

Les nouvelles technologies psychiatriques et la traditionalité des rôles professionnels des médecins

Autor(en): **Verhaegen, Lydwin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology**

Band (Jahr): **9 (1983)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-814192>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES PSYCHIATRIQUES
ET LA TRADITIONALITE
DES ROLES PROFESSIONNELS DES MEDECINS

*Lydwyn Verhaegen **

Laboratoire d'Epidémiologie et de Médecine sociale
Ecole de Santé Publique
Université Libre de Bruxelles
Campus Erasme 590 / 5
B-1070 Bruxelles

ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl der gegenwärtige Aufschwung der biologischen Psychiatrie sowie die Eingliederung der psychiatrischen Abteilungen in die allgemeinen Krankenhäuser den Eindruck entstehen lassen könnten, die Psychiatrie stehe auf gleicher Stufe mit den anderen medizinischen Disziplinen, ergab eine Untersuchung an einer auf dem Gebiet der biologischen Forschung führenden Universitätsklinik, dass die Psychiatrie immer noch eine besondere Stellung einnimmt.

Sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der eigentlichen Behandlung kommt der Psychiater nicht umhin, bei seiner Entscheidungsfindung Gegebenheiten zu berücksichtigen, welche nicht medizinische Ursprungs sind.

Das Vorhandensein eines medizinisch-biologischen Modells bedeutet auf keinen Fall, dass nicht auch andere Gegebenheiten bei der Therapie berücksichtigt werden. Diese sozialen und existentiellen Kriterien machen die Psychiatrie zu einem komplexen Fachgebiet, auf welchem vor allem Polyvalenz und Pragmatismus vorausgesetzt werden. Wie in der Vergangenheit sieht sich die Psychiatrie auch heute in eine Rolle gedrängt, welche durch den Praktiker nicht gemeistert werden kann.

RESUME

Alors qu'aujourd'hui l'essor de la psychiatrie biologique et l'insertion des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux pourraient faire croire à une *médicalisation* de la psychiatrie, l'observation réalisée dans un service universitaire situé à la pointe même de la recherche biologique démontre la persistance du caractère toujours singulier de la psychiatrie.

Tant au niveau du diagnostic que du traitement, le psychiatre ne peut faire autrement que d'intégrer des éléments extérieurs au code médical dans ses critères de décision.

La présence du modèle médico-biologique n'empêche en aucun cas l'intégration d'autres données dans le processus thérapeutique. Ces données, d'ordre social et existentiel, font de la psychiatrie une spécialité complexe guidée avant tout par un parti-pris de polyvalence et de pragmatisme. Aujourd'hui comme hier, la psychiatrie répond à des impératifs multiples que le praticien ne peut maîtriser.

*) *Cet article fait partie d'une thèse de doctorat présentée à l'Université Catholique de Louvain et ayant pour objet l'analyse de l'insertion des services psychiatriques en hôpitaux généraux.*

INTRODUCTION

L'essor de la psychiatrie biologique et le développement de nouvelles technologies constituent des transformations techniques principales de la médecine mentale.

Dans un article précédent, nous avons développé le rôle joué par l'usage des nouvelles technologies au sein de la division du travail d'une équipe psychiatrique insérée dans un hôpital général universitaire orienté vers la psychiatrie biologique.

Dans cet article, nous étudierons la réalité quotidienne et concrète de la première de ces transformations, à savoir le retour à l'objectivisme médical. Celui-ci banaliserait la psychiatrie au rang d'une spécialité médicale parmi d'autres.

Depuis ses débuts, la psychiatrie, première médecine sociale est caractérisée par un mouvement de balancier qui va d'un pôle médical à un pôle social.

Aujourd'hui, l'essor de la psychiatrie biologique fait pencher le débat à nouveau du côté de la médecine et devrait permettre de faire de l'espace psychiatrique un milieu réellement médical, où l'on peut séparer les vrais malades mentaux des autres assistés sociaux en usant des critères objectifs de la médecine scientifique.

La démonstration de l'aspect organique de certaines maladies mentales permet de ramener l'intervention du psychiatre à une intervention calquée sur le modèle médical. Cela devrait permettre aux psychiatres de mieux maîtriser l'immense demande sociale à travers, entre autres, une politique d'admission sélective. La sélectivité reste toujours en effet la condition première pour qu'une pratique de soins l'emporte sur une pratique d'assistance.

D'autre part, le savoir biologique assure au corps médical un terrain protégé des assauts des autres professionnels. Depuis la diffusion même élitiste de la psychanalyse, le monopole de la définition de la maladie et du traitement n'est plus le privilège exclusif du corps médical. Contrairement à la chirurgie, où la compétence professionnelle quasi exclusivement technique assure un monopole d'intervention au chirurgien, la psychiatrie est la discipline médicale la moins protégée. En psychiatrie, la pratique quotidienne se déroule sous le sceau de la négociation. La relativité de la définition du produit final et l'éclectisme des moyens thérapeutiques expliquent en partie cette caractéristique qui trouve son expression maximum dans des services expérimentaux.

La psychiatrie biologique apparaît dès lors comme un refuge médical au moment où l'apparition et la démocratisation de nouvelles techniques mettent sur pied des filières de formation professionnelle parallèles.

C'est une double fonction institutionnelle qui remplit ce savoir qui ferait du psychiatre un spécialiste parmi d'autres.

Mais l'observation réalisée dans un service psychiatrique universitaire

situé à la pointe de la recherche biologique est loin de confirmer une définition uniforme de la pratique psychiatrique actuelle.

Si ce savoir a des fonctions institutionnelles manifestes, il est loin d'entraîner pour autant une mutation des pratiques de la médecine mentale ou une médicalisation de cette spécialité.

C'est faire trop d'honneur aux pouvoirs dont disposent les praticiens que de croire qu'ils peuvent ainsi aisément transformer les conditions d'une pratique depuis toujours particulière. C'est oublier le poids des multiples contraintes qui pèsent sur l'autonomie des professionnels et conditionnent leurs décisions.

L'objectif de cet article est d'identifier les diverses contraintes à travers une description des étapes qui modèlent le travail quotidien et qui maintiennent l'objectivisme médical à l'état de projet. Nous analyserons donc les formes actuelles de la pratique psychiatrique d'un service de pointe à travers les différents moments du processus thérapeutique que sont l'élaboration du diagnostic et la mise au point du traitement.

Dans un premier temps, nous examinerons les différents systèmes de représentations utilisés par les médecins dont la plupart sont post-gradués, c'est-à-dire en voie de spécialisation en psychiatrie. Nous verrons que les catégories utilisées sont loin d'appartenir uniquement à la nosologie psychiatrique classique. Ainsi apparaîtront aussi les difficultés liées au rôle du psychiatre hospitalier, rendues plus manifestes encore par la situation d'apprentissage.

D'autres sont spécifiques à la nature des troubles rencontrés, ou encore sont liés à l'extension du rôle du psychiatre qui va malgré lui bien au-delà des fonctions médicales. Il sera tantôt surclassé ou déclassé et il lui est difficile de maintenir la définition de son travail à un niveau qui lui convient.

Dans une seconde partie, nous analyserons les différentes pratiques utilisées par le corps médical ainsi que leur système d'adaptation à la réalité hospitalière. Ces systèmes sont des réponses institutionnelles obligées aux difficultés signalées plus haut.

