lui revient de donner des éléments concernant l'indisponibilité des personnels car le commandement est également et légitimement préoccupé de la poursuite de sa mission et a besoin de savoir dans quelle mesure il va devoir la réajuster. Dans le même temps, il lui faudra se préoccuper de la santé mentale du groupe, impliqués et non impliqués. Il lui incombe de repérer les mouvements psychiques au



sein de cette communauté dont la structuration est parfois mise à mal par la situation d'exception : remise en cause de l'idéal, revendication vis-à-vis de telle ou telle catégorie de personnels, rumeurs, phénomènes de bouc émissaire, sont autant de chausse-trappes qu'il faut décrypter suffisamment tôt et partager avec le commandement pour les désamorcer. Dans cet entre-deux, il n'est pourtant ni du côté des uns, ni du côté des autres. C'est ce que G. BRIOLE entendait par le concept de « neutralité active » (19) et par celui d'« extimité » issue du champ psychanalytique.

Troisième question, celle de l'engagement personnel du psychiatre dans le soin,

qui n'est guère différente de celle qui se pose en pratique habituelle, quoi qu'elle comporte un écueil spécifique. La rencontre avec le sujet traumatisé peut surprendre, sidérer parfois, voire bloquer la capacité de penser. Si le psychiatre doit se rendre disponible en s'extrayant de sa propre histoire, la distance excessive ou le refuge dans le savoir, s'ils permettent de se protéger, peuvent ici s'avérer particulièrement violents pour le sujet. Il faut à la fois lui permettre de parler et l'aider à ce que son discours puisse se boucler pour faire ainsi limite à son angoisse.

Enfin, nous concluons cette partie de notre étude avec le rappel de la possibilité, pour le psychiatre en situations d'exception, d'être confronté à des actes, qu'il s'agisse de violences physiques ou psychologiques, contrevenant aux conventions humanitaires internationales comme aux principes éthiques les plus élémentaires (20). Il n'est pas question alors d'accepter de compromis en laissant pratiquer ou en feignant d'ignorer de tels actes. En de telles circonstances, l'information du commandement, lui aussi opposé à de telles conduites, prend toute son importance.

Perspectives

Forte de l'ensemble de ces considérations, notre réflexion se tourne à présent vers les ouvertures et les perspectives d'avenir concernant la prise en compte des situations d'exception par les psychiatres militaires marocains, dont on aura compris qu'elles dépassent le cadre strict de la pratique au sein des forces armées, mais qu'en retour, elles ne seront pas sans conséquences sur cette même pratique. Ce mouvement d'aller-retour est d'ailleurs le garant d'une remise en question et d'une évolution constante de la technicité des praticiens militaires.

Tout d'abord, il apparaît nécessaire la mise en place d'un programme national de lutte contre les conséquences des catastrophes. Il existe déjà une Association de Lutte Contre les Conséquences des Catastrophes, mais elle ne peut continuer à œuvrer seule. La reconnaissance d'un véritable enjeu de santé publique, l'inscription dans les priorités sanitaires du pays passent par une réflexion et un partenariat avec les ministères concernés, Intérieur, Santé, Défense. Nous pouvons nous inspirer de l'expérience et des questions non encore résolues de l'autre côté de la Méditerranée, sans nécessairement tout transposer à l'identique. Dès à présent toutefois, il semble pertinent que ce programme commence par travailler dans quatre directions, recouvrant celles qui avaient été retenues lors de la mise en place de la Loi Emmanuelli promulguée en France en 1997 (21), à l'origine de la création des réseaux d'urgence médico-psychologique : l'élaboration de procédures encadrant l'intervention, la formation des intervenants potentiels, la création d'équipes clairement identifiées pour l'action sur le terrain et l'encouragement au développement de travaux de recherche en la matière.

Les procédures reposent sur la réponse à des questions simples : « Qui fait quoi ? », « À quel moment ? » tout en étant capable de l'adapter aux circonstances de terrain. Cette démarche est à accomplir également au sein du Service de Santé Militaire marocain afin d'éviter le systématisme et d'atteindre une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens à mettre en œuvre. Dans tous les cas, elles doivent faire l'objet d'une évaluation systématique, afin de les améliorer et des les rendre plus performantes à la lumière de l'expérience acquise.

La formation est un volet capital car elle fait actuellement défaut. Elle doit concerner les psychiatres en premier lieu, mais aussi les psychologues cliniciens et les infirmiers en psychiatrie jusqu'à présent absents des interventions, mais dont on peut déjà anticiper qu'ils sont une ressource non négligeable pour optimiser celles-ci. Elle doit également se faire en direction des étudiants en médecine et des médecins généralistes, en première ligne dans bien des régions. Dans les armées, il est impératif que les médecins d'unité bénéficient également de cette formation, en lien avec les psychiatres militaires de leurs hôpitaux de rattachement dont ils pourraient alors devenir des collaborateurs plus efficaces. Le contenu doit porter sur la clinique mais aussi sur l'abord des impliqués et sur les techniques de prise en charge individuelle et collective.

