La psychothérapie du psychiatre

Jean-Jacques Laboutière

Le débat sur la réglementation de l'exercice des psychothérapies que nous avons lancé dans le BIPP a suscité plusieurs contributions. Nous présentons ici une tentative de synthèse des différentes prises de position qui nous sont parvenues. Le texte ci-desssous a été présenté dans le cadre de l'atelier "Psychothérapie en question" qui a été organisé par l'AFPEP au cours des 4es Journées de la Psychiatrie le 2 mars dernier.

Les propositions de loi[1] visant à réglementer l'exercice des psychothérapies ont très logiquement relancé l'éternel débat sur la place de la psychothérapie dans la pratique du psychiatre. A cette occasion l'AFPEP a demandé aux psychiatres privés de s'exprimer sur le sujet. Un certain nombre de contributions nous sont parvenues qui ont été régulièrement publiées dans notre bulletin. Je me propose ici de vous présenter une tentative de synthèse de ces contributions qui peuvent, sans doute, constituer une approche assez fidèle de ce que les psychiatres privés considèrent comme "la psychothérapie du psychiatre". J'essayerai ensuite d'en tirer quelques questions qui pourront être discutées dans le débat que nous aurons tout à l'heure.

Il faut préciser d'emblée que les contributions que nous avons reçues émanent toutes de psychiatres d'exercice privé et qu'elles se réfèrent uniquement à l'exercice de la psychothérapie dans le cadre du cabinet libéral. De surcroît, bien que le débat ait été ouvert à l'ensemble des psychiatres d'exercice libéral, leurs auteurs, à l'exception d'un seul, sont des adhérents de l'AFPEP ; bien que notre association se soit toujours interdite d'a priori théorique, il est parfois dit – et cela n'est sans doute pas faux – qu'elle regroupe majoritairement des psychiatres ayant une formation, voire une pratique analytique, même si elle a toujours été ouverte aux autres courants théoriques.

Les limites de la validité de cette étude devront donc être appréciées en fonction de ces données; nous rappelons aussi que la surface de nos adhérents représente environ un quart des psychiatres privés, ce qui permet de reconnaître à ce travail une indiscutable représentativité.

I. Synthèse des contributions

A. La psychothérapie est une dimension du travail du psychiatre

Un point fort ressort de manière unanime. Avant même d'être envisagée comme une pratique, la psychothérapie doit d'abord être considérée comme une dimension inhérente à la clinique et à la pratique psychiatrique. Le psychiatre se veut à la fois médecin spécialiste en psychopathologie et psychothérapeute, dans une acception certes particulière du terme, sur laquelle nous aurons à revenir, et qui veut exprimer le fait qu'il est un spécialiste de la relation thérapeutique.

1. Une compétence clinique spécifique

En d'autres termes, le psychiatre est un médecin qui soutient et articule constamment dans sa pratique deux approches cliniques différentes mais compatibles : une lecture médicale des symptômes qui lui sont donnés d'observer et, simultanément, une lecture intra et intersubjective de ces symptômes dans le cadre d'une relation thérapeutique, c'est-à-dire une relation d'emblée soignante. Comme l'écrit l'un de nos contributeurs : "[Que l'on se place dans le cadre d'une] clinique qui aborde le symptôme par une technique suggestive, de soutien et/ou la chimiothérapie, ou bien une clinique qui vise à découvrir le symptôme et orienter sa

subjectivation par le jeu du transfert, cela s'inscrit de toute façon, pour une seule consultation ou à long terme, dans un travail psychothérapeutique[2]".

Cette lecture clinique à double niveau spécifie radicalement l'acte psychiatrique par rapport aussi bien à tout acte médical effectué par un médecin somaticien que par rapport au travail du psychologue.

Il est vrai, en effet, que tout médecin somaticien peut, comme tout soignant, nouer une relation thérapeutique avec son patient. Freud lui-même n'écrivait-il pas : "Laissez-moi vous rappeler que la psychothérapie n'est nullement une méthode curative nouvelle. Bien au contraire, c'est la forme la plus ancienne de la thérapeutique médicale[3]". Cependant, cette relation ne fonde pas dans ce cas une lecture clinique particulière des symptômes; ils demeurent les signes d'une pathologie derrière lesquels, dans ce cas, "il n'y a nul sujet[4]".