La présence du modèle médico-biologique n'empêche en aucun cas l'usage de techniques relationnelles. Les critères de décision sont loin de correspondre à une stricte réalité médicale. Ici, comme ailleurs, ils restent liés à la fois aux conditions de vie des patients, aux caractéristiques de l'institution et aux règles de la profession médicale. Cela tendrait à prouver que la psychiatrie est loin de se banaliser.

I. LES SYSTEMES DE REPRESENTATION

Diagnostics et difficultés liées aux diagnostics.

La première opération du cycle de réparation consiste à établir un diagnostic à partir d'un compte rendu des informations que le thérapeute a jugé

bon d'extraire du patient lors d'entretiens ou autres sources d'information. La nature de ces informations est de *tout genre* et varie suivant les médecins et les cas. Cela va d'un condensé d'éléments de son histoire de vie sociale, psychologique, professionnelle jusqu'à son comportement en salle ou des résultats d'un premier examen physique. La capacité d'extraire les "bonnes" informations, de les rassembler, de les codifier systématiquement afin de pouvoir formuler des estimations rapides et concrètes permettant de mettre au point des stratégies thérapeutiques, fait partie de l'apprentissage du rôle du psychiatre et du thérapeute en général, médecin et non médecin, de même que celle de tout expert.

En même temps, ils doivent être à même de trier ces informations, c'est-à-dire de retenir celles qui sont significatives par rapport au problème actuel et les classer suivant une série de rubriques différentes à travers lesquelles ils lisent et interprètent les données. Parmi les classements principaux utilisés, nous avons retenu :

1. *Les catégories nosographiques classiques*: schizophrènes, paranoïaques, maniaco-dépressifs, dépressifs, psychotiques, borderline, névrotiques.

Ces catégories font l'objet de discussions régulières, le diagnostic d'un patient étant proposé à l'équipe par son thérapeute.

Ainsi, pour l'année 1980, nous avons relevé quelques données auprès de 342 patients ayant fréquenté deux des trois unités du service. Les névroses et les désordres de la personnalité (34, 2 %) l'emportent largement sur les autres diagnostics, principalement chez les femmes où ils réunissent 43 % des diagnostics féminins, suivis par la dépression qui totalise 15, 5 % des diagnostics féminins et 12, 3 % des diagnostics masculins. La schizophrénie regroupe 20, 5 % des diagnostics chez les hommes et 9, 3 % chez les femmes. L'alcoolisme et la toxicomanie viennent seulement en quatrième position, tant chez les hommes que chez les femmes, témoignant ainsi d'une maîtrise relative de la politique d'admission par les médecins. Ailleurs, l'alcoolisme vient souvent en tête, surtout chez les hommes.

Les informations qui sont intégrées pour formuler ces diagnostics réfèrent à la fois à la carrière psychiatrique antécédente du patient à son histoire personnelle au sens large, à son comportement en salle ¹ et aux résultats d'examens et tests soit physiques, soit psychologiques qui sont là pour confirmer ou informer le diagnostic. De tout cela, l'apprenti psychiatre et/ou le psychiatre retirent presque toujours au moins un diagnostic classique. Une explication plus ou moins longue de type psycho-dynamique est adjointe à un diagnostic, suivant l'intérêt du thérapeute tant pour le patient que pour

1) Que ce soit en psychiatrie ou ailleurs, les études concordent à montrer combien les médecins dépendent des informations que leur fournissent les infirmières sur les symptômes et les comportements des patients dont elles sont plus proches. (Cfr. Roth, 1963).

l'apprentissage. Ce que Castel appelle "l'imaginaire professionnel de la psychiatrie" a été largement revitalisé par la psychanalyse qui a proposé à la fois un nouveau code théorique ainsi qu'une nouvelle technologie relationnelle (Castel, 1981).

A plusieurs reprises, nous avons assisté à des conflits d'interprétation de comportements qui opposaient les jeunes médecins à leurs "pères", où les premiers surinterprétaient et surdiagnostiquaient les cas. La psychiatriation ou psychologisation est un phénomène lié à l'apprentissage, si on en croit aussi le témoignage d'autres psychiatres plus âgés: — Quand j'étais PG, on a tous eu des phases de "diagnostiquite aiguë"—. Ce même phénomène lié à la formation apparaît parfois entre les infirmiers et les médecins PG. Ce sont alors les premiers qui interprètent les faits en fonction des notions apprises plus ou moins récemment.

Souvent, en cas d'hésitation, il est fait appel à des examens d'ordre physique qui, pour certaines pathologies, font figure de tests objectifs, permettant d'établir un diagnostic avec plus de certitude. Il y a alors une application du schéma-type du service médical: "quelle que soit la situation sociale du malade et la nature particulière de son dérangement, on le tient pour un individu dont on peut aborder le problème, sinon le résoudre, du seul point de vue technico-psychiatrique" (Goffman, 1968, 404).

C'est alors l'examen biologique qui parle et livre une réponse. Le diagnostic est fait d'une somme de points de vue, où la place des examens organiques consiste principalement à vérifier des hypothèses et à apporter une confirmation plus grande à des incertitudes. Ils permettent de réduire la marge d'erreurs éventuelles.

2. *Des classifications évaluant les motivations du patient à rechercher de l'aide.*

Ce sont des rubriques concernant à la fois la précision de la demande adressée à l'institution et la *souffrance* du patient. QUI (médecin-traitant, famille, patient) demande QUOI (mise au point limitée à un problème précis: hébergement, "veut que l'on retrouve sa fiancée perdue en H. P.", "veut souffler un peu", . . .)

La demande est pondérée par :

a) *Des éléments d'environnement* du patient.

Ainsi, le conjoint (quand il existe) fait toujours l'objet d'une appréciation incluse parfois dans le diagnostic ("comment peut-il la supporter?", "il est quand même intelligent . . .") et dans le traitement, car il fait partie des éléments de vie du patient.

b) D'autres *éléments de "réalité"* qui peuvent interférer avec les indi-

cations de prise en charge sont également pris en compte : "pas question qu'elle prenne trois bus pour venir jusqu'ici en consultation, il faut l'envoyer ailleurs . . .".

c) Des *éléments ayant trait à la carrière psychiatrique* précédant cette hospitalisation : "il a déjà été là et là et on a tout essayé, dès lors . . ."

Lorsqu'un(e) patient(e) a été hospitalisé(e) longtemps en H. P., les médecins se risquent rarement à faire un diagnostic psychiatrique dans la mesure où le poids de la carrière institutionnelle a faussé les données : "cette femme a été qualifiée de tout ce qui existait comme diagnostic psychiatrique. A 15 ans, elle a voulu tuer sa mère. Elle a été mise à Forest puis en psychiatrie et depuis, elle y est restée, alors que peut-on encore dire aujourd'hui?" (psychiatre).

3. *Les classifications évaluant les risques liés aux situations diverses que l'on rencontre en psychiatrie.*

C'est un souci constant que d'évaluer en permanence les risques de tentatives de suicide, de fugues, d'agitation, etc. Dans une unité psychiatrique fermée où se font des investigations sur des cas en situation de crise, une mesure des risques présumés permet de gérer le mieux possible cet imprévisible : "il faut faire attention à X, ne pas lui donner ses vêtements, il va encore essayer de filer" ou "faites attention qu'elle avale bien ses médicaments et ne les stocke pas dans ses joues comme un écureuil . . ."

