

De la demande du patient à l'exigence de l'utilisateur

Nous avons posé la question à J. Daléry : que devient la demande dans un contexte de savoir médical médiatisé et consumériste ?

J. DALÉRY

Professeur de Psychiatrie
Université Lyon 1
C.H. Le Vinatier
69500 Bron

Classiquement, c'est la demande de soins explicitement exprimée par un sujet qui autorise la mise en place d'un cadre psychothérapeutique. La relation entre demande et désir a largement été théorisée et a apporté une réflexion unique qui a servi de modèle à la relation soignant-soigné. Dans ce modèle, et un peu schématiquement, on peut dire qu'il faut attendre cette démarche active du patient pour qu'une réponse en termes de soins lui soit proposée. Mais alors, que dire des demandes de consultations en CMP lorsqu'un rendez-vous est proposé au patient trois mois après ? Il est vrai que certains patients sont très améliorés une fois cette demande faite, et le fait d'être inscrit sur une liste d'attente induit un changement psychique parfois aussi important qu'un processus thérapeutique clairement codifié.

Si, dans le cadre d'une cure classique ce schéma demande - réponse garde toute sa valeur théorique et pratique, il est évident que l'expérience quotidienne est assez éloignée de ce schéma. L'hospitalisation en psychiatrie est rarement la suite d'une demande du patient, au même titre que la prévention et la post-cure qui font partie intégrante de notre mission de secteur, et alors que les hospitalisations sans consentement sont de plus en plus fréquentes.

D'autres situations sont possibles, et il apparaît que le psychiatre est de plus en plus sollicité pour intervenir en dehors d'une demande clairement exprimée par le patient. Ces nouvelles situations interrogent les soignants en posant des problèmes théoriques et pratiques nouveaux. Nous prendrons quelques exemples. La loi impose une « obligation de soins » pour certains sujets condamnés pour « attentat sexuel ». Il est évi-

dent que, dans ce cadre, le sujet cherche le plus souvent à se protéger en souscrivant à cette obligation, mais qu'il ne sera pas véritablement impliqué dans un processus de soins. De plus, que peut faire le psychiatre lorsque le patient ne se rend pas à ces consultations imposées par la loi ? Ne rien dire ? Dénoncer ? On sait très bien que lorsque cette demande de soins est faite par le juge, elle a peu de chance d'aboutir à l'effet escompté, celui d'une normalisation comportementale, au même titre que celle faite par une mère abusive ne supportant pas les tentatives d'autonomie de son fils, et celle faite par un enseignant intolérant au comportement d'un élève.

La pratique du « debriefing » est devenue communément admise. Un psychologue est présent dans la voiture du SAMU pour être au plus près du drame qui vient de se dérouler, pour obliger le sujet victime d'une agression à s'exprimer sur le coup. Cette démarche qui consiste à soumettre la victime à un « interrogatoire pour l'obliger à parler » obéit à un idéal de société qui privilégie la transparence, où rien ne doit être caché, même pas la vie sexuelle du président des États Unis d'Amérique, surtout si les caméras de CNN sont là ! On sait maintenant que cette « parole à tout prix » peut avoir des effets néfastes et qu'il faut parfois savoir respecter la souffrance dans le silence des mots et attendre le moment où la demande d'aide pourra s'exprimer.

Les progrès de la recherche clinique en psychiatrie et la médiatisation de la discipline sont aussi venus apporter des changements dans les demandes. En préalable à une demande d'aide, les patients et leur famille demandent, voire exigent, d'avoir des explications sur le diagnostic, le pronostic, le risque génétique, les mécanismes étiopathogéniques en cause. Les familles de patients psychotiques demandent à participer au processus thérapeutique. Les

parents de sujets schizophrènes deviennent des co-thérapeutes après avoir longtemps été accusés d'être responsables de la pathologie de leur enfant. Les patients exigent toutes les informations sur les traitements prescrits, s'informent des avancées de la recherche et se regroupent en association. Ils disent, par exemple, « j'ai un T.O.C. » ou « j'ai une phobie sociale » et ils demandent « le traitement standardisé » dont ils ont entendu parler dans la presse ou dans une émission télévisée. La demande de soins n'est plus une demande personnalisée de donner un sens à cette souffrance à partir d'une histoire unique. C'est une demande de soins standardisée.

Il nous semble que le champ psychologique est de plus en plus sollicité par des demandes nouvelles qui viennent interroger notre pratique. Les patients sont devenus des consommateurs de soins. Dans une attitude défensive et pour étayer et enrichir ces demandes, ils se regroupent en associations, ils s'expriment dans les médias. Ils connaissent parfaitement leur maladie et son cadre nosographique, à défaut de se connaître eux-mêmes. Ils sont prêts à demander réparation s'ils estiment, à tort ou à raison, avoir été victime d'un préjudice alors qu'ils n'avaient pas été informés d'un risque. Leur demande devient pressante. Ils exigent des soins modernes de qualité, rapidement efficaces et sans effets secondaires. Ils demandent la dernière molécule mise sur le marché, une sorte de « viagra » autorisant une performance psychique optimale, ou la dernière technique psychothérapeutique à la mode aux U.S.A. lue dans un magazine.

Ces données nouvelles sont en train de bouleverser notre relation soignante et imposent une réflexion théorique approfondie pour adapter notre réponse à ces nouvelles demandes. ■