Quant au psychologue, si sa compétence pour opérer cette lecture intra et intersubjective des symptômes ne fait aucun doute, sa formation ne lui permet pas, à la différence du psychiatre, de l'articuler à une lecture médicale.

2. Une relation d'emblée thérapeutique

En outre, comme nous l'avons indiqué à l'instant, mais il faut y revenir, cette approche clinique se veut en elle-même psychothérapique. Il doit être rappelé avec force dans le débat qui nous occupe aujourd'hui que, avant même toute mise en œuvre de techniques particulières relevant de méthodes psychothérapiques spécifiques, le fait même d'accueillir le symptôme comme manifestation singulière du sujet, et non pas comme le signe univoque et constant d'une maladie, opère déjà un effet thérapeutique incontestable.

Il est évidemment nécessaire que la relation avec le patient, dans laquelle ce travail de subjectivation du symptôme va s'opérer, soit autant que possible contrôlée par le thérapeute, de même qu'il est certain que la mise en œuvre de certaines techniques va renforcer les effets thérapeutiques. A ce titre, chacun reconnaît qu'il y a donc bien nécessité d'une formation préalable du thérapeute tout autant au contrôle de la relation à travers une démarche personnelle, que sur le plan technique à travers l'apprentissage de méthodes psychothérapiques spécifiées.

Cependant, et c'est probablement l'un des plus graves dangers du problème qui nous occupe aujourd'hui, cette exigence de formation, si indispensable qu'elle soit, ne doit pas faire oublier – ou pire encore, nier, – non seulement qu'il y ait déjà un opératoire psychothérapique dans l'approche clinique spécifique des psychiatres et des psychologues, mais encore que nulle technique psychothérapique ne pourrait valablement prétendre avoir des effets thérapeutiques hors de cette compétence clinique particulière.

Citons pour conclure sur ce sujet deux de nos contributeurs: "Cette approche […] permet d'ancrer la psychothérapie dans le champ de la psychiatrie parce qu'elle est dominée par la relation soignante qui en est la substance même[5]" et : "Ce n'est pas l'impératif de la technologie ou de la science qui donne à la pratique psychiatrique sa raison d'être, mais l'élaboration du discours médecin - malade, à partir de leur rencontre singulière[6]".

B. Faut-il distinguer les pratiques médicales et psychothérapiques ?

Un autre axe de réflexion émergeant de ces contributions est l'éventuelle nécessité de distinguer formellement la pratique psychothérapique dans l'exercice du psychiatre.

La réglementation actuelle n'introduit aucune distinction à ce niveau, les actes des psychiatres étant systématiquement repérés par une seule lettre clef dans la nomenclature. Cette lettre clef, d'ailleurs commune aux psychiatres et aux neurologues, est le CNPSY, qui désigne l'acte de consultation. Depuis une circulaire du service médical de la CNAM TS datant de 1974[7], cette lettre clef sert également, par assimilation, à coter les séances de psychothérapies.

Un seul de nos contributeurs regrette que l'exercice de la psychothérapie ne soit pas formellement repéré dans l'exercice psychiatrique. Encore ce regret se fonde-t-il sur la crainte d'une réduction du travail psychiatrique à sa dimension strictement médicale. Je le cite : "Le gouvernement tend à réduire le travail du psychiatre à un acte purement médical, […]. Tant que vous défendrez l'idée d'un acte unique psychiatrique, vous serez sous la pression de cette tentative réductionniste de notre travail[8]".

L'on voit donc bien que cette divergence est purement tactique. Sur le fond, l'unanimité demeure quant au fait que la psychothérapie constitue une dimension toujours à l'œuvre dans le travail du psychiatre et que le nier constituerait une réduction inacceptable de ce travail. Sa dissociation formelle ne pourrait donc éventuellement être envisagée que pour la faire mieux reconnaître. C'est pourquoi, la majorité des collègues, relayés sur ce point par les représentations professionnelles, préfèrent refuser de distinguer l'activité psychothérapique de l'activité de consultation.