4. *Les classifications évaluant les possibilités de participation du patient aux recherches menées par l'hôpital.*

Le bon déroulement de celles-ci requiert un certain nombre de cas correspondant à certaines pathologies. Mais il faut aussi d'autres conditions à la réussite de la recherche, comme une participation même minimale du patient en question, ou encore simplement le fait qu'il reste dans le pays. La motivation du patient et sa disponibilité sont des problèmes rencontrés surtout lors de recherches sur des patients et non avec des volontaires.

D'autres systèmes de classification sont encore effectifs suivant les formations parallèles que suivent les jeunes PG. Les médecins en apprentissage sont loin de former un groupe homogène. Même s'ils sont "socialisés" en même temps, il faut toujours restituer aux comportements des acteurs une temporalité faite de leur passé et la jonction avec les temps à venir. ²

2) Cfr. pour des études du processus de socialisation des médecins : Merton; Kendall & Reader, 1957; Becker, 1961.

H. S. Becker montre que l'étudiant ne se conforme pas passivement à ce que la Faculté exige de lui, mais il se forme une représentation de ce qui est nécessaire pour sa réussite. Celle-ci implique une sélection et une hiérarchisation tant des connaissances techniques que des attitudes à adopter. La Faculté, dès lors, ne contrôle que partiellement le produit final.

Parfois aussi, c'est l'échec total de tout système nosographique utilisé jusqu'à présent et le médecin PG fait état de constatations non spécifiquement psychiatriques formulées à travers les catégories de la vie quotidienne. Nous avons observé cela plus fréquemment à la fin de l'année qu'au début, l'apprentissage consistant aussi à utiliser le vocabulaire appris "à bon escient".

"Tout ce que je peux dire actuellement sur ce patient c'est qu'il n'est pas intelligent".

"Je ne sais rien dire maintenant, mais je n'aime pas ce patient".

Bien que la neutralité affective fasse partie de la définition de l'idéal typique professionnel, les médecins ne seraient pas des êtres humains s'ils ne prenaient pas en grippe certains de leurs malades (Parsons, 1955). La relation qui existe entre le patient et ses thérapeutes intervient à différents niveaux, y compris l'exploration plus ou moins approfondie de l'histoire du patient qu'effectuera le thérapeute.

Tout le monde n'est pas désirable de la même manière aux yeux de tout un chacun. Et il y a, en psychiatrie comme ailleurs, certaines personnes qui ont la faculté ou l'art de se rendre désirable.

La prise en charge thérapeutique ne se partage pas de manière bureaucratique. Au-delà de la mise au point médicamenteuse qui est le mode de prise en charge le plus égalitaire, il reste une large part de la prise en charge plus aléatoire. L'usage fréquent dans la bouche des médecins et infirmières de "j'ai envie de m'occuper de X" en témoigne tout comme le surinvestissement de certains cas ou le maintien minimum à faire pour d'autres, le minimum reste la mise au point médicamenteuse.

Tout ceci permet de percevoir combien la nature des données à traiter est d'ordre différent et déborde largement le cadre médical strict. Toutes ces informations s'intègrent en même temps lors de la présentation du cas ou lors de sa réévaluation quotidienne qui reprend les éléments nouveaux.

On voit aussi combien les grilles d'analyses sont multiples. Elles sont psychiatriques, psychanalytiques, biologiques, institutionnelles. La polyvalence du psychiatre n'est pas une simple figure de style.

Il ressort aussi de ce classement que la teneur des situations auxquelles doivent faire face les psychiatres reste toujours particulière et continue à distinguer leur rôle de celui de leurs confrères. A l'aube de leur carrière de psychiatre, la réalité des situations auxquelles ils sont confrontés met en cause la définition de ce que doit être leur rôle professionnel et les oblige à s'adapter à des difficultés particulières dont toutes ne sont pas le lot des autres médecins.

Voyons quelles sont ces difficultés :

1. Apprentissage de l'incertitude

Une première difficulté inhérente à toute pratique médicale et dont les post-gradués font l'apprentissage sont les incertitudes concernant à la fois le diagnostic et le traitement. Une première partie du travail vise à maîtriser ces

incertitudes, à trouver des techniques qui pour certains cas peuvent amener des précisions utiles aux décisions. D'où aussi l'importance de la lecture de toutes sortes d'éléments de vie sociale qui peuvent nourrir un diagnostic. Cet entraînement à l'incertitude est une des attitudes que le jeune médecin doit acquérir à travers, entre autres, l'usage des techniques et examens de contrôle en cas de doute. Elle ne le différencie pas des autres médecins en voie de spécialisation.

2. *Déclassement par le bas, déclassement par le haut*: du super assistant social à l'Eldorado médical

D'autre part, le médecin apprenti-psychiatre et le psychiatre doivent faire face à une extension de leur compétence et de leur rôle qui ne leur convient pas nécessairement. Cette extension s'élargit encore étant donné la nature des faits qui amènent les gens en psychiatrie aujourd'hui. La nature du fait qu'ils ont à diagnostiquer et à traiter à un moment donné reste toujours moins séparable que ne l'est une grippe du contexte dont il est issu. Cela reste vrai tant pour les causes et les conséquences du problème que pour l'analyse des possibilités de traitement.

En psychiatrie, même universitaire, rien n'est changé. Si le rôle du médecin naît là où la société défaille, celui du psychiatre de garde naît là où l'hôpital défaille. Le fait même d'être inséré dans l'hôpital général universitaire élargit paradoxalement les compétences du psychiatre, au moment même où ce dernier entend les réduire. En hôpital universitaire, il devient l'équivalent du généraliste à la ville, c'est-à-dire le spécialiste du non spécialisable. L'ambiguïté de son rôle est plus que jamais présente. Le psychiatre est l'un des spécialistes le plus appelé par ses confrères, que ce soit à la garde ou en salle. La population dite psychiatrique se présentant aux urgences constitue 10 % de la clientèle. Elle est toujours vue par le psychiatre et par ailleurs, celui-ci voit un minimum de deux personnes par jour hospitalisées dans d'autres services que le sien.

L'extension des compétences du psychiatre observée dans cette institution universitaire est double. Il est tantôt sous-qualifié, tantôt sur-qualifié.

a) D'une part, le psychiatre à l'hôpital général devient un *super assistant social*. On observe alors un *déclassement par le bas*.

"La garde de psychiatre à E devient débordée et d'ailleurs on en ouvrirait une autre, elle le serait tout autant. Nous psychiatres, devenons des gens que l'on appelle pour résoudre une série de problèmes sociaux, parce que nous avons en main un certain nombre de pouvoirs médicaux et administratifs et que en tant que médecins appelés, nous sommes *responsables*". (un psychiatre)

b) D'autre part, le psychiatre est le *nouveau marchand de bonheur*. C'est un *déclassement vers le haut*. Le mythe médical devient le mythe psychiatrique. Là où le psychiatre est présent, ses confrères se déchargent sur lui de ce qu'ils ne peuvent résorber dans leurs catégories spécialisées.

Cette démultiplication du concept de santé (santé – bonheur) surdétermine toute la pratique médicale (médecin – marchand de bonheur). Cette pratique a par ailleurs permis et favorisé ce déplacement idéologique, en mettant l'accent sur l'équation qui lie la "guérison", le "mieux-être" à l'acte de consommation, c'est-à-dire à l'achat d'un bien. Ainsi, par des déplacements progressifs, le concept de santé recouvre aujourd'hui des enjeux de plus en plus étendus. Aujourd'hui des professionnels de la médecine, de la psychiatrie et de la psychologie s'adaptent bon gré mal gré à l'immense demande sociale qui leur est adressée. En même temps, le développement de nouvelles technologies relationnelles les ouvrent à de nouveaux publics, contribuant ainsi à étendre le champ des compétences des professionnels de la santé.