Nous pensons également à la création d'équipes multidisciplinaires sur le mode des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, régionales et nationales. Des référents techniques de proximité doivent être attribués à chacune d'entre elles, et des réunions régulières de formation continue doivent être organisées. Ces référents pourraient être dans un premier temps les psychiatres militaires expérimentés, ayant déjà été sollicités pour des interventions sur le terrain. Basées sur une capacité de mobilisation rapide, il convient toutefois de ne pas réduire ces équipes à l'action et de les engager dans une réflexion continue sur leurs pratiques.

Enfin, tout ceci doit faire l'objet de travaux de recherche sur les aspects cliniques, organisationnels et thérapeutiques mais également en matière d'épidémiologie. Ces derniers doivent tenter de cerner l'impact des catastrophes sur l'individu et la communauté. Pour se faire, un important travail consiste à déterminer quels sont les indicateurs pertinents pour évaluer cet impact et à les mettre à l'épreuve au fur et à mesure de l'accumulation des données. Les équipes sur le terrain doivent pouvoir faire part de leur retour d'expérience, afin de lancer d'autres travaux de recherche.

Conclusion

On le voit, les tâches du psychiatre en situation d'exception sont multiples, à la croisée du soin, de la prévention et de l'expertise. Le contraste entre l'exercice de la psychiatrie, qui repose sur le singulier, et l'institution militaire, organisée autour d'une certaine idée du collectif, n'est qu'apparent, comme nous avons essayé de le montrer. Il n'empêche que le psychiatre doit toujours être nettement conscient de sa spécificité professionnelle, avec les droits mais aussi les devoirs qu'elle comporte, devoirs liés à l'éthique médicale :

en dernière analyse, la primauté doit être réservée à son rôle d'assistance aux individus en souffrance. Le lieu où il exerce doit représenter pour ceux-ci un territoire neutre et un espace de parole où ils pourront être écoutés et pris en considération en tant que personnes, et non pas seulement en tant que membres d'une collectivité.

Bibliographie

- Crocq L. Perspective historique sur le trauma. Les traumatismes psychiques, Paris, Masson, 2001 : 23-64
- Crocq L, Sailhan M, Barrois C. Névrose traumatique, névrose d'effroi, névrose de guerre. Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, Paris, Masson 1990 : 253-261
- Prieto N. Epidémiologie du traumatisme psychique. les traumatismes psychiques, Paris, Masson 2001 : 65-77
- Briole G, Bordier A. « exigences des medias et éthique du psychiatre militaire » Médecine et Armées, 1995 ; 23 : 481-484
- Freud S. « Au delà du principe du plaisir » Essais de psychanalyse, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1981 : 42-115
- Freud S. « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort » Essais de psychanalyse, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1981 : 7-32
- Lebigot F. « Le traumatisme psychique » Revue francophone du stress et du trauma 2004 ; 4 (1) : 5-11
- Cremniter D. « Le réel du symptôme à partir de l'expérience traumatique » Revue francophone du stress et du trauma 2002 ; 2(2) : 79-82
- Salmon T.W. « the care and treatment of mental diseases and war neurosis » British Army Ment Hyg, 1, 1917 : 509-547
- Othmani O. Psychiatrie de guerre bilan de la consultation périodique en ZO durant l'année 198, thèse de médecine n 61, 1991 ; Faculté de médecine et de pharmacie Rabat
- De Montleau F, Favre JD, Moraud C. « Facteurs de risque des troubles psychiques survenant lors des OPEX » Annales médico- psychologiques, 1998 ; 156 : 460-471
- Jolly A. « Evénements traumatiques et états de stress post traumatique, une revue de la littérature épidémiologique » Annales médico- psychologiques 2000 ; 158 : 370-379
- Vallet D. otages de guerre, Psychiatrie militaire en situation opérationnelle, Paris, Addim 1998 : 201-205
- Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir, Rapport du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Paris, Masson 1994
- Taieb O et Coll. « Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent », EMC, 37-200-G-60
- Mèle E, Boisseaux H, De Montleau F. « Nouvelles agressions, des dispositifs de soins à repenser : réflexions autour d'un cas d'exposition à une menace biologique » Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2004, tome VIII, n 72 : 19-21
- Favre JD, Vallet D. Déontologie des pratiques médicales dans les armées, rapport technique auprès du comité consultatif de santé des armées, Paris, EASSA 2004
- Vallet D, Favre JD. « Spécificités de la psychiatrie dans les armées » Médecine et Armées, 2005 ; 33 : 389-394
- Briole G. Neutralité active, Psychiatrie militaire en situation opérationnelle, Paris, Addim 1998 : 25-34
- Clervoy P. Principes éthiques et conventions internationales, Psychiatrie militaire en situation opérationnelle, Paris, Addim 1998 : 279-286
- Circulaire du 28 MAI 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe : bulletin officiel, ministère de l'emploi et de la solidarité 97/44