C. Qui peut-être psychothérapeute ?

A aucun moment les psychiatres ne prétendent être les seuls praticiens à pouvoir exercer la psychothérapie. Non seulement ils sont parfaitement lucides sur le fait qu'ils ne peuvent, à eux seuls, faire face à toutes les demandes de soins, et ceci d'autant plus qu'ils sont victimes d'une démographie en sensible régression, mais ils reconnaissent d'emblée que la dimension psychothérapique fait incontestablement partie d'autres métiers de la santé mentale. "D'autres que nous, et notamment les psychologues, les infirmiers psychiatriques, intègrent cette même dimension [psychothérapique] dans leur exercice professionnel[9]".

La compétence psychothérapique des psychologues est reconnue sans aucune réserve : "Nous connaissons tous des psychologues que nous aimons recommander, d'autres moins[10]".

L'on dit souvent que la psychiatrie est une spécialité multidisciplinaire. Il serait plus exact, pour mieux refléter l'opinion des psychiatres, de dire qu'il s'agit d'une discipline multiprofessionnelle, dans le cadre de laquelle les compétences peuvent éventuellement être partagées entre plusieurs métiers dès lors que cette compétence est assurée.

Cependant, dans la mesure où il existe un consensus fort parmi les psychiatres pour rappeler que la compétence psychothérapique doit avant tout se fonder sur une compétence clinique spécifique, il paraît impossible de reconnaître cette compétence psychothérapique à des professionnels qui n'auraient pas préalablement bénéficié d'une solide formation psychopathologique au cours de leurs études, ce qui restreint a priori le champ d'exercice aux psychologues et aux psychiatres.

D. Questions de garantie

La proposition de loi[11] visant à instaurer une profession de psychothérapeute distincte de celles de psychiatres et de psychologues, prend comme prétexte qu'il y aurait une insuffisance de formation des psychiatres (et d'ailleurs des psychologues) à la psychothérapie. Certes ces formations, comme toutes formations, sont perfectibles mais je ne développerai pas ce point qui a été spécifiquement exposé par le Pr Patris.

Sans jamais nier la nécessité d'une formation psychothérapique, insistant en outre sur l'impératif d'une formation psychopathologique préalable, plusieurs de nos contributeurs soulèvent cependant le problème posé par cette volonté de garantie de compétence à travers la formation, qui apparaît comme une totale incompréhension de la part des pouvoirs publics de ce qu'est la psychothérapie.

On peut voir dans cette critique l'influence très majoritaire de la formation psychanalytique parmi les collègues mais, de manière unanime, cette garantie de compétence au travers de la seule formation paraît très illusoire en matière psychothérapique.

C’est en revanche à travers un encadrement déontologique de la profession, et surtout et avant tout d’une éthique personnelle, que cette garantie de compétence, sans jamais pouvoir être absolument atteinte, peut se rechercher. "Nous vous demandons de nous faire le crédit d’être porteur et transmetteur d’une éthique[12]" dit l’un de nos contributeurs.

Pour un autre[13], il serait à la rigueur possible de distinguer entre obligations légales, qui recouvriraient la formation et l’adhésion à une déontologie, et obligations morales, parmi lesquelles une démarche psychothérapique personnelle, mais qui ne peuvent être réglementées.

E. Rapports avec la psychanalyse

Le dernier axe de réflexion que je tirerai de ces contributions concerne les rapports complexes entre la psychothérapie et la psychanalyse. Comme je l’ai déjà dit, la majorité des contributeurs ont une formation psychanalytique, voire une pratique analytique pour certains, de sorte qu’il n’est pas étonnant que cette question soit abordée.

Le premier point, très évident, est qu’il n’y a pas d’amalgame entre la cure psychanalytique type et la psychothérapie du psychiatre. La psychanalyse est clairement repérée comme relevant d’une pratique spécifique, supposant elle-même une formation et un cadre particuliers. L’amalgame semble plutôt ici le fait d’instances extérieures à la profession, notamment de la part du Conseil National de l’Ordre, qui assimile la psychanalyse à une technique psychothérapique dès lors qu’elle est pratiquée par les psychiatres.

