

## **Intervention aux Journées de Printemps de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé**

**Paris le 10 avril**

### **DECLINAISON DU PRINCIPE DE PRECAUTION A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE**

Avec quelques uns d'entre nous, j'ai quelques responsabilités dans le choix du thème de ces journées et ce ne sera pas la première fois que je vais aborder l'étude d'un objet pour lequel mon ignorance est largement compensée par des positions péremptoires et plutôt hostiles. Cette façon paresseuse de ne pas penser l'objet est assez banale et je peux régulièrement en faire les frais quand je lis ou j'entends des positions définitives sur la pratique de la psychothérapie institutionnelle.

Du principe de précaution, j'avais en mémoire la polémique dans le milieu des intellectuels et des scientifiques sur la pertinence ou le risque d'inscrire ce principe dans un article de la constitution française, lors de la refonte de celle-ci en 2005.

Ce principe n'allait pas de soi et devait certainement être mauvais.

Entre l'enthousiasme mesuré de Philippe Kourilsky, qui soutient que « le principe de précaution, bien compris et bien manié, constitue un instrument utile » (1) et qu'« en l'absence de certitude, la précaution consiste à privilégier la rigueur des procédures » (2),

le rejet aux limites de l'insulte de Jean de Kervasdoué : qui n'hésite pas à considérer que « les limites pratiques du principe de précaution sont l'autre face de sa bêtise philosophique » (3),

et l'approche dite catastrophiste selon les thèses d'Hans Jonas, de Jean Christophe Mathias, militant prônant la république mondiale des responsabilités (4) qui affirme que le principe de précaution « n'est rien de plus qu'un cache-misère de l'ignorance politique et de la volonté de ne rien changer du fiasco occidental »(5)

Avec tous ces exemples caricaturaux et avec d'autres textes plus techniques mais aussi plus nuancés dans la forme, j'avais bien confirmation d'un désaccord de la communauté scientifique aussi bien dans la pertinence de ce principe que dans son usage

Les énoncés multiples, l'indétermination relative dans son opposabilité et dans le recours ou non à des prises de décision, le brouillage conceptuel pouvaient amener à user de la précaution pour – je cite Thierry Martin « servir ou pour dénoncer des représentations de notre rapport théorique ou pratique au monde diverses, voire opposées, et parfois très éloignées du contenu effectif du principe lui-même » (6)

Certaines décisions de précaution, rajoute François Ewald, ont pu être susceptibles de « porter gravement atteinte à certains intérêts, de compromettre la réalisation de certaines valeurs ». A cela peut se développer « toute une technocratie du risque (agence de toute sorte, commission d'experts et tout genre, administrations, ...)(7) qui concourt à faire de la décision un événement où l'arbitraire fait concurrence à l'irrationnel.

Kafka, le retour de l'inquisition, nombreux sont les professionnels d'un certain nombre de champ d'activités qui dénoncent l'inconséquence économique de certaines décisions, les effets délétères sur le métier des procédures, la dimension religieuse de l'évaluation, la dérive judiciaire dans les pratiques.

Difficile de trouver des repères historiques à cette montée en puissance de l'emprise obsessionnelle mais la tentation est grande de faire coïncider celle-ci à l'apparition du principe de précaution. Ce dernier est-il l'expression devenue constitutionnelle d'une utopie du risque zéro ou, ce qui semblerait plus rationnel, la peur pour le devenir de la terre a-t-elle ravivée la flamme de la citoyenneté et de la prise de responsabilité collective.

Le risque que l'homme fait peser sur l'homme est récent dans son ampleur et son irréversibilité avec la menace atomique et les dérèglements climatiques.

Les milieux et les territoires où les équilibres naturels ont été rompus sont de plus en plus nombreux et leur importance est sans commune mesure avec la faiblesse des actions de réparation et de restauration promulguées par les quelques états et organismes locaux et régionaux responsables.

Ce constat est à la portée de tous et fait l'objet d'une bonne couverture médiatique avec une expertise prévisionnelle qui ne faillit pas à sa réputation de certitude imprécise.

Cette série d'affirmations opposées ne facilite pas la prise de conscience et donne même à celle-ci des arguments pour remettre aux lendemains sa propre mise en tension sur le sort de l'humanité. Pour le dire autrement, à part une faible minorité agissante dans un nombre de pays limité, la majorité des hommes et des femmes dans le monde se fiche de son devenir, parce que pour certains c'est une problématique de survie immédiate qui les anime ou que pour d'autres les enjeux économiques et le confort matériel sont trop importants.

Il faut sauver la planète, il faut réduire l'effet de serre et notre consommation, tout le monde est d'accord, mais c'est ensuite les résultats du foot et la météo. Et tout le monde se doute que l'industrie et l'agriculture mondiale continueront de produire pour satisfaire aux besoins des plus chanceux, et que l'accord entre états pour conduire une politique de développement durable ne dépassera pas le simulacre de Copenhague.

Ce constat peut se redoubler d'un discret sentiment de culpabilité associé à un très léger mouvement projectif qui trouvera son expression dans l'irritation devant toute contrainte qui pourrait nous impliquer personnellement dans une démarche de précaution - tels le paiement de la facture du diagnostic énergétique au moment d'une transaction immobilière, la recherche d'une entreprise agréée pour évacuer quelques morceaux d'amiante ou l'obligation d'enfermer poules et pigeons pour éviter la propagation d'une grippe aviaire qui se fait attendre.