Actualité scientifique

méditerranéenne et occitane

Gaillac, les 19, 20 et 21 septembre 2008 : deuxièmes rencontres cinépsy Nouvelles scènes de la vie familiale*

Si vous passez par Gaillac, dans le Tarn, vous pourrez y trouver de bonnes cuvées de vin blanc ou de vin rouge. A la période des vendanges, les 19, 20 et 21 septembre, il est possible aussi d'y découvrir une cuvée originale, unique, produite tous les deux ans composée de deux cépages. L'un prend racine dans le cinéma et l'autre dans l'écoute familiale. Cette année les *deuxièmes rencontres cinépsy*, congrès international de psychanalyse familiale, organisé par l'AFRERI-Cépheide, le Cercle des Thérapeutes Familiaux du Grand Sud-Ouest, en partenariat avec la Société Française de Thérapie familiale Psychanalytique, avait pour fil conducteur « Nouvelles scènes de la vie familiale ».

Dans la présentation, Anne LONCAN, qui préside à l'organisation de ces journées nous annonce : « Le pari de ce congrès aux allures de festival est de permettre une rencontre fructueuse où création et créativité ont rendez-vous : à partir du dialogue entre professionnels du cinéma, psychanalystes familiaux et public est escomptée une avancée dans la compréhension des aspects déroutants de la famille contemporaine à travers les 8 films qui seront visionnés durant ces trois jours. Cette confrontation sera l'occasion d'approfondir les connaissances sur l'énigme mouvante qu'est la famille ».

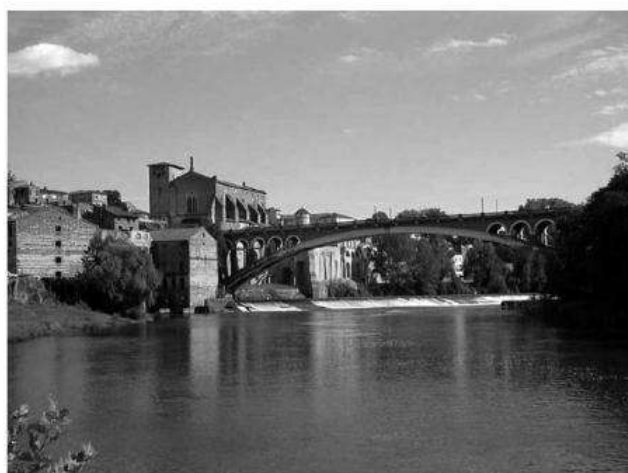
Se sont alors succédés des professionnels de la thérapie familiale psychanalytique français et européens ainsi que des professionnels du cinéma, pour confronter et débattre de leurs points de vue sur des mutations familiales engagées dans un mouvement de transformation dont l'accélération est sans précédent. Beaucoup d'auteurs de référence dans ce domaine avaient été conviés à contribuer à cette cuvée. Ce petit compte-rendu restitue succinctement quelques échanges, prenant le parti de ne pas citer les auteurs de tel ou tel propos, mais de les intégrer dans une globalité (* voir liste des intervenants). Il se sont mis à table sur *idéaux et liens intersubjectifs* et se sont quittés sur *paradoxes de l'intime* et une projection-fiction...

...en 2027.

Comment écouter ou représenter la multiplicité des configurations familiales qui s'éloignent actuellement de plus en plus du modèle nucléaire dont la référence reste pourtant dominante tout en devenant minoritaire. Un des effets de ce mouvement est une désinstitutionalisation du lien familial et une recherche de nouveaux modes d'exercice de l'autorité. Cette multiplicité se retrouve dans le cinéma et dans les consultations. Traversé par ces mouvements, le thérapeute est là pour accueillir, écouter la souffrance des liens, et rester dégagé des débats publics et parfois des tentations de jugements concernant ces mutations. Le cadre thérapeutique n'est pas structurellement remis en cause car chaque famille a son propre style pour construire ce cadre.

Quelles que soient les compositions ou recompositions, le lien à l'enfant reste au cœur de la vie familiale. L'enfant participe à la constitution, à la protection et à la cohésion de la famille, une famille où sont actifs le niveau des états du lien, registre d'indifférenciation très sollicités dans le travail thérapeutique, et le niveau de la structure du lien, marquée par différents registres de différenciation.