La question serait plutôt de savoir s’il existe une psychothérapie d’inspiration analytique, en d’autres termes de savoir s’il existe bien une possibilité de travail sur l’inconscient en dehors de la cure type. L’une des contributions les plus importantes[14] est consacrée à discuter cette question et conclut par l’affirmative ; le sentiment que l’on peut avoir à travers les échanges avec les collègues est qu’il s’agit ici d’une position majoritaire parmi eux.

Il convient aussi d’observer, en confrontant les contributions que nous avons recueillies avec les publications plus anciennes de notre association sur le sujet[15], que ce débat sur les rapports de la pratique du psychiatre avec la psychanalyse est beaucoup moins passionné que ce qu’il semblait être il y a une quinzaine d’années. Si importante qu’elle soit encore comme référence, la psychanalyse n’apparaît plus comme "l’horizon indépassable des psychothérapies[16]", comme le dit l’un de nos contributeurs.

II. Discussion

Au total, que pouvons-nous retenir de ces contributions pour le débat qui nous occupe ? Je me contenterai de trois ordres de remarques que je soumets au débat.

A. Vers une psychiatrie sans psychiatre

Tout d’abord la position médicale et la compétence clinique spécifique du psychiatre font que, quoi qu’il advienne sur le plan réglementaire, la psychothérapie ne peut être conçue que comme l’une des dimensions de son travail; tout métier de psychothérapeute qui viendrait à être institué ne peut donc être perçu que comme une réduction par rapport à celui de psychiatre. Ce nouveau métier ne devrait donc pas concerner les psychiatres, puisque, par définition, leur propre travail excède les limites qui seraient assignées à cette nouvelle profession.

Cette dimension psychothérapique est, en outre, toujours présente dans le travail du psychiatre, même dans une seule consultation. Distinguer formellement la dimension psychothérapique et la dimension médicale du travail du psychiatre pourrait peut-être s’envisager s’il était besoin de mieux faire reconnaître dans les textes la fonction psychothérapique du psychiatre, bien que la profession reste majoritairement hostile à une telle idée, mais ne rendrait pas véritablement compte de la complexité de ce travail.

Pour cette même raison, si les psychiatres admettent sans difficulté qu'ils exercent dans une discipline multiprofessionnelle où il y a place pour d'autres métiers, poser comme principe que la psychothérapie doive obligatoirement faire l'objet d'un seul métier revient à annuler mécaniquement la spécificité professionnelle du psychiatre; c'est prétendre que l'on peut faire de la psychiatrie sans psychiatre.

B. Le devenir de la santé mentale

Une telle décision aurait de multiples effets que l'on doit prendre le temps de peser mûrement. En effet, c'est au minimum anéantir la psychiatrie et la scinder en deux disciplines distinctes : d'une part les neurosciences, forme la plus élaborée de la neurologie, qui resteraient dans le champ de la médecine, et d'autre part les psychothérapies qui en sortiraient.

Cela aurait probablement des effets ravageurs sur la médecine, et donc sur les patients, puisque plus rien ne viendrait questionner, ni borner, les prétentions scientistes et hyper techniciennes de la médecine contemporaine en son sein même.

Mais les effets seraient encore plus dévastateurs pour ce qui ne serait plus désormais que la santé mentale, et non plus la psychiatrie. En effet, supprimer la psychiatrie, c'est revenir à un séparatisme de principe entre psyché et soma, c'est-à-dire à une position idéologique, et donc se couper radicalement de toute ambition scientifique en cette matière.

Dès lors, il est à craindre que la psychothérapie, après avoir sans doute transité un temps dans le champ de la psychologie, qui pourra certes encore lui donner un minimum de consistance théorique, n'en vienne à terme à se diluer, au mieux, dans le champ des pratiques sociales, et, au pire, dans le registre des croyances, ouvrant ainsi la voie à toutes les dérives que l'instauration du métier de psychothérapeute voudrait précisément éviter.