Comme dans le champ assistantiel, le dynamisme des professionnels en santé mentale tient à la nature des tâches imparties et du mandat confié, qui ne peuvent être complètement définis ni codifiés et laissent aux professionnels une part d'autonomie et d'initiative pour produire ce que l'on attend d'eux. "Ce dynamisme est le fait d'agents concrets et ne trouve pas son origine dans l'intervention explicitement organisatrice de l'instance dirigeante, mais les vastes possibilités de reconversion que l'imprécision des objectifs, l'arbitraire des méthodes et l'absence de sanctions offrent à certaines fractions de classes." (Verdes Leroux, 1978, 9).

Mais parmi les divers professionnels de la santé mentale rencontrés sur le terrain, les médecins psychiatres sont à la fois ceux qui sont le plus sensibilisés à ce rôle traditionnel magico-religieux et qui ont à cet égard le plus de réticences.

Ce questionnement que nous avons observé chez les médecins est plus fréquent que chez les autres paramédicaux qualifiés dont les lignes de conduite sont plus nettement tracées et dès lors plus faciles à suivre. Souvent, le médecin a pu choisir son métier et sa formation. Et à l'hôpital, le psychiatre se trouve placé dans une fonction d'arbitrage à laquelle il ne peut se soustraire. La présence du code déontologique, concrétisé à travers un ensemble de règles institutionnelles et l'intériorisation d'un code moral font du médecin-psychiatre le responsable du patient.

Mais le psychiatre sait aussi qu'en agissant, il ratifie en quelque sorte cette médicalisation des problèmes sociaux ou des problèmes existentiels. Car par cette opération, il occulte la valeur significative du symptôme. Le psychiatre est placé à l'hôpital général dans une situation contradictoire difficilement soluble qui n'est en fait que le recul ultime de l'émergence des contradictions sociales.

3. *Interférences entre le traitement et la morale*

A d'autres moments plus précis, le médecin psychiatre conserve difficilement une neutralité morale, fiction à laquelle, d'ailleurs, il est incapable de renoncer, tout en n'étant pas en mesure de l'atteindre vraiment.

"En psychiatrie on s'efforce théoriquement d'agir comme si l'essentiel était le traitement et non le jugement moral, mais pratiquement cette attitude est très souvent mise en question. Dans ce domaine, il est particulièrement difficile de conserver sa neutralité morale car chez le malade, le déséquilibre est intrinsèquement lié à l'action qui choque les témoins . . ." (Goffman, 1968, 405)

Ainsi aujourd'hui, le rapport au travail tend à devenir une question à propos de laquelle le psychiatre doit se prononcer déjà à l'hôpital.

Les frottements aux valeurs des maîtres conditionnent et façonnent par touches l'attitude et la position des jeunes psychiatres que nous avons vu changer en cours d'année.

Au fil du temps, nous avons observé en effet une tendance à la démedicalisation et à la minimalisation des interventions des post-gradués. Elles étaient accompagnées chez certains d'un mouvement de dépression allant parfois même jusqu'au scepticisme total sur l'utilité quelconque de leur intervention.

Notons que cette critique sociale des psychiatres à propos du rôle qu'on leur fait jouer a pour origine un souci de professionnalisme, plutôt qu'une critique politique.

4. *Echec du schéma de réparation* ou apprentissage de la frustration

De tout cela, il résulte une mise en échec régulière du schéma type de réparation. A la différence des objets que l'on peut toujours remplacer, le corps humain et son équivalent psychique comportent des parties irremplaçables ou incorrigibles. "Pourquoi n'admet-on pas la notion de cancer psychologique" disait un psychiatre.

La relativité de la notion de guérison, admise en médecine somatique, pénètre aussi le domaine psychique. Par guérir, on entend souvent une amélioration, une stabilisation, une invalidité préférée à l'issue fatale, ou encore l'intervention d'une prothèse, certains délais gagnés sur la souffrance et sur la mort. Mais lorsque l'examen de la situation problématique révèle que les conditions de vie du patient interviennent très lourdement soit dans l'émergence, soit dans l'aggravation du problème, les solutions sont plus réduites. Dès lors, les techniques thérapeutiques apprises sont d'une efficacité relative étant donné le contexte de vie du patient. Celui-ci n'a pas toujours les moyens de changer ses conditions de vie (profession, emploi, conjoint . . .).

A partir de ces conditions de base intervenant sur la pathologie, la "guérison" est pour le médecin "un écart positif entre l'état actuel du malade

et son état antérieur dans un ordre objectif, normatif et invariant". L'invalidité est préférable à la mort, la santé mentale à la folie, mais un schizophrène calme vaut mieux qu'un agité, etc.

La relativité de la "guérison" à partir de l'évaluation des conditions d'amélioration conduit le praticien à des constats soit d'impuissance, soit de minimisation importante de son intervention :

"On apprend bien souvent que ce qu'il y a de mieux, c'est de ne rien faire et de laisser tout en place".

L'apprentissage de la pratique concrète du psychiatre va à l'encontre des valeurs contenues dans la culture médicale.

La définition du soin change de contenu et le travail de réparation qu'il peut effectuer ne représente pas une oeuvre avec laquelle le praticien puisse aisément s'identifier. Ses débuts dans la pratique professionnelle le mettent en contradiction avec ce qui constitue l'apprentissage culturel du futur spécialiste. Le mode de production d'un psychiatre diffère en cela de celui d'autres spécialistes. Il est plus rapidement confronté au décalage théorie-pratique.

D'autres psychiatres plus anciens dans la profession et dans l'hôpital ont déjà eu le temps de s'accommoder de cette réalité et de se choisir un terrain d'action qui rend supportable cette situation.

Ainsi la recherche apparaît comme une stratégie d'adaptation secondaire au sens où la définit Goffman, c'est-à-dire qu'elle est une pratique qui permet d'obtenir des satisfactions interdites par ailleurs.

Une enquête réalisée en France a démontré qu'elle était la motivation principale de 80 % des médecins hospitaliers. La pratique thérapeutique clinique se décline progressivement. ³

La féminisation progressive du corps médical constatée çà et là confirmerait cette hypothèse. ⁴ Bientôt peut-être l'activité thérapeutique sera délaissée par les hommes et confiée aux femmes au profit de l'activité de recherche.

Toujours est-il qu'aujourd'hui, le schéma médical type trouve un taux d'application insuffisant pour la satisfaction professionnelle du praticien.

3) Cfr. L'Hôpital et le Médecin, III Assises Nationales de l'Hospitalisation Publique, Paris 17-21 novembre 1969. *Rev. Hosp. de France*, 225 (nov. 1969).

4) La féminisation du corps médical est plus poussée dans les pays où la profession connaît une dévalorisation et une fonctionnarisation notoire. En France, la moitié des médecins sont des femmes et en Belgique un quart seulement de la profession est féminine. De surcroît, signalons que de récentes études ont montré qu'au sein de la profession les femmes médecins optaient chez nous pour les activités plutôt salariées que libérales, plus facilement compatibles avec la vie privée. "Nos salles d'hôpitaux deviendront-elles des super-infirmeries?" cfr. Escoffier Lambiotte, 1981.