L'autorité fut aussi largement questionnée dans ces multiples mutations, autorité qui n'est l'apanage ni du père, ni de la mère, appartenant à l'un comme à l'autre. L'idée simpliste d'effondrement de la triangulation œdipienne



Gaillac.

* Compte rendu par Thierry Berquière.

cache des phénomènes plus complexes. Le mythe théorique d'un père qui viendrait dégager d'une relation fusionnelle doit évoluer, le paternel n'étant plus à envisager comme représentant d'une menace mais comme force d'attraction. L'autorité pourrait être envisagée sous l'angle d'un phénomène transitionnel.

Si l'enfant est au cœur du lien familial, la transmission est au cœur de la souffrance des liens. Les familles s'adressant aux thérapeutes ne peuvent s'inscrire dans une continuité historique. Le travail de la transmission n'est pas seulement de donner mais de donner les conditions pour que cela puisse être pris.

Dans tous ces débats, les spécialistes du cinéma ont remarquablement analysés les champs et hors-champ de la caméra mais aussi des multiples aspects de la mise en scène à l'écran de la vie familiale.

Prochaine cuvée en 2010...

Intervenants Cinéma :

Luc Cabassot, ACREAMP, Toulouse – Nicolas Canivenc, professeur, Toulouse – Ludovic Graillat, Pôle National Ressources Cinéma – Isabelle Labouillère, PRAG à l'ESAV, Toulouse – Giselle Ruiz, professeur d'histoire de l'art, spécialisée en Image et Cinéma, Toulouse – Francis Schall, journaliste de cinéma, Toulouse – Alice Vincens, professeur à l'ESAV, Toulouse – Jean-Philippe Vivès-Carral, cinéaste, Toulouse – Jean Zeid, journaliste de cinéma, Toulouse – Et Maria Isabel

Ospina DeLosRios, réalisatrice, Toulouse/Cali (Colombie) qui introduira la projection de chaque film.

Intervenants Psy :

Thierry Berquière, psychologue, Béziers – Françoise Boudou-Orliac, TFP-, Toulouse – Brigitte Carrière, psychologue, Albi – Isabelle Chéry, psychologue TFP, Tarbes – Juan Gonzalez Rojas, psychologue TFP, Madrid – Paloma De Pablos, psychologue TFP, Université de Madrid – Barbara de Rosa, psychologue, Université de Naples – Alberto Eiguer, psychiatre, Université de Paris 7, président de l'Association Internationale de Thérapie Psychanalytique de Couple et de Famille – Evelyne Grange, psychologue, Université de Lyon 2, présidente de la SFTFP – Evelyn Granjon, pédopsychiatre TFP, Marseille, ancienne présidente de la SFTFP – Bertrand Guéry, psychologue TFP, Marseille – Rosa Jaïtin, psychologue TFP, Lyon, Université de Paris – Alain Lafage, psychologue TFP, Albi – Pierre Laloum, psychiatre, Cahors – Michèle Lamothe, psychologue TFP, Toulouse – Nadine Liévoux, psychothérapeute spécialisée en psychopathologie du bébé, Albi – Anne Loncan, pédopsychiatre, TFP, Albi, présidente du CTFP-GSO – Françoise Mével, psychologue TFP, Bordeaux – Gérard Mével, psychiatre TFP, Bordeaux – Claude Rosenthal, pédopsychiatre, Albi – Jeanine Sertain, psychologue TFP Niort – Jean-Louis Sourgen, psychiatre TFP, Toulouse – Martine Vermeulen, psychologue TPC, présidente APCA, Bruxelles.

Centenaire de l'institut de formation en soins infirmiers de Béziers (année 2005 : rappel)*

L'année 1905 est celle de la Séparation des Eglises et de l'Etat. Les religieuses ne soignent plus dans les établissements de soins publics : elles sont remplacées par du personnel non formé, ce qui pose problème. Béziers fait alors appel à Anna Hamilton qui dirige la maison de Santé Protestante de Bordeaux. Cette dernière envoie Mademoiselle Luigi, française formée au London Hospital, qui vient créer une école d'infirmières à Béziers.

Ce 100^{ème} anniversaire fut marqué par une semaine riche en conférences, visites d'expositions-photos retraçant l'histoire de l'Institut, ateliers de soins et échanges entre publics et soignants.

L'équipe de l'Institut au complet, dirigée par Madame Dényayrolles, réussit, du jour de l'inauguration du centenaire dans l'amphithéâtre de l'IFSI, jusqu'à la clôture au Palais des Congrès, à intéresser un grand nombre de participants. Dans

le domaine de la psychiatrie, Madame Bernadette Lauret, psychologue au service des urgences du Centre Hospitalier de Béziers, proposa une très intéressante conférence sur « *corps et psyché* ».

