

Les psychothérapies structurées du psychiatre
Colloque CNAMTS/CNQSP 7.10.16
François Kammerer¹

1. Préambule en quatre points :

- 1.1. Voici la fin d'un écrit de 1974 : *« aucun texte ne lie le remboursement d'une consultation à la concomitance d'une prescription. Dans le cas de la psychothérapie qui comporte des consultations étalées sur un temps assez long, il serait absurde d'exiger que chaque consultation fût suivie d'une prescription. »*. Ce sont les derniers mots de la circulaire « Sournia »¹ rappelés ici pour souligner le caractère déterminant sur le façonnage des pratiques des trop rares rencontres comme celle d'aujourd'hui. J'imagine que l'une des raisons de ma présence à cette table ronde est celle de l'action de l'Association Française de Psychiatrie, en lien notamment avec la Commission de Qualification en psychiatrie de l'Ordre des Médecins, dans l'élaboration du décret relatif à l'usage du titre de psychothérapeute ².
- 1.2. Un second élément d'introduction: la définition de l'OMS de la santé par le bien être. Cette catégorie n'est pas anodine pour notre sujet puisque la perspective du soin peut radicalement changer en fonction de la manière dont elle est définie, jusqu'aux économistes avec les propositions de modifications du PIB par la commission Stiglitz (2008). Dans notre domaine entre sauna, massages ou autres pratiques de bien être d'une part, et modification du cours ou d'un rapport à la maladie d'autre part, il peut y avoir un monde aux frontières parfois incertaines alors qu'un mal-être diffus peut être synonyme d'une pathologie réelle dont la prise en charge efficace et rapide apportera un bénéfice certain tant sur la plan humain qu'assurantiel.
- 1.3. Que rajouter après les brillantes interventions précédentes ? Peut être parler des controverses, c'est à dire à la fois de hiatus et d'incomplétude d'une part et de continuum. de créativité et de culture d'autre part. Mais immédiatement je voudrai écarter un écueil dans lequel la commission de travail n'est semble-t-il pas tombé, celui de l'opposition habituelle : prescription pharmaceutique / psychothérapie. Car par ses moyens thérapeutiques, le psychiatre évolue dans un décors beaucoup plus large, même s'il ne va pas en utiliser quotidiennement toutes les pans. Ce décor peut être comparé à un univers tétra- ou quadridimensionnel, soit pyramidal. Quatre pôles: le mode de pratique intra-hospitalière ou ambulatoire, les thérapies biologiques incluant la sismothérapie toujours d'actualité, les psychothérapies dites structurées et enfin l'univers institutionnel au sens large, celui des expertises médico-sociales ou des fonctions socio-juridiques, avec les divers avis et certificats qui sont demandés au psychiatre par la justice, le préfet, les assurances, les notaires etc....

Pour chacun de ces quatre pôles et pour tout acte il existe des effets placébo ou nocébo, plaie ou nuire psychiquement, dépendant de ce qu'on appelle le

¹ Vice-président de l'Association Française de Psychiatrie.

transfert, analysé ou non. Car, sans rogner sur le terrain de Monsieur Schmitt qui va prendre la parole après moi, la question des effets placebo des hospitalisations peut aussi se poser.