Apprentissage de l'incertitude et du risque calculé d'une part, apprentissage de l'impuissance et de la frustration d'autre part, le rôle du psychiatre hospitalier se fait entre autres et même surtout à partir d'une connaissance concrète des contradictions sociales et humaines.

II. PRATIQUES THERAPEUTIQUES ET SYSTEMES D'ADAPTATION DES MEDECINS

Voyons maintenant quelles sont les différentes pratiques thérapeutiques dans un hôpital universitaire, c'est-à-dire les prescriptions et traitements.

Les éléments décrits précédemment nous permettent de saisir qu'il s'agit d'une pratique triangulaire qui comprend le patient, le thérapeute et la société. La règle générale est le principe du cas et veut proposer des solutions en fonction du client. Cela suppose un éventail de pratiques diverses dont certaines sont prioritaires.

Nous pourrions voir comment, à travers ces pratiques, les psychiatres s'accommodent différemment avec le temps et suivant les individus de la réalité hospitalière.

1. *Thérapeutiques organiques*

En priorité vient l'usage des *thérapeutiques organiques*, à savoir *les médicaments et les électrochocs*.

Hormis le fait que le médicament reste la thérapeutique la plus utilisée par la quasi-totalité des médecins dans une unité de recherche, son usage se veut *adapté à chaque individu*. Cela suppose à la fois l'établissement de règles et l'observation quotidienne des cas afin d'évaluer l'application de ces règles.

La pratique chimiothérapique se veut la plus scientifique possible, mais il restera toujours une marge d'incertitude, d'impondérable et d'imprévisible. Toutes les pratiques de contrôle visent à réduire cette marge au maximum.

L'évolution du cas sous médicament fait l'objet d'un contrôle quotidien, tant du point de vue de l'évaluation de son comportement mesuré à l'aide de simples observations qualitatives, de tests psychométriques et de l'évolution de variations somatiques. Celles-ci sont mesurées et contrôlées par des tests biochimiques. ⁵

5) Ces tests sont des techniques analytiques cliniques qui permettent de doser les médicaments dans le plasma des patients. Ces analyses permettent de mieux ajuster les doses thérapeutiques à utiliser et de réduire les effets secondaires. A dose égale, les taux plasmatiques varient considérablement d'un individu à l'autre. Ces différences sont notamment liées à des différences de métabolisation hépatique des psychotropes. (Mendlewicz, 1982)

Il s'agit d'une part de voir si le patient "répond" à ce médicament et ensuite de surveiller de près les dosages de manière à savoir ce qui lui convient exactement. Le but est d'ajuster le traitement au patient.

L'orientation est technico-pragmatique. Mais si le médicament est la thérapeutique la plus utilisée, il ne garantit pas pour autant la réussite. Soit la personne ne change pas d'état, soit il peut y avoir des contre-indications pour un ensemble de raisons.

Autre technique organique qui a recommencé à être utilisée surtout l'année où nous étions présents dans l'unité, *les électrochocs*. En 1981, on comptait 390 traitements par électrochocs sous narcose. Cette pratique, tout comme certains médicaments, s'inscrit dans des protocoles de recherches. Elle est utilisée :

- soit dans le cas de certaines maladies précises et jugées très graves, connues pour l'échec médicamenteux (mélancolie, dépression endogène. . .)
- soit dans le cas de contre-indication aux médicaments
- soit dans le cas de patients "pour lesquels on a déjà tout essayé sans succès. . ."

C'est une pratique qui est souvent rationalisée en terme "d'évitement du pire, sinon c'est l'hôpital psychiatrique à vie" ou "de dernier recours", "on a tout essayé" ou encore "c'est nous les vilains cocos, parce que personne ne veut le faire tout en sachant que c'est cela qu'il faut faire".

Les électrochocs posent aux médecins le même problème que d'autres actes douloureux ou pénibles effectués habituellement par le personnel subalterne. "Quand on fait des électrochocs à cette petite (patiente anorexique de 15 ans), on a vraiment l'impression que c'est à vous qu'on le fait. C'est du masochisme primaire les E.C.T. . Heureusement que c'est son dernier" (médecin P.G.).

C'est aussi une pratique qui au sein de l'équipe a gagné ses galons avec le temps. Au début, elle provoquait chez beaucoup de membres du personnel les mêmes réticences que celles soulevées par la recherche. Depuis le changement qui est advenu chez certains patients, la pratique des E.C.T. s'est routinisée: "c'est vrai que quand on voit X et Z, alors qu'on avait tout essayé, on se pose des questions. . ." (infirmière).

Face à l'évaluation des réussites, les médecins restent plus critiques que les paramédicaux. Nous avons souvent constaté la présence du doute et l'esprit critique des médecins face à la relation traitement-résultat. Rarement est abandonnée l'idée de la relativité de l'effet dû au traitement. Constamment, ils essaient de vérifier, objectiver, mesurer, quantifier la validité de la thérapeutique et la part de l'effet placebo dans la réussite éventuelle.

Ce sont les caractéristiques mêmes de l'approche scientifique qui amè-

ment le médecin à intégrer la dimension subjective. A la fois l'usage de l'expérimentation, de l'évaluation systématique, de la prédictabilité et de la reproductibilité des résultats obligent le praticien chercheur à reconnaître le rôle de la subjectivité en vertu même du principe de l'objectivisation, c'est-à-dire l'effort méthodologique qui vise à éliminer la subjectivité de l'acte de connaissance.

Leur démarche propose d'objectiver au maximum la part de subjectivité, afin que les résultats obtenus permettent d'établir plus de règles générales qu'il n'en existe actuellement dans la pratique psychiatrique.

Les praticiens chercheurs apparaissent dès lors bien placés pour connaître les limites de leurs outils. Cela fait partie intrinsèquement du processus de connaissance technico-pragmatique. Bien qu'ils soient les garagistes du corps, ils savent qu'ils sont encore les prêtres modernes qui officient à l'aide de leur blouse blanche et du médicament.

Mais cela ne solutionne pas pour autant la difficulté principale du travail thérapeutique (intervention sur la vie) et de la recherche en psychiatrie (dire la vie).

2. *Autres pratiques*

Lorsqu'il s'agit de faire autre chose que de donner des médicaments, ce qui suppose déjà un travail considérable d'évaluation, le travail se complique. Il y a d'autres raisons que la simple présence des firmes pharmaceutiques au succès actuel de la chimiothérapie, dont la gamme variée d'applications et la souplesse d'emploi n'a jusqu'à présent trouvé d'équivalent. Même si des phénomènes chimiques interviennent à la base de certains troubles et justifient ainsi l'usage des médicaments, les autres méthodes thérapeutiques impliquent soit des traitements trop prolongés, soit des résultats trop aléatoires ou perturbant trop les conditions de vie.

Dès lors intervient un ensemble de critères différents suivant les lieux de soins qui permettent de faire un calcul "coût-bénéfice". Ce calcul est devenu nécessaire étant donné le nombre important de patients qui circulent dans ces lieux. . . Et le quotidien humain, variable suivant les situations, intervient biens sûr dans cette comptabilité.

Une technique comme le médicament a quand même pour effet de mettre partiellement le thérapeute plus à l'abri de ses émotions et de sa propre subjectivité, mais il n'en va pas de même dans le cas de la psychothérapie qui est par définition de l'ordre de la relation et de l'intersubjectivité.