Lors de la cérémonie de clôture au Palais des Congrès, Madame Françoise Loux, anthropologue, et Messieurs Magnon et Camou, directeurs des IFSI, nous parlèrent de l'histoire et de l'évolution des soins infirmiers, réveillant chez les anciens élèves la fierté d'avoir appris leur métier dans cette Ecole déjà témoin d'un siècle de formation.

En ces temps où il n'est pas inutile de rappeler le rôle d'un établissement hospitalier du service public en matière de formation des infirmiers... depuis un siècle, et compte tenu du partenariat privilégié entre l'hôpital de Béziers et Psy Cause, il m'est apparu opportun de publier une information sur cet événement, même avec un recul de trois années.

* Compte-rendu de Mila Ramon, infirmière, Béziers.

Colloques et Conférences

Santé mentale et pouvoir politique : quelle dialectique ?

XIII^e colloque interrégional Et premier congrès national de Psy Cause

Au Mans, le vendredi 5 juin 2009

La revue Psy-Cause, au delà d'un simple jeu de mots, se donne comme champ, d'être un espace de pensée, autrement dit de causer la psychiatrie. Le propre d'une pensée, c'est un travail de lien entre passé et présent, entre différents champs des connaissances et des pratiques.

L'histoire de la psychiatrie, depuis le mythe de sa naissance avec PINEL, est jalonnée par des concepts clés qui scandent cette histoire. Son premier âge c'est l'aliénation mentale, son deuxième âge c'est la maladie mentale, sa période de latence c'est les structures psychopathologiques.

Actuellement, la psychiatrie est confrontée à son adolescence c'est-à-dire la question de sa maturité avec le concept de la santé mentale.

En effet, il est grand temps de cesser de définir la santé par l'absence de la maladie et de réduire la complexité de l'humain à des structures psychopathologiques. Ce dont il s'agit, c'est de penser cette complexité qui forme notre santé.

Le treizième congrès interrégional de Psy-Cause et qui est le premier congrès national, se donne comme objectif d'aborder la santé mentale sous l'angle du pouvoir politique. Quatre axes se profilent pour décliner ce travail :

1. le lien entre la santé mentale et le pouvoir qu'il soit intime ou public,
2. l'alien nation ou l'instrumentalisation de la santé mentale par les pouvoirs politiques,
3. la république psy ou l'utopie sociale des institutions psychiatriques de l'asile au secteur,
4. pour une politique de santé mentale ou la triple articulation des élus politiques, des structures administratives et des acteurs de santé mentale.

Youssef Mourtada

Prix de la formation, repas de midi inclus :

- participants non abonnés à la revue et bénéficiant d'une prise en charge par la formation permanente : 90 €
- participants abonnés et/ou n'ayant pas de prise en charge : 45 €
et possibilité sur place d'abonnement à un tarif préférentiel.

Bulletin d'inscription

Bulletin à retourner au Secrétariat du Docteur Jean-Paul BOSSUAT
Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

N° agrément Formation Continue : 93840166884

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250

N° SIRET : 44519187700015 – N° SIREN : 445191877 – N° APE : 804C

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. fixe : Portable :

Courriel : Fax :

Joindre un chèque à l'ordre de Psy Cause correspondant au coût de la formation.

Les projets de Psy Cause

Le corps et l'esprit

Ce thème sera visité par notre revue tout au long de l'année 2009, jusqu'à sa conclusion en avril 2010 à Marrakech. L'étude des déclinaisons des liens entre le corps et l'esprit reposera sur une série de séminaires dont le premier en date s'est déroulé le 6 décembre 2008 à Villeneuve Lez Avignon. Pilotée par Brigitte Manivel, notre rédactrice en chef psychologue et psychanalyste, cette série d'exposés présente le point de vue de divers professionnels concernés par cette problématique (médecins spécialistes des maladies psychosomatiques, psychanalystes, ostéopathes etc...).

Un aphorisme de Jacques Lacan qui a inspiré le nom de notre revue (Psy Cause) déclare que « *la cause cause toujours* ». Elle cause par la parole, elle cause aussi *par* le corps comme nous l'ont enseigné les hystériques et *dans* le corps comme on le constate en psychosomatique. L'être humain est un « parlêtre » structuré dans les rets du langage : si l'hystérie est l'expression du langage par le corps, la maladie psychosomatique est liée, nous dit Philip Pongy le 6 décembre, à une défaillance du langage dans le corps, à un défaut de fantasme face à une situation traumatisante. Le dernier intervenant du séminaire du 6 décembre, Laurent Coudert, était un ostéopathe. Il nous a exposé comment il pouvait lire sur le corps toute une cartographie de l'être humain dans sa globalité.