C. Ambiguïtés et paradoxes de la proposition

Enfin, nous observons que l'exposé des motifs de la proposition de loi voulant instaurer cette profession de psychothérapeute[17] ne manque pas d'ambiguïté, et présente même des aspects paradoxaux.

A titre d'exemple, ce texte reconnaît l'impérative nécessité d'une solide formation psychopathologique pour accéder à la qualification de psychothérapeute. Il semble donc que ce nouveau métier ne pourrait constituer qu'une sur-spécialisation des seuls psychiatres et des psychologues. Pourtant, le même texte conteste que la formation psychopathologique actuellement dispensée à l'université soit valable puisqu'il propose d'y substituer un nouvel enseignement, et dans de nouvelles UER, les UER actuelles de médecine et de psychologie paraissant donc impropres à assurer davantage cette fonction.

On aimerait en savoir davantage, et quelles nouvelles lumières sur la psychopathologie ces nouvelles UER prétendent jeter; dans quelles disciplines aussi se recruteront les enseignants. Il va en effet de soi que, si les enseignants sont les actuels formateurs en psychiatrie et psychopathologie clinique, il enseigneront probablement la même chose et il n'y a donc nul besoin de créer de nouvelles UER; mais si cela n'est pas le cas, est-ce que ce sera bien la psychopathologie qui sera enseignée par ces enseignants venus d'on ne sait où ?

De même, l'exposé des motifs de la proposition de loi reconnaît la nécessité de mettre en place un cadre déontologique; toutefois, s'il rappelle bien cet impératif dans le texte de la proposition, nulle précision n'est apportée sur l'instance qui sera chargée de faire respecter ces règles déontologiques. Tout au plus est-il question de rattacher la profession à un office des professions de santé non médicales dont il n'est pas précisé s'il doit être créé ou non, ni quelles en sont les missions.

Ce dernier point demande d'ailleurs a être fortement souligné car, comme nous l'indiquions plus haut, il consacre dans la loi l'éviction de la psychothérapie du champ médical.

III. Conclusions

Personne ne s'étonnera donc que la profession se soit unanimement prononcée contre ce projet de loi. J'espère avoir pu convaincre dans cet exposé qu'il ne s'agit en rien d'une position défensive, voire corporatiste, mais que notre opposition se fonde avant tout sur une inquiétude sur le devenir de la psychiatrie, et donc des patients, si une telle loi était adoptée.

Reprenant le mot de l'un de nos contributeurs, je dirai que le seul texte de loi utile, s'il fallait en faire un, serait sans doute celui-ci : "Le métier de psychothérapeute n'existe pas. Nul n'est autorisé à se réclamer d'un tel exercice professionnel[18]".

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

1 Propositions n°1844 du 7/12/1999 et 2342 du 16/6/2000 (Bernard ACCOYER); proposition n° 2288 du 28/4/2000 (Jean-Michel MARCHAND). La proposition MARCHAND est la plus contestée.
2 Marc MAXIMIN – BIPP n° 26, p. 4
3 FREUD S : De la technique psychanalytique. 1904
4 Linda SARFATI – BIPP n° 26 p. 6
5 Yves FROGER – BIPP n° 26 p. 5
6 Marc MAXIMIN - BIPP n° 26 p. 4
7 Circulaire SOURNIA
8 Daniel VITTET – BIPP n° 26 p. 8
9 Yves FROGER – BIPP n°26 p. 5
10 François COUTON – BIPP n° 27 p. 4
11 Proposition de loi n°2288 de Jean-Michel MARCHAND
12 Linda SARFATI – BIPP n°26 p. 7
13 Olivier SCHMITT – BIPP n° 26 p. 5
14 Linda SARFATI – BIPP n° 26 . p.7
15 Voir PSYCHIATRIES n° 72 : " Psychanalyse et feuilles de soins." - 1986
16 Robert PALEM – BIPP n° 28 p. 14
17 Proposition de loi n°2288 de Jean-Michel MARCHAND
18 Yves FROGER – BIPP n° 26 p. 5