Les autres thérapeutiques supposent souvent un type d'effort plus impliquant pour le thérapeute, tout en offrant moins de garanties. Elles peuvent aussi avoir d'autres conséquences sur la vie du patient. Dès lors, leur choix est largement pondéré par des variables qui tiennent compte du contexte du

patient, c'est-à-dire les variables démographiques et socio-culturelles.

Il existe aujourd'hui une littérature assez abondante qui traite de la relation "psychothérapie et classe sociale". Aussi, il n'était pas dans nos intentions de montrer qu'au total les patients de classes supérieures ont plus de chances d'être pris en psychothérapie et que ceux des classes inférieures sont garantis de bénéficier prioritairement des thérapies organiques.

Par contre, il était intéressant de constater que dans des hauts lieux de production du savoir en psychiatrie biologique, les thérapies proposées étaient loin d'être exclusivement organiques.

Les critères qui interviennent dans les diverses propositions thérapeutiques sont de nature diverse. Comme pour l'élaboration du diagnostic, ils relèvent aussi bien des caractéristiques propres au patient qu'à l'institution ou autres règles professionnelles.

Ces critères jouent tantôt dans le sens d'une limitation de l'intervention thérapeutique, d'une dépsychiatisation du problème, ou au contraire dans le sens d'une persévérance à toute épreuve.

Une fois encore la pratique quotidienne est loin d'être calquée sur une simple application du schéma médical. Examinons de plus près ces critères.

2.1 Tendances à la dépsychiatisation de l'intervention thérapeutique due aux caractéristiques des patients.

Au fur et à mesure que le temps passe, les jeunes P.G. ont tendance à limiter les interprétations psychiatriques, à réduire leur champ d'intervention et à rayer de leur vocabulaire le mot guérison. L'apprentissage de l'inguérissable fait partie de l'enseignement. Quelles sont alors les stratégies possibles?

2.1.1 Appel prioritaire aux conditions de vie pour établir les stratégies thérapeutiques.

Des éléments de vie principaux sont retenus pour conclure à un diagnostic tel que l'ennui. Dès lors "jouer aux cartes" ou autres gammes d'occupation deviennent des indications thérapeutiques. L'ennui figure régulièrement en tête de liste dans la bouche des psychiatres qui au fur et à mesure de l'année ont une perception de plus en plus large des éléments pesant sur les troubles psychiatriques. L'ennui semble être un des problèmes importants rencontrés en psychiatrie auprès d'une population inactive dont la vie n'est plus réglée par le travail, dans une société où celui-ci reste le mode privilégié de socialisation et de structuration du temps.

Dans d'autres cas, on préférera agir sur les faits lorsque c'est encore

possible. Le psychiatre établit une stratégie thérapeutique à partir des éléments concrets de la vie actuelle du patient. Des éléments tels que l'offre d'amour d'un fiancé, l'éloignement physique d'une mère schizophrénisante, ou le jeune âge permettent d'éviter la psychiatrie. Les éléments de vie jouent tour à tour positivement et permettent d'agir, ou au contraire obligent au statu quo. Chez tous les médecins, au fil de l'année nous avons constaté, avec une fréquence suffisante pour être significative, une perception "sociologique" des éléments du tissu social qui pèsent sur les troubles psychologiques ou psychiatriques. La solution alors proposée témoigne du raisonnement sur les causes : recréer un espace de jeu social, d'interaction, de vie à travers les cartes plutôt que de faire du groupe psy. Apprendre à jouer aux cartes, c'est en quelque sorte recréer du social de manière non technicienne ou spécialisée. . .

2.1.2 Interventions psychothérapeutiques réduites aux acquêts.

Même lorsque l'indication thérapeutique clinique est ou serait éventuellement une psychothérapie, cette perspective est tantôt soit éliminée, soit réduite à sa plus simple expression, étant donné certains facteurs qui sans être d'ordre financier, annulent la possibilité de transformation en profondeur.

Un traitement psychothérapeutique est plus long et plus impliquant; aussi oblige-t-il le praticien à intégrer une dimension prévisionnelle et à construire les scénarii possibles en spéculant à partir des éléments qu'il possède. Cela aboutit régulièrement aux questions : "Que veux-tu faire dans ces cas-là?" ou "Cela vaut-il la peine de. . .?" (sous-entendu faire tous ces efforts, alors que l'expérience a montré combien c'était lourd et difficile et qu'il y a d'autres patients).

C'est moins l'incertitude du succès que la certitude de l'échec qui guide le thérapeute. Cette notion d'irréversibilité est souvent faite des éléments de la vie du patient :

La classe sociale

A la différence d'autres variables comme le sexe ou la situation conjugale, l'appartenance à une classe sociale n'intervient pas explicitement dans le sens d'une limitation de l'intervention thérapeutique. Elle différencie néanmoins les patients d'au moins deux manières :

— Elle joue à travers les *pressions socio-économiques* sur les classes populaires. Et ce poids réduit grandement l'efficacité déjà aléatoire et difficile de la psychothérapie : "A quoi cela sert-il de faire tout cela, c'est quand même pour les remettre dans un milieu qui. . ."

— La *culture médicale* n'est pas la même dans toutes les classes sociales et la *culture psychologique* que suppose la posture psychothérapeutique est plus proche de la culture de la classe supérieure. Celle-ci cultive plus le culte de

l'individualisme et de l'introspection à travers l'esprit d'examen qui est un habitus produit par le système d'éducation (Boltanski, 1975). Les patients, surtout ceux issus des classes populaires, sont moins sensibilisés aux effets de la psychanalyse et ont peu abandonné une conception somatique de leurs troubles ("c'est les nerfs"). Aujourd'hui, c'est la théorie génétique qui donne appui à cette représentation de la maladie mentale ("c'est les gènes") qui satisfait les individus appartenant à toutes les classes sociales.

Il faut néanmoins nuancer cette distinction sociale pourtant effective. Même si elles sont de la classe moyenne ou populaire, une certaine forme de "bricolage thérapeutique" est *plus facilement proposée aux femmes qu'aux hommes, aux plus jeunes qu'aux plus âgés*, en raison aussi des problèmes différents. Les femmes notoirement plus "bavardes" que les hommes sur leurs émotions; quant aux jeunes, on a encore le temps et l'espoir de leur apprendre les us et coutumes de la psychothérapie. . .

L'âge

L'âge est souvent plus déterminant que la classe sociale lors de la décision du type de traitement. La jeunesse joue souvent favorablement, car on estime que "cela vaut encore la peine d'agir". Au contraire, la vieillesse apparaît comme un handicap: "Comment veux-tu soigner 25 ans de névrose?" ou encore: "Comment veux-tu aller à l'encontre de 30 ans d'hôpitaux psychiatriques. . ." ou: "A son âge, on peut la laisser tranquille. . ."

En quelque sorte, la définition de la santé du praticien rejoint celle qui est habituellement faite par l'usager, c'est-à-dire qu'elle est une appréciation fonctionnelle de sa santé en "situation" et non un écart entre deux pôles dans un ordre invariant. Aujourd'hui cet ordre varie et l'appréciation de la "santé" par le médecin se fait également en situation. L'objectif à atteindre doit être toujours pondéré avec le contexte. C'est une définition pragmatique qui est faite du travail et non une définition théorique.