Un exemple : au printemps, âgé de plus de 70 ans, vivant seul après un divorce datant de quelques années, un psychanalyste de renom, très grand érudit de la théorie lacanienne, ayant eu en son temps une formation de psychiatre, vient me voir en consultation. Je le connais par ailleurs dans un cadre de relations qui, pour être amicales restent purement professionnelles. Je connais un peu mieux son frère, plus âgé. Il présente un état mélancolique certain. Récemment : amaigrissement de plusieurs kilos, bilans biologique et somatique normaux, absence d'idéations suicidaires mais importante prégnance d'une perspective de mort; réveils réguliers à 5 heure du matin avec lever et attente vigile assis dans son fauteuil enveloppé d'une couverture; agoraphobie ; idées de ruine, craintes infondées de poursuites judiciaires avec emprisonnement imminent etc.. Sur son passé il me dira avoir eu un état dépressif il y a une dizaine d'années, dont il est sorti grâce à des séances de sismothérapies effectuées, chose un peu curieuse, à sa demande en clinique privée. Il me rappelle au passage que Lacan n'hésitait pas à adresser certains patients à Deniker pour des sismothérapies. Malgré des difficultés, il ne veut pas, initialement, abandonner sa pratique qu'il arrive à maintenir à peu près correctement et qui constitue, outre ses rencontres avec son frère, son seul lien social. Que proposer ? Certainement pas une analyse : il ne me demande rien de tel, Lacan est passé par là bien avant, et cela se transformerait vite en contrôle de ma propre pratique. Nous nous limitons donc à des entretiens hebdomadaires que l'on qualifiera en termes classificatoires d'inspiration analytique, l'inspiration venant en l'occurrence et avec brio du patient lui même (!), entretiens associés à des prescriptions de psychotropes. Premier sérotoninergique à diverses doses : échec ; un second sérotoninergique à diverses doses également, associées à de l'acide valproïque, un hypnotique et un neuroleptique sédatif à faible dose ne feront pas suffisamment bouger le tableau qui s'enlise : il veut arrêter son exercice, Lacan l'a trompé, il est professionnellement foutu etc.... Il a beau également consulter de lui même l'un des pontes restant de la psychanalyse qui lui propose de participer à son groupe de travail, et par ailleurs faire un essai chez une praticienne de l'hypnose non médecin (j'espère qu'elle n'est pas psychologue !) dont les phantasmes de palmiers ne l'intéressent guère. Rien n'y fait. A un moment mon angoisse me suggère une demande d'IRM à laquelle je ne donne pas suite. Arrive la fin juillet et sa période de vacances habituelles pour laquelle il n'a rien prévu, et je vois arriver septembre avec une reprise professionnelle impossible et une aggravation de la situation. Je saisi l'occasion pour le surprendre et lui proposer des sismos de manière impérative sans lui laisser d'autre choix que son acceptation pour préserver sa liberté, et ce malgré sa relative contrariété. Il est 13h30 un jour de fin juillet. Arrivé seul, il repart seul chez lui pour prendre quelques affaires et rejoint son frère, parfaitement d'accord avec la démarche, qui l'invite à déjeuner d'un steak revigorant avant de le conduire à l'hôpital psychiatrique. Dans la voiture il lui dira : « Kammerer me jette comme un déchet, il en a mare de moi. ». Il n'y aura cependant, comme j'en étais convenu avec lui, ni HDT ni HO.

Mon diagnostic et l'indication thérapeutique sont retenus par un psychiatre chef de service qui le reçoit presque au pied levé durant une heure, ainsi que par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation qui engage le bilan pré-sismothérapie. Sans que cette dernière débute, avec un traitement d'attente comportant un antipsychotique et un tricyclique à des doses très modérées, à 8 jours d'hospitalisation, un matin, miracle, il est soudainement quasiment guéri et sortira trois jours plus tard. Revenant me voir fin août en pleine forme, il qualifiera l'ensemble de son parcours de réal-thérapie. – peut être en comparaison de la realpolitik définie comme « la politique étrangère fondée sur le calcul des forces et l'intérêt national ». Que Monsieur Gabache se rassure s'il en est besoin : hors pharmacie, les soins ambulatoires n'ont strictement rien coûté à l'assurance maladie puisqu'avant son hospitalisation, par confraternité, je n'ai facturé aucun acte, et après l'hospitalisation la situation s'est réglée sans la caisse, suivant le souhait du patient : « tu sais, j'ai bien compris me dit il : même si je suis un peu hystéro, je t'ai fait tellement chier pour que tu m'envoies à l'hôpital presque de force, que maintenant je veux te payer réellement, sans remboursement, c'est mon affaire, laisse moi cela. Là aussi il y a de la réalité. ».

Quelle conclusion tirer de cet exemple ?

J'ai un peu de mal à croire que le traitement d'attente soit le seul agent curateur de cet épisode qui pris fin brutalement, en une nuit insondable. Je puis certes imaginer les critiques : c'est une farce, ces psychiatres sont des cuistres, ou encore c'est un exemple trop singulier. Mais tous les cas sont faits de singularités !