Rappelons que cette confrontation à une diversité d'acteurs de la psy est l'un des principes fondateurs de la revue. Psy Cause est une revue « pluriprofessionnelle » qui s'adresse à

toutes les professions exerçant dans une même discipline : la psy. L'ourse de la revue précise que « *le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef* ». Cette « diversité » est présente à la tête de Psy Cause au niveau des deux rédacteurs en chef : Pierre Évrard, psychiatre des hôpitaux, élève de Balvet, qui définit la psychiatrie comme étant une institution qui s'institue comme un mode d'échange interhumain ; et Brigitte Manivel, psychanalyste avec une formation de psychologue, exerçant en cabinet, et qui est à l'origine de cette thématique sur 2 ans.

Deux temps forts vont ponctuer nos travaux. Le premier est, du 14 au 25 juin 2009, un **congrès croisière de Moscou à Saint Petersburg** sur le thème « *Les langages de l'être, quand l'esprit parle au corps* ». Cette manifestation est co-organisée par Tatiana Bérégoavaia, psychiatre franco-russe, et Brigitte Manivel. Elle sera l'occasion d'échanges avec des collègues russes en pointe sur cette question.

Le second temps fort sera en avril 2010 à Marrakech. Sa mise en place est co-pilotée par Ikrame Brando, psychologue franco-marocaine, et Rahoua el Hassan, psychiatre directeur de l'hôpital psychiatrique de Marrakech. Nous y déclinerons notre thème en y intégrant la dimension du sacré et l'utilisation privilégiée de l'expression corporelle comme thérapie des maladies de l'esprit, depuis des temps très reculés au Maroc.

Séminaire dans la maison natale de Freud

La petite ville tchèque de Pribor, située dans le nord de la Moravie, abrite un tout nouveau musée inauguré le 26 mai 2006, à savoir la maison natale de Sigmund Freud. Dénommée Freiberg au temps de l'ancien Empire Austro-Hongrois, cette cité avec sa charmante place rectangulaire délimitée par des arcades, fut le lieu de la première enfance de l'inventeur de la psychanalyse. En 1931, à l'occasion de la pose d'une plaque commémorative sur la façade de la maison des Freud célébrant le 75^{ème} anniversaire de sa naissance, Sigmund Freud écrivit : « *j'ai quitté Pribor à l'âge de 3 ans et ai visité ensuite cette maison à l'âge de 16 ans : j'étais l'hôte de la famille Fluss. Et puis je n'y suis plus jamais allé (...). Il est aujourd'hui difficile pour un homme de 75 ans de se réintroduire dans ce temps de jadis, dont les riches contenus n'ont laissé en sa mémoire que de faibles restes. Cependant je suis sûr d'une chose : cette enfance heureuse à Pribor est demeurée profondément ancrée en moi-même qui étais le premier-né de ma jeune mère et qui reçus de cette ambiance et de cet endroit, des premières impressions ineffaçables.* »

Ivan Galuzka, psychologue tchèque, correspondant de Psy Cause et auteur dans le N°46 de notre revue, d'un article intitulé « *Un nouveau musée dans la maison natale de Freud* », coordonne sur place notre projet de séminaire.



La Médina, Marrakech.



Ivan Galuzka dans la chambre du petit Sigmund.

Il sera assisté de Petr Taraba, psychiatre tchèque à Opava, impliqué dans Psy Cause depuis les débuts de notre revue. Notons que le maire de Pribor a procédé en 2005 au rachat de cette demeure alors propriété privée, pour ouvrir au public ce musée en mai 2006, c'est-à-dire à l'occasion du 150^{ème} anniversaire de la naissance de Freud. Depuis, toute une dynamique autour du grand homme habite Pribor : une rue Freud, un hôtel Freud, la bière de Freud avec une belle étiquette du psychanalyste à consommer dans les bars, des magasins de souvenir et un festival annuel de Freud avec danses folkloriques ...

Ce séminaire de psychanalyse devrait se dérouler à l'automne 2010 et traiter la question de *l'enfant chez l'analysant*. Brigitte Manivel pilotera avec le directeur de la revue ce projet.

Art et psychiatrie

L'art est une interface entre le normal et le pathologique. Ce n'est pas un hasard si nombre d'institutions psychiatriques investissent dans le fonctionnement d'une unité de thérapie par l'art, qui a souvent vocation à être une vitrine. C'est que lorsque la production artistique des patients s'affiche, l'inquiétante étrangeté de la folie se dissipe. Cette démarche est à l'inverse du traitement sécuritaire mis en avant dans notre pays. Certes ce dernier ne concerne pas que la maladie mentale mais il attise de vieilles peurs capables de conduire à un retour du grand enfermement. Dans le contexte actuel, promouvoir l'art en psychiatrie est une forme de résistance... et une cause prioritaire pour notre revue.