D'autres données comme la situation conjugale et le sexe

interviennent également dans le sens d'une réduction de l'intervention qui déséquilibrerait le système familial ou autre: "si on traite, elle divorce; on ne traite pas", ou encore "ce n'est pas le moment d'agir, car elle a quatre enfants à charge et son mari ne l'aide pas. . ."

A nouveau, la décision et/ou le type d'intervention se fait à partir d'une évaluation de leurs conséquences présumées. Celles-ci varient suivant les individus. Cette *aptitude à la prévision* fait partie également de l'apprentissage du médecin. Elle le différencie des autres thérapeutes non médecins qui souvent défendent une conception thérapeutique plus centrée sur leurs intérêts professionnels. Les médecins ont une position de praticiens plutôt que de techniciens. Les autres travailleurs de la santé mentale ont plus facilement une position techniciste, comme nous l'avons montré dans un article précédent. Ils sont

moins sûrs d'eux-mêmes et souvent moins stabilisés professionnellement.

Cas par cas et pragmatisme sont les deux règles d'or du traitement psychiatrique : le praticien s'adapte au patient.

2.2 Limitation de l'intervention thérapeutique due aux caractéristiques de la profession médicale.

D'autres caractéristiques liées non plus aux patients, mais au modèle de la profession médicale ont pour effet également de *limiter les interventions* des jeunes post-gradués au fur et à mesure que le temps s'écoule. Ils font l'apprentissage pratique des règles déontologiques liées à la profession. L'apprentissage concret de la responsabilité médicale oblige au respect d'une série de règles tant par rapport aux confrères qu'aux patients.

2.2.1 Les règles du protectionnisme.

Dans un hôpital où de nombreux patients sont envoyés par d'autres thérapeutes, soit pour des mises au point, soit lors de crises aiguës, la notion d'intervention limitée apparaît avec clarté. Il est d'autant plus important de définir avec exactitude la portée des responsabilités de tout un chacun sous peine d'enfreindre les limites du territoire du confrère, ou d'être jugé responsable en cas d'erreur.

Les rapports entre services d'un même hôpital sont largement défensifs. Des mesures, comme le fait de noter le retard de l'interniste, sont prises pour éviter d'être pris en défaut.

A l'extérieur de l'hôpital universitaire, les médecins semblent plus soucieux d'éviter les erreurs relevant d'un code moral que les erreurs techniques. On peut éventuellement se tromper quelque peu de diagnostic, mais il ne faut surtout pas intervenir même légèrement, en lieu et place d'un confrère, ou prendre une décision à la place d'un patient. Les règles morales importent plus que les règles techniques (Bosk, 1979).

Ce souci déontologique territorial est manifeste. Il l'est également lors de problèmes relevant explicitement de la vie privée, comme la décision d'un avortement d'une patiente enceinte et en dépression nerveuse. A cette occasion, d'ailleurs répétée, l'attitude réservée des médecins différerait de celle des paramédicaux, à chaque fois plus interventionnistes.

La protection sociale du patient fait également partie des soucis du psychiatre qui veut éviter les effets de l'étiquetage résultant de l'application de certains diagnostics ou traitements. Ainsi le psychiatre devient "sociologue" non pas par choix, mais en vertu de l'application maximale des règles professionnelles, calquées sur le modèle américain, où l'erreur est plus gravement sanctionnée que chez nous.

Le souci de professionnalisme du chef de service de cette unité universitaire de pointe n'est sans doute pas sans lien avec sa formation partiellement américaine.

2.2.2 Les dissociations du diagnostic et du traitement.

Cette dissociation est un des éléments de la transformation de la pratique psychiatrique. Le diagnostic psychiatrique apparaît comme un moment dans une série d'actes dont la finalité n'est pas obligatoirement liée à la thérapie, soit dans le même lieu, ou même ailleurs.

Pour certains patients, la demande est une mise au point sur certains aspects spécifiquement biologiques ou même parfois sociaux. Cela signifie que de nombreux patients sont déjà pris en charge à l'extérieur par d'autres thérapeutes. L'analyse de la population le confirme : 40 % des patients sont suivis par des psychiatres, à la différence d'autres hôpitaux où ils sont plus souvent suivis par des médecins généralistes.

C'est une *fonction officielle d'expertise* de l'unité psychiatrique universitaire qui lui permet d'avoir un certain contrôle sur sa pratique. Mais à plusieurs reprises pour des patients vivant précédemment en institution, la demande s'étend pendant la durée du séjour et les frontières de l'intervention se brouillent. . .

2.2.3 Psychiatrie bureaucratisée : Malgré tout, on persévère. . .

Après l'énoncé de tous ces critères d'exclusion ou de limitation de l'intervention thérapeutique, il est temps aussi de faire état de ceux qui font que "malgré tout", les patients bénéficieront des soins les plus complexes ou de mises au point les plus longues.

Quels sont les moteurs qui sous-tendent ces critères de sélectivité :

— Une première raison de la prise en charge totale de certains patients jugée explicitement difficile tient au caractère universitaire de l'institution et à la fonction d'apprentissage des jeunes médecins par l'expérience clinique. Les effets de l'enseignement et de la recherche viennent au secours du patient, au-delà des composantes psychologiques qui différencient les thérapeutes. Il est vrai que l'on est souvent plus motivé au début d'une profession, lorsqu'on apprend beaucoup, qu'après quelques années souvent faites de répétitions et parfois de désenchantement. La motivation des médecins est encore doublée des plaisirs de la découverte qui s'estompent ou se raréfient au fur et à mesure de l'apprentissage, à moins d'être intéressé par la recherche. En CHU, les inté-

rêts scientifiques et pratiques sont conjugués et on a les moyens de mettre en œuvre leur confrontation. Des auteurs américains pensaient même créer, à partir de ce fait, l'occasion de pratiquer la psychothérapie avec les classes populaires (Greenblat & Scharaf, 1965).

— Les autres critères déterminant la variabilité des situations tiennent aux caractéristiques du patient. Il faut que celui-ci possède un capital quelconque qui le rende "désirable" aux yeux du praticien. L'investissement supplémentaire que fait le médecin peut être entendu au sens propre. Ce capital peut être fait de plusieurs éléments.

Dans un hôpital universitaire, une *maladie intéressante* est un capital bien placé. Le beau cas est un matériau précieux qui permet l'investigation des thérapeutiques, ou simplement l'observation concrète des symptômes cliniques. Mais il ne faut pas pour autant avoir une maladie très rare pour être intéressant du point de vue clinique. Parfois il suffit d'avoir un diagnostic dont la maladie fait actuellement l'objet de recherche. Ainsi la manico-dépression ou la dépression endogène représente des atouts dans l'assurance thérapeutique, avec le risque d'être cobaye de l'expérience. Peu importe à ce moment la classe sociale ou l'âge, tous les "maniaques" ont droit aux thérapeutiques les plus complexes et les plus longues. Mais ce capital-maladie n'est pas le seul en jeu. Bien que le code déontologique suppose l'égalité du droit au soin, des critères non médicaux interviennent lors de la prise de décision d'interventions que l'on sait à priori longues difficiles ou aléatoires. . . (Sudnow, 1967). Bien sûr, beaucoup d'études ont démontré à ce sujet qu'une fois de plus l'atout que représente le fait d'appartenir à une *classe sociale supérieure* est important. Nous avons pu le constater également à travers la capacité plus fréquente chez les personnes de classe supérieure de susciter un intérêt chez le personnel soignant. Les rationalisations thérapeutiques sont alors fort utiles pour justifier des attitudes différentes face au patient. Ce qui est défini comme étant nécessaire pour le patient est souvent bon pour le thérapeute. La neutralité éthique reste une fiction à laquelle le personnel est incapable de renoncer, tout en n'étant pas en mesure de l'atteindre vraiment, même si tout est mis en œuvre effectivement pour rendre crédible l'idéologie du traitement. Pourquoi?