Une question : les effets de toutes les prises en charge, qu'il s'agisse de mes confrères hospitaliers ou de ma pratique sont-ils à relier à une pratique psychothérapeutique, institutionnelle ou pharmacologique ? Pour ma part je donne ma langue au chat ! Comment rationaliser l'irrationnel de ce succès global ? Car ce patient que j'ai revu cette semaine va maintenant parfaitement bien et a complètement repris ses activités ainsi qu'une vie sociale nourrie.

1.4. Revenons au titre de cette communication : comment sont posées les indications de psychothérapies structurées (structurées pour faire la différence avec les actions psychothérapeutiques de tout acte médical et de nombreux actes de simple civilité) ? Je dirai en un mot : l'expérience clinique et la culture professionnelle, avec une notion essentielle souvent peu évoquée : la liberté du praticien et sa possibilité de refuser une prise en charge, comme le précise le code de déontologie. Réponse de gascon ! Je vais donc un peu affiner :

1.4.1. Tout d'abord je crois, et c'est le cas de tout psychiatre installé, qu'une partie des patients qui viennent chez tel psychiatre viennent en raison d'une certaine orientation que le praticien a prise, qui est connue soit par le bouche à oreille soit par ses correspondants et qui est irréductible à un psychiatre abstrait, fictif, standardisé et utilisable pour des études statistiques qui restent souvent centrées sur les pathologies et qui de toute manière reflètent mal la relation thérapeutique pourtant essentielle. C'est l'un des nœuds du problème, j'y reviendrai.

1.4.2. De formation psychiatrique classique, je ne travaille plus qu'en exercice libéral ambulatoire. J'ai assez longuement travaillé en établissement privé, ce qui signifie en clair : une pratique à risque et fortement collaborative à plusieurs niveaux. J'ai associé à cette formation un cursus analytique personnel. Les psychothérapies font donc partie, de façon centrale comme pour beaucoup de psychiatres, de mon cœur de métier.

- il existe des méthodes psychothérapeutiques que j'estime et connais mais que je ne pratique pas, par choix : thérapies cognitives et comportementales, relaxation, hypnose dans ses multiples formes. J'adresse alors à un confrère psychologue ou psychiatre à l'aise avec ces pratiques dans des indications ciblées : lorsque les symptômes sont suffisamment limités, non envahissants dans la sphère psychique, que le patient est demandeur d'une action limitée, ou que le terrain global ne permet pas d'action plus large, avec un projet consistant en des travaux de réaménagement, quitte à ce que celui-ci puisse être effectué ultérieurement, une fois réglés des symptômes qui seraient de surface. Beaucoup plus rarement il peut m'arriver d'effectuer des thérapies de couple. Il y a enfin les pratiques courantes de méditations qui prennent leur essor et dont viennent me parler certains patients, de même que l'éducation thérapeutique.
- Un aspect ne fait plus débat : l'association chimiothérapie et psychothérapie est, dans bon nombre de pathologies, nettement supérieure aux effets de la seule psychothérapie ou pharmacothérapie. A ce sujet un élément qui est souvent mal apprécié des administrations de tutelles : le temps nécessaire à la première consultation, essentielle pour l'avenir de toute prise en charge et même si *in fine* elle se limite à ce qu'on appelle une « simple » prescription pharmaceutique. Elle nécessite d'accompagner le patient dans une sorte de tour du propriétaire, toujours imprévisible. Pour ma part je prévois toujours une heure dans mon agenda, le temps d'établir une biographie minimale dont l'intérêt pour la suite est majeur à tous points de vue.
- Il n'est pas exceptionnel que le psychiatre fasse l'objet d'une demande émanant d'un autre professionnel de la psychothérapie ou par un médecin généraliste pour une action prescriptive. Les conditions de cet adressage dépendent donc de cet autre professionnel en fonction de ses propres indications,, soit pour un avis cas de figure que je laisse de côté, soit pour une double prise en charge. Dans ce dernier cas :
 - Le psychiatre peut éventuellement poser un principe conditionnel : sa prise en charge prescriptive ne se maintiendra que si la psychothérapie se poursuit, et en cas d'arrêt de celle-ci du fait du patient, la prise en charge prescriptive s'arrêtera également. Ceci pour éviter l'éventuelle rupture d'une psychothérapie dans les phases difficiles, avec un replis sur les seuls médicaments, et la chronicisation sans issue d'une prescription.
 - Toujours dans ce registre de prescripteur, il peut m'arriver d'être plus que surpris par l'acharnement de certains thérapeutes, éventuellement analystes, sur des psychoses, notamment

schizophréniques, ou dysthymiques, qui relèvent d'un réel acharnement thérapeutique. Il est alors difficile de faire passer l'idée princeps de créer les conditions pour laisser ces patients en paix avec eux mêmes : leur masochisme est suffisamment opérant !