Didier Bourgeois a programmé, à Montfavet le jeudi 12 mars 2009, une matinée scientifique intitulée « *La place de la médiation artistique dans les thérapies* » avec la participation du Forum des thérapies à médiation artistique (équipe de René Padelon, Centre hospitalier de Montfavet), du centre Valétudo (équipe de Jean-Marc Boulon, clinique psychiatrique de Saint Rémy de Provence), et de l'IRFAT (institut de formation en art-thérapie d'Alain Gleize, Avignon). Le programme et le matériel d'inscription, en cours de finalisation, vont être largement diffusés et accessibles sur le site internet de Psy Cause (<http://psycause.fr.st>).

Un autre projet à une date ultérieure, est un colloque à l'hôpital de Béziers animé par Jean-Louis Aguilar et Sabine Rigot-Lacroix, art-thérapeutes au Centre Camille Claudel.

Jean-Paul Bossuat

« Parentalité : vous avez dit fragile? »

XIX^{èmes} rencontres nationales de périnatalité de Béziers

**23 et 24 avril 2009
Palais des congrès**

- Etat des lieux des pratiques autour de la naissance.
- Analyse de ces pratiques: origines et conséquences.
- Envisager des axes de réponses possibles.

INSCRIPTIONS : Mme BADIOLA
MAISON JEAN GAILHAC – 04 67 49 87 00

Exp : *Mario Mella*
EDITION



PsyCause

Un grand dess(e)in pour la psychiatrie

Le « BEST-OFF » des DESSINS de Didier BOURGEOIS

Psy-Cause, la revue, existe depuis maintenant treize ans. Dès sa conception, elle a été ouverte à tous les intervenants de psychiatrie et sa particularité réside dans le fait d'être, depuis le premier numéro, illustrée par des dessins d'humour. Paradoxalement, tout se passe comme si les articles n'avaient été que des prétextes à des dessins. Et ce recueil, constitué en un numéro spécial, très spécial, peut tout aussi bien contribuer à une relecture subversive mais pleine de tendresse de la Psychiatrie dans tous ses états. En tout cas, Psy-Cause en a le dessein.

Qu'il navigue des troubles de l'humeur à l'humour qui trouble, dans la psychose comme perte de métaphore, dans la paranoïa et la dépressivité ambiante, l'humour se veut thérapie brève, explosive ou non-dupe, alchimie pour une antidote, injonction retard, et correcteur à la fois. Que ce soit par le dessin ou le jeu de mots, il décale le propos et trace ainsi des perspectives insoupçonnées. Didier Bourgeois est psychiatre, par accident de l'histoire. Par ses initiales, son destin aurait pu, dû, le faire évoluer dans la Bande Dessinée, ce qui était l'un de ses projets de vie initial. Dans sa folle jeunesse il a même fréquenté un temps les Beaux-Arts avant de commencer sa médecine et il en garde des séquelles. Ses dessins relèvent parfois de l'ironie du désespoir, ils suscitent souvent un hors champ. Là, réside peut être la solution. Et s'il n'y a pas de solution, il y aura toujours le sourire, sur le chemin.

Jean-Paul Bossuat

✂

BON DE COMMANDE

Nom – Prénom :

Adresse :

commande exemplaire(s) au prix unitaire de 28 € et joins un chèque à l'ordre de Psy-Cause.

A retourner à : Secrétariat du Pôle Bouches du Rhône Nord
Centre Hospitalier – Avenue de la Pinède – 84143 Montfavet Cedex

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)

Brigitte Manivel (Avignon)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef.

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Nadia Benathzmane (Paris)

Hervé Bokobza (Montpellier)

Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Marie-Christine De Médrano (Aix)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

René-Louis Payaud (Thuir)

Jean-Yves Febercy (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orler (Cannes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Rémi Picard (Avignon)

Michèle Platroz (Lyon)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Zhengyong Song (Draguignan)

Dominique Texier (Thonon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Tatiana Beregovaïa (Avignon)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Patrick Boyer (Uzès)

Ikrame Brando (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Avignon)

Thierry Fouque (Nîmes)

Marielle Fontaine (Avignon)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Alain Gavaudan (Marseille)

Patrick Jouventin (Avignon)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Carole Mitaine (Antibes)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Jacques Peyre (Montpellier)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Patricia Princet (Fains)

Mila Ramon (Béziers)