La mobilisation affective que suppose pour le thérapeute la prise en charge totale de certains patients n'est pas reproductible sans conditions. L'investissement émotionnel du patient dans la relation d'aide suppose un accrochage "comme dans la vie", "quelque chose qui fait que. . ." Et comme dans la vie quotidienne, la sélectivité s'impose. L'usage fréquent de la phrase "j'ai envie de m'occuper de. . .", tant aux réunions qu'ailleurs, témoigne aussi combien la relation thérapeutique est avant tout une relation, c'est-à-dire le produit de deux subjectivités.

Les pratiques organiques peuvent encore faire croire à une certaine

neutralité, mais celle-ci disparaît visiblement lorsqu'il faut faire appel à d'autres moyens. Ils supposent en effet un surplus "d'amour", une "énergie" de la part du thérapeute pour que la technique utilisée soit efficiente.

De même, on constate pour certains patients présentant une lourde pathologie un travail fait surtout de persévérance, où le médecin est soutenu par l'espoir d'une amélioration. Mais il faut que cet espoir ait lui-même un support : soit une amélioration momentanée (on continue parce qu'on se dit que cela a été mieux une fois. . .), soit des conditions extérieures, soit aussi simplement le fait que le patient est connu du service, fait partie de cette famille psychiatrique, incomplète sans certains de ses patients. Dès lors, on ne l'abandonne pas ainsi. Bien que le service soit une unité de crise, ce patient ne sortira pas tant qu'une solution soit sur le plan social, soit sur le plan thérapeutique ne sera pas trouvée. C'est ainsi d'ailleurs que depuis l'ouverture du service, les durées de séjour s'allongent inévitablement.

CONCLUSION

L'étude de la pratique quotidienne d'un service de pointe montre que l'objectivisme médical reste décidément toujours à l'état de projet d'une maîtrise des problèmes posés par le patient. Qu'ils soient d'ordre existentiel ou social, ceux-ci échappent toujours au code médical et font du psychiatre un spécialiste toujours particulier.

Là où ils se veulent spécialistes à part entière, c'est-à-dire en hôpital universitaire, les psychiatres sont tour à tour déqualifiés et servent d'assistants sociaux et de généralistes, ou surqualifiés et chargés de réparer l'irréparable. En tout cas, ils ont toutes les peines du monde à maintenir leur intervention au niveau où ils le désirent.

L'analyse de la présence du modèle biologique n'empêche nullement la présence d'autres modèles théoriques qui intègrent sans cesse des éléments qui n'appartiennent pas au code médico-biologique.

Avant d'être des scientifiques, les médecins sont d'abord des cliniciens, c'est-à-dire des praticiens dont le but est aussi, rappelons-le, de soigner les patients. A ce titre ils ne peuvent pas ne pas tenir compte de l'humain, c'est-à-dire de la totalité de l'individu souffrant. Dans une unité de recherche, ils sont perpétuellement aux prises avec les contradictions qui existent entre l'humain et la technique, oscillant de l'une à l'autre.

D'une part, les exigences de la démarche scientifique supposent d'évacuer le sujet malade dont l'expérience vécue n'offre pas de crédibilité nécessaire et suffisante à la scène scientifique, pour ne laisser en place que la mesure qui, seule réalité légitime, permet à une discipline d'accéder au statut scienti-

fique. Mais, peut-être plus en psychiatrie que dans d'autres disciplines, force est de constater que l'objectivation de l'homme comme objet de science ne s'accompagne pas aisément de sa réduction, même momentanée, à une machine biochimique. A l'inverse de la chirurgie, la psychiatrie reste une intervention sur la vie et non sur le corps, et cherche à "guérir la vie".

C'est même la maîtrise de la technique qui, dans le cadre d'une demande scientifique, permet de mesurer la part de l'humain et de l'irréparable. Ce n'est pas la technique en soi qui influence la relation du médecin au patient, ce sont plutôt les orientations culturelles des médecins qui sont à l'origine du type de relation qu'entretient le médecin avec le patient. Nous avons constaté aussi une tendance des psychiatres à se *calquer sur le modèle professionnel médical* à travers l'importance accordée à la notion d'expert, l'adoption de valeurs issues du credo médical et scientifique, la place de la technique, l'usage prioritaire du médicament et l'évaluation permanente des résultats. Paradoxalement, ce sont ces mêmes tendances qui conduisent le psychiatre d'hôpital général à vouloir dépsychiatriser et limiter son intervention et à faire le constat répété d'échec du schéma de réparation.

Ces constatations n'empêchent pas pour autant les psychiatres de prendre certains cas en charge jusqu'au bout, car l'hôpital universitaire est aussi un lieu d'apprentissage de pratique professionnelle, de diffusion des valeurs et d'expériences. C'est ainsi que nous avons remarqué simultanément une tendance à la limitation de l'intervention et à la prise en charge continue du cas.

Ce ne sont donc pas des lignes strictes et unidimensionnelles qui caractérisent la pratique psychiatrique *définie principalement cas par cas, l'autre cas étant le thérapeute*.

Aujourd'hui comme hier, la pratique psychiatrique hospitalière est un arrangement d'une série de facteurs circonscrits par des règles institutionnelles et professionnelles, arrangement qui fait souvent du hasard une somme d'éléments explicables à posteriori.

BIBLIOGRAPHIE

- BECKER, H. S. (1961), "Boys in White, Student Culture" (The University Press of Chicago, Medical School Chicago).
- BOLTANSKI, L. (1975), "Prime éducation et morale de Classe" (Mouton, Paris).
- BOSK, Ch. (1979), "Forgive and Remember" (Edition of Chicago Press, Chicago).
- CASTEL, R. (1981), "La gestion des risques" (Ed. de Minuit, Paris).
- CHAUVENET, A. (1978), "Médecin au choix, médecine de classe" (PUF, Paris).
- ESCOFFIER LAMBIOTTE, J. (1981), La féminisation du corps médical, *Le Monde*, Paris (30. 12. 1981).
- GOFFMAN, E. (1968), "Asiles" (Traduction) (Ed. de Minuit, Paris).
- GREENBLAT, M. & SCHARAF, M. (1965), Poverty and Mental Health : Implication for Training, *Poverty and Mental Health*, Greenblat et alii (A. P. A., Washington D.C.) 151-159.
- MENDLEWICZ, J. (1982), *Special Medecine*, 12 (1982) (Bruxelles).
- MERTON, R. K.; KENDALL, P. L. & READER, G. (1957), "The Student Physician" (Harvard University Press, Cambridge).
- PARSONS, T. (1955), La pratique médicale moderne, *Eléments pour une sociologie de l'action* (Introduction et Traduction de F. Bourricaud) (Plon, Paris).
- ROTH, A. J. (1963), Information and the control of treatment in tuberculosis hospital, *The Hospital in the Modern Society*, Freidson, E. (The Free Press of Glencoe) 293-318.
- SUDNOW, D. (1967), "Passing on the social organization of dying" (Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey).
- VERDES LEROUX, P. (1978), "Le travail Social" (Ed. de Minuit, Paris).