- Enfin rien ne m'agace plus que les soi-disant professionnels en position de psychothérapeutes, quels qu'ils soient (thérapeutes, psychiatres ou psychologues), qui prétendent, à partir de leurs propres angoisses (liminaires ou non) et sans autre intérêt notable, dicter aux patients mes propres indications, en pervertissant la tabula rasa que constitue le premier entretien, long.
 - Il est assez fréquent de constater que les doubles prises en charge les plus aisées sont celles qui sont effectuées par des praticiens se connaissant bien, et pour lesquels, le plus souvent une entente tacite existe et permet de se passer de trop nombreuses informations ou appels téléphoniques.
 - Ces indications classiques de double prise en charge restent cependant peu systématisables et sont une affaire de cas par cas. Des études américaines ont cependant démontré et c'est important aujourd'hui, qu'elles induisent un coût global qui est supérieur à celui du recours à un seul intervenant³.
- Dans diverses situations, le psychiatre ne peut effectuer lui-même une thérapie : connaissance d'un ami proche, d'un membre de la famille ou du conjoint du patient demandeur. Le psychiatre adressera donc le demandeur à un confrère.
 - Et enfin, il peut arriver à un psychiatre en fonction de psychothérapeute d'adresser des patients à un autre psychiatre pour un suivi classique et prescriptif, afin rechercher l'avantage de scinder les enjeux de thérapeutiques différentes quant à leurs visées, et d'éviter notamment une dépendance médicamenteuse d'ordre psychologique. C'est le cas notamment pour certains patients très suggestibles ou très dépendants sur le plan oral.
 - A noter que les reprises de traitement, après échec (et non reprise après une période conséquente d'arrêt d'une psychothérapie), est, comme en chirurgie, toujours plus difficile qu'un travail initial.

Très bien pourriez vous me dire, mais tout cela dépend quand même beaucoup de votre propre subjectivité. Qu'en est il de vos bonnes raisons d'agir ainsi ? Quelles en sont les bases, quelle science ?

2. Questions de définitions

Pour me mettre en jambe sur ce sujet somme toute difficile, j'ai notamment parcouru un numéro de la revue Perspectives psy dont l'éditorial est intitulé « Comment la psychothérapie vient elle aux psychiatres ? »⁴. Dans son article « Pour une méta-théorie de la psychothérapie⁵, Colette Chiland, décédée il y a quelques jours, nous lui rendons un vif hommage, cite la définition de Duruz : « La psychothérapie est une technique

indéfinie, appliquée à des cas non spécifiques avec des résultats imprédictibles et pour laquelle un training rigoureux est toutefois requis. » . Colette Chiland poursuit, après avoir cité le chiffre de 400 types de psychothérapies répertoriées : « *La multiplicité des psychothérapies pose le problème d'une méta-théorie de la psychothérapie pour rendre compte de ce que, en dépit de théories différentes, chaque méthode de psychothérapie connaît des succès et des échecs.*

Psychiatre et psychothérapeute sont presque des termes doublets. Mais certains psychiatres sont plus à l'aise pour lire des IRM et prescrire des médicaments que pour faire une psychothérapie, et tout psychothérapeute n'est pas médecin. Le médecin a eu une expérience clinique, « au lit du malade », de la souffrance physique et de la mort, ce qui a une grande importance, mais la psychothérapie nécessite, même pour lui, une formation spéciale. Prescrire une psychothérapie, c'est croire en la réalité psychique, une réalité psychique irréductible au neuronal, en même temps qu'elle ne peut pas advenir sans le neuronal. »