Anne Rivet (Avignon)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

Dominique Schneider (Strasbourg)

■ Correspondants étrangers

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Farid Bouchene (Alger, Algérie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

Enzo Desana (Turin, Italie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Mannouba, Tunisie)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)

Valère Nkelzok (Douala, Caméroun)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Ahmed Ould Hamadi (Nouahchott, Mauritanie)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)

Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Bénin)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucher (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Marie-Hélène Bertocchio (Aix)

Daniel Bley (Arles)

Carmen Blond (Avignon)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Françoise Deramond (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Claudine Fuya (Avignon)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Régis Polverel (Martigues)

Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Marie Rajablat (Toulouse)

Yves Rousselot (Aix)

René Soulayrol (Cassis)

Jean-Pierre Suc (Avignon)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Pierrefeu)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 50 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer au trésorier de la revue :

Michel Bayle
La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal..... Ville.....

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à : Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**
L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.
Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).
Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.
- **Bibliographie** :
Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

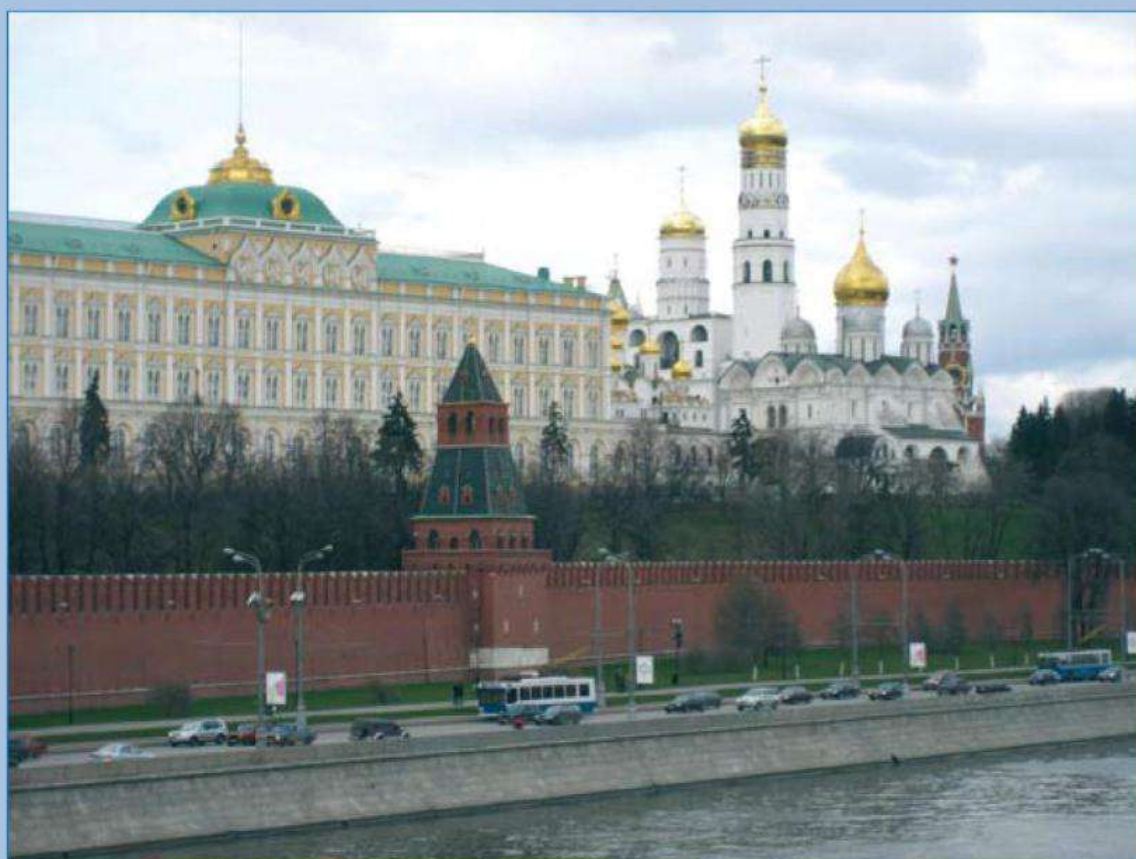
Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

**Les langages de l'être
Quand l'esprit parle au corps**

**Congrès-Croisière PsyCause
de Moscou à Saint-Pétersbourg**



Du 14 au 25 juin 2009

Renseignements :

Docteur Tatiana Bérégovaia et Brigitte Manivel
co-présidentes du comité d'organisation
Secrétariat du Pôle Bouches du Rhône Nord
Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex
Tél. 04 90 03 92 76 – Fax. 04 90 03 92 79
Courriel : Chantal.Roose@ch-montfavet.fr