Dans le même numéro, Jean Garrabé ⁶, signe un article intitulé : « *Histoire de la psychothérapie en France* », dans lequel il rappelle que Freud, dès 1890, indique que « traitement psychique » doit s'entendre non comme traitement *du* psychique mais traitement *par* l'activité psychique. Il cite notamment la classification, qu'il juge trop complexe, du dictionnaire de l'Académie de Médecine (2000) qui distingue 6 types de psychothérapies : 1. *psychothérapies magico-religieuses*, 2. *intersubjectives* fondées soit sur la catharsis soit sur le transfert, 3. *rationnelles*, nées de la psychologie expérimentale ou d'autres domaines scientifiques, 4. *morales* relevant d'une morale transcendante (exorcisme) ou sociale, 5. *avec médiations corporelles ou artistiques* : relaxation, art-thérapie (arts plastiques, arts de la scène, musicothérapie), 6. *du mouvement du potentiel humain dites aussi à visée humaniste*, schématiquement réparties selon trois axes : émotionnel, corporel et mystique.

A la fin de son article il donne sa définition de « la » psychothérapie : « *Méthodes ou procédés basés sur une théorie du psychisme qui, utilisés en médecine à des époques de son histoire caractérisées par un contexte scientifique et culturel propre à chacune d'entre elles pour traiter diverses maladies décrites par la clinique et la nosologie du temps, se révèlent bénéfiques chez certains sujets et inefficaces chez d'autres, posant ainsi la question des indications respectives des différents procédés préconisés et de leur association à d'autres moyens thérapeutiques* . [Cette définition dit-il] *permet une classification des psychothérapies plus cohérente que celle du Dictionnaire de l'Académie de Médecine et de mieux situer pour le praticien les enjeux épistémologiques...* ». Outre les indications, cette définition aborde la question du contexte culturel, théorique et scientifique en fonction de l'histoire. En bref les questions de mode, l'association à d'autres moyens thérapeutiques et les enjeux épistémologiques.

3. Faisons un tour du côté de ces enjeux épistémologiques :

- 3.1. On ne peut qu'être frappé de voir à quel point la pathologie mentale, réel trou ou boîte noire, séduit, fascine, est l'objet de multiples demandes et permet toutes les projections théoriques. L'un des meilleurs exemples, en dépit de certaines erreurs des praticiens eux-mêmes, est celui, très actuel, de l'autisme, avec les passions qu'il a su déclencher avec le récent rapport de l'HAS déjà annoncé comme dépassé par un autre

rapport à venir de la même institution. Autre exemple : celui de l'étude de l'INSERM de 2004 qui a donné l'avantage, sur une méta-analyse globale, aux thérapies cognitivo-comportementales comparées à d'autres méthodes alors qu'à la même période, était publiée une autre étude dont la conclusion reconnaissait qu'il n'existait que de différences de résultats faibles ou négligeables sur l'efficacité des psychothérapies entre les méthodes d'orientation théoriques différentes⁷, avis qui prévaut actuellement. Zimmermann et Pomini d'un côté, Jean-Michel Thurin⁸ de l'autre, soulignent les difficultés liées aux effets de taille des échantillons et à l'impossibilité de concevoir un psychothérapeute placebo. Jean-Michel Thurin affirme qu'il est nécessaire et possible d'établir un nouveau système de preuves spécifiques dont l'évaluation est caractérisée par la difficulté de standardiser le protocole et la délivrance des interventions. Il isole cinq aspects spécifiques : le traitement psychothérapeutique n'est pas réductible à l'application d'une technique ; au delà de suivre le traitement, le patient en est co-auteur; le changement se déroule sous la forme d'un processus ; la chronologie de ce processus est ajustée aux spécificités individuelles ; des modérateurs peuvent contrarier ou faciliter l'effet du traitement.

3.2. Sur la question des avancées en neuroscience, trois points :

3.2.1. L'interview de Denis Forrest par Bernard Granger⁹ peut tempérer un enthousiasme certes nécessaire mais de surface : *« quand un neuropsychologue se demande aujourd'hui ce que c'est que l'héminégligence, ou qu'on découvre de nouveaux rôles à des régions comme l'insula ou le cortex préfrontal ventromédian, on n'est pas loin de ce que faisaient des gens comme Wernicke vers 1870. On est dans ce que William Bechtel appellerait un projet au long cours : comprendre des cas extraordinaires, déterminer comment le cerveau nous confère nos capacités ordinaires les plus remarquables. »*.

3.2.2. Second point : la scission aux USA entre les chercheurs et les praticiens à propos du DSM 5 , les chercheurs préférant établir prochainement une nouvelle classification, propre à l'activité de recherche¹⁰. Cette décision n'est pas étrangère au retrait annoncé des laboratoires pharmaceutiques de désinvestir dans la recherche de nouveaux psychotropes compte tenu du peu d'importance, ces dernières années, des innovations abouties en termes de commercialisation.

3.2.3. Dernier point : la portée imaginaire, pour les professionnels, des objectivations neuroscientifiques et de leurs implications théoriques : il faut bien se rendre à l'évidence qu'en dépit de leur réel intérêt, elles ont une forte tendance à remettre l'ancienne phrénologie au goût du jour et, lorsqu'elles sont utilisées à tort, à limiter considérablement et de façon régressive, les pensées du professionnel sur la causalité psychique. Cette affirmation doit être tempérée par les dimensions de la neuroplasticité et de l'épigénétique qui n'ont pas dit leur dernier mot, le fixisme pouvant être considéré, à la suite de Roger Misès, comme l'ennemi principal d'une position psychothérapeutique.

4. Quant à la polyvalence des références théoriques, quatre points :

4.1. Avec la formation clinique encore une fois essentielle, la théorie fait partie intégrante du bouclier protecteur du professionnel. Tout de go, je dirai que sans ces deux piliers les professionnels seraient envoyés au casse-pipe avec de réelles conséquences pathologiques (psychiques ou somatiques) pour eux même.

- 4.2. Je ne ferai qu'évoquer la difficile question du monisme et du dualisme psychésoma, instituée avec tant de force par la culture occidentale dont, cartésiens, nous sommes, souvent malgré nous, les rentiers. Question difficile car il s'y loge les résistances à l'inconscient dont le terme allemand, *Unbewusst*, est en l'occurrence beaucoup plus parlant : l'insu. Mais je rappellerai juste qu'il me semble une erreur de penser Freud lui-même sur un modèle dualiste, alors que l'une des pierres d'angle essentielle de sa théorie est la pulsion, ancrée dans le somatique. Dans un de ses articles³, Maurice Bensoussan rappelle l'importance du mécanisme du refoulement des affects, non présent dans la théorie freudienne et introduite par Sami Ali porteur d'une vision psychosomatique uniciste. Paradoxalement on notera que les dimensions de l'hystérie d'une part et d'une médecine psychosomatique d'autre part sont devenues quasi inexistantes dans le DSM, malgré l'existence de la catégorie des troubles dits « somatoformes ». Une chose est de se promener sur la canopée, autre chose est de ne pas en cultiver les racines. Je vise dans la même ligne la segmentation préjudiciable des pratiques et ce même en médecine interne dont les maîtres actuels se plaignent de la dégradation de la Clinique par l'utilisation inflationniste des résultats des examens complémentaires.
- 4.3. En troisième point, je me référerai à un article essentiel et rare sur le sujet, celui du professeur Jean-Jacques Kress¹¹, impossible à résumer en quelques mots. On y lit que les références théoriques sont, à l'instar des théories sexuelles infantiles, incontournables car tout un chacun en a des représentations, mêmes fort vagues, axées sur la force ou la faiblesse, l'hérédité, l'éducation ou l'entraînement à la maîtrise, l'interprétation du fait psychique oscillant entre deux directions : le trouble mental est soit dysfonctionnement d'une machinerie déréglée, soit expression soudaine exacerbée d'un noyau imprévisible, mystérieux et inconnaisable. Evoquant le caractère transgressif de toute visée de savoir sur le psychisme qui revient toujours à une visée de savoir sur le désir, il pointe le franchissement de la frontière qui sépare le savoir de la croyance avec l'étudiant qui passe de la nosographie à une théorie sous-tendant une thérapeutique à partir d'une conception partielle ou globale du fonctionnement psychique. *« Car c'est une chose, dit il, de savoir regrouper les paramimies, les stéréotypies gestuelles, le détachement pour évoquer la schizophrénie, et c'en est une autre de penser que le patient a des démêlés avec « le bon et le mauvais objet » ou « la forclusion du nom de père ».* Plus loin : *« Il est bien sûr fort sage de rappeler que les théories sont des constructions passagères, que seule compte la réalité clinique dont on sait qu'elle n'est descriptible qu'à partir d'une d'un point de vue théorique. Freud lui-même a dit « qu'il ne fallait pas confondre l'échafaudage avec le bâtiment », que les constructions théoriques étaient comparables au délire et que la métapsychologie était sa sorcière. Mais se débarrasse-t-on aussi aisément d'un délire ? Et comment se débarrasse-t-on d'une sorcière, surtout si l'on feint de n'y pas croire ? Il suffit de lire la littérature psychiatrique et de vivre les affrontements entre les orientations diverses, pour se rendre compte que ces conseils sont des dénégations et que nous sommes voués aux sorcières, l'enseignant, plus que tout autre. ».* Et plus loin Jean-Jacques Kress fait référence à Georges Lantéri-Laura et à son recours au langage de la théologie pour éclairer les divers modes de visée sur le vrai. *« Il nous montre que la vérité peut être monothéiste, révélée, , relevant d'une conception générale de l'homme ou polythéiste produite,*

travaillée, parcellaire, selon des champs délimités, des modèles et des systèmes divers. Il n'apparaît pas que les théories soient aussi nettement réparties selon ces deux ordres : monothéiste globalisant ou polythéiste parcellaire. En psychiatrie elles sont diablement monothéistes si l'on peut dire. »

- 4.4. Enfin, pour répondre à la demande de Monsieur Accoyer à propos du décret sur l'usage du titre de psychothérapeute, c'est contre l'obscurantisme que les psychiatres se sont accordés pour demander, avec un succès assez relatif, le respect d'une formation longue, associant d'une part une formation poly-théorique large et suffisamment exhaustive, et d'autre part une formation clinique pratique de compagnonnage sur le terrain. C'est sur ce dernier point que leur succès a été le plus mitigé. C'est aussi sur ce dernier point, celui de la formation clinique, que d'importants progrès de collaboration doivent être faits entre facultés de psychologie et facultés de médecine., les attributions de stages cliniques de psychologues suffisamment formateurs et polyvalents restant souvent une histoire de foire d'empoigne. Mais ce qui a présidé de façon essentielle pour les psychiatres à la construction de ce décret et qui a créé leur cohésion, c'est bien la notion de prise de distance par rapport aux théories et le refus du fanatisme, une assimilation digestive en quelque sorte, bref la notion d'une formation qui s'apparenterait à ce qu'on appelait à une autre génération : « faire ses humanités », fussent elles spécialisées. C'est tout le sens de la formation clinique, et ce quelque soit la spécialité. Encore faut il du temps et des enseignants de la Clinique suffisamment nombreux et libres par rapport à la course imposée aux publications internationales.

5. Pour conclure : un suggestion, une apostille et une citation :

- Une suggestion sur un domaine qui ne m'appartient pas : à l'image des pratiques psychothérapeutiques, il me semble que les décisions prises seront d'autant plus efficaces qu'elles seront tangentielles et non frontales, et ceci à plusieurs niveaux :
 - En respectant la polyvalence des diverses qualifications professionnelles en jeu, sans les mettre en concurrence, tout en considérant leur niveaux de compétence au regard du risque clinique tant pour le patient que pour le praticien et de responsabilité. Il y a en effet un réel problème actuel de juridiction pour les psychologues tant que leur ordre professionnel n'est pas développé.
 - En évitant de rentrer dans une nomenclature diagnostique qui n'aurait pas de sens : Maurice Bensoussan, tout en restant très discret m'a fait part de certains projets qui incluraient des catégories comme les « dépressions ». Pardonnez moi, mais pour les professionnels cela ne veut rien dire ni en terme de gravité ni en terme de structure opérante sur le plan clinique : un affect dépressif à lui seul n'est ni une maladie dépressive, ni une structure psychopathologique. Bref, énoncé brièvement comme le ferait un texte réglementaire, c'est un fourre-tout.
 - En laissant au psychiatre sa place de garant de santé publique, du fait de sa formation clinique et de son expérience.
- Une apostille : je ne doute pas du temps passé, de l'énergie, et pour tout dire du cout subjectif et réel, sans doute non calculés, qui ont été de mise pour élaborer ce projet. Tablons sur le fait qu'ils ont été moindres que d'autres réunions interprofessionnelles comme par exemple celles de la Commission Couty qui, pour

avoir été réellement fructueuse, a été peu suivie d'effets. Mais une chose est sûre : ces travaux peuvent être comparés à ceux mis en œuvre lors d'une psychothérapie. C'est trop souvent oublié et... non comptabilisé dans les remboursements de l'assurance maladie.

- Une citation : J'espère que vous n'y verrez pas malice car cette citation peut concerner tous les professionnels en responsabilité réunis ici, chacun dans son environnement: elle est de Pierre Boulez, tirée du recueil d'entretiens¹² récemment paru dans une collection d'inédits et établis par Michel Archimbaud qui interroge :
« *Le fait d'être vous même compositeur vous aide-t-il lorsque vous dirigez l'oeuvre d'une autre compositeur ?*

Réponse de Boulez :

« *Certainement .. Quand on est chef d'orchestre et compositeur, on fait davantage attention à toute la texture de l'œuvre dans la mesure où l'on sait le temps qu'il faut pour mettre en place une page d'orchestre.*

La composition permet une pratique de l'instrumentation, des équilibres, de ce qui est important à entendre et de ce qui l'est moins, c'est à dire tous les plans qu'il faut écouter. D'un point de vue formel, l'expérience du compositeur permet de comprendre comment une oeuvre se développe. Le fait d'être compositeur vous rend donc plus vigilant, aussi bien sur le sens de la forme que sur celui du détail, des points essentiels dans l'art de l'interprétation.

Certains chefs possèdent intuitivement ce don et d'autres non. Il y a deux façon d'être cycliste : soit on regarde une carte d'état major pour repérer le parcours ou bien on fait le parcours plusieurs fois pour l'avoir dans les jambes. Avec la direction d'orchestre c'est un peu la même chose : ou vous préparez la partition ou vous dirigez au jugé parce que vous avez déjà fait le parcours un certain nombre de fois. Dans le premier cas, cela peut vous faciliter les choses, mais une fois en scène, l'étude d'une carte ne remplacera jamais le paysage lui-même. »

¹ Circulaire CNAMTS M.C.N. 1029 du 22 mai 1974

² Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, complété en 2012 par le Décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute.

³ Bensoussan M. : La relation en clinique psychiatrique chimiothérapie et psychothérapie, Psychiatrie Française 2005, n° 3.04 « Le travail du psychiatre : parole et médicaments, 16-26.

⁴ Secret-Bobolakis I., Comment la psychothérapie vient-elle aux psychiatres ?, Perspectives Psy 4/2012 (Vol. 51) , p. 321-322.

⁵ Chiland C. : Pour une méta-théorie de la psychothérapie, Perspectives Psy 4/2012 (Vol 51), p 356-363.

⁶ Garrabé J. : Histoire de la psychothérapie en France, Perspectives Psy 4/2012 (Vol 51), p 348-355.

⁷ Zimmermann G., Pomini V. : Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : faits et fictions. Psychologie française 58 (2013) 167-175.

⁸ Thurin J-M, Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? PSN. Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences [enligne]. Nouvelle série. Vol.14, n°1, 1^{er} trimestre 2016 . Paris Editions matériologiques, p 29-51. URL :www.materiologiques.com

⁹ Granger B. : Les neurosciences actuelles ont-elles changé les paradigmes du XIX^e siècle ? Entretien avec Denis Forrest, propos recueillis par Bernard Granger, PSN 2015/2 (volume 13) 15-21.

¹⁰ Demazeux S., Pidoux V. : Le projet RDoC : la classification psychiatrique de demain ? Médecine/Science 2015 ; 31 :792-6.

¹¹ Kress J.J : Le psychiatre et les théories du fonctionnement psychique, Confrontations psychiatriques, n°37, 1996, 83-96.

¹² Pierre Boulez : Entretiens avec Michel Archimbaud. Collection inédits essais folio, Gallimard, février 2016, pages 91 & 92.