Le domaine de la santé et plus particulièrement celui de la psychiatrie n'a pas été épargné par ce processus de déplacement qui fait privilégier par le politique l'usage du principe de

précaution là où il est admissible, convié par la rumeur publique, et non là où il aurait pu justifier pleinement son existence.

Les établissements psychiatriques publics et privés ont eu ces dernières années, avec le glissement de la procédure d'accréditation fondée sur l'autoévaluation vers la certification centrée sur la mise aux normes, un aperçu de ce que peut produire par excès le principe de précaution.

Pour obtenir une bonne note au score ICALIN et être dans le peloton des établissements vertueux diffusé dans le journal local, il faut parmi tous les critères consommer par soignant une quantité non négligeable de solutions hydro alcooliques par an. Cette consommation témoigne du nombre de lavages de main assuré par les soignants – elle est en psychiatrie évaluée à 2 frictions par jour par patient et de 7 en médecine.

Dans le même esprit, avec la même exigence de faire du service de psychiatrie un service médical comme un autre, il est demandé chaque année au CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) une étude sur les antibiotiques utilisés et il est fortement conseillé de mettre en place des protocoles de dépistage des BMR (bactéries multi résistantes).

Dans ces deux exemples, il ne s'agit pas de prévention. Il faudrait pour cela avoir mis en lumière l'existence d'un risque avéré d'infection nosocomiale létale liée à l'existence de la pratique psychiatrique – mais bien de précaution : il n'est pas assuré que ce risque existe en psychiatrie mais par précaution sont imposés les même critères et exigences que ceux retenus dans les services MCO (médecine chirurgie obstétrique) où ce risque a été scientifiquement démontré.

La dispensation des traitements en psychiatrie sur le modèle MCO laisse à penser également qu'un glissement s'est effectué de la prévention à la précaution.

Au contraire du MCO, les médicaments prescrits dans le service de psychiatrie sont ceux que les patients consomment en ambulatoire, y compris pour les pathologies somatiques intercurrentes. Le rapport entre la dose thérapeutique et la dose toxique des psychotropes est telle qu'une erreur de dosage représente un risque faible pour le patient. Pour autant la procédure de dispensation des médicaments est identique pour le MCO et la psychiatrie avec l'obligation d'une traçabilité de chaque prise

Paradoxe supplémentaire, le discours médico-psychiatrique prône la réhabilitation, le retour à l'autonomie, l'éducation thérapeutique.

Du jour au lendemain, un patient qui recevait 1 à 4 fois par jour sa dose de médicaments de la main d'un infirmier qui apposait sa signature au moment de la distribution, se retrouve avec la totalité de son traitement du mois, quantité qui fait approcher dangereusement la dose thérapeutique de la dose toxique.

Soit l'hygiène mentale se confond avec l'asepsie, la dispensation avec l'observance et la procédure réglementaire à la prise de conscience et il n'y a pas de mal à prendre des

précautions. Soit la maladie mentale a un mouvement spécifique et les précautions contre un risque potentiel ne peuvent s'appréhender qu'à la prise en compte des nouveaux risques qu'occasionnent les mesures de protection.

Les exemples précédents sont aux limites de l'anecdote, ils peuvent créer de l'agacement, une perte de temps non négligeable, ils peuvent, à suivre la logique de la précaution, être à l'origine de nuisance pour les patients mais ils peuvent surtout représenter les premiers temps d'une invasion des pratiques psychiatriques par la névrose administrative.

« Le principe de précaution – constate Jean de Kervasdoué - semble modifier les repères au point d'oublier l'essentiel : l'ordre des différentes sources de légitimité. Ce changement d'ordre ne débouche que sur deux issues : le ridicule (c'est le moins grave) ou la tyrannie. »  
(8)

Avec le courrier en date du 11 janvier 2010 signé conjointement par le ministre de la santé et le ministre de l'intérieur sur les modalités d'application de l'article 3211-11 du code de la santé publique concernant les sorties d'essai pour les hospitalisations d'office, les préfets sont aujourd'hui invités à « apprécier les éventuelles conséquences en terme d'ordre et de sécurités publics » au delà de l'avis du psychiatre sur l'état de santé mentale du patient.

L'application du principe de précaution à ce texte ne devrait plus permettre au préfet d'autoriser ou même de lever une mesure d' Hospitalisation d'Office.

A contrario, il nous semble que certains domaines de la psychiatrie pourraient bénéficier utilement d'un bon usage du principe de précaution.

Dans le domaine de l'enseignement, de la recherche avec des conséquences directes sur la pratique clinique, certaines dérives actuelles font supposer qu'un risque non établi et non évalué pèse sur la santé psychique d'un certain nombre de personnes dans un certain nombre de pays dont la France.

Le pire est toujours possible.

L'annonce de la mise en service du DSM 3 en 1984 en France a été vécue par de nombreux professionnels comme une mauvaise nouvelle – certains se sont inquiétés de l'élargissement de son utilisation de la recherche en épidémiologie psychiatrique vers la clinique, ou plus encore vers l'enseignement de la discipline. Les américains avec leur task force s'écriait un collègue à l'époque nous envoyaient leur B52 pour écraser la clinique psychiatrique à la française.

Des opérations de séduction diligentées par les laboratoires avec distribution gratuite de l'ouvrage ont complété l'intronisation officielle de la classification des troubles mentaux dans

la communauté scientifique avec l'assurance la main sur le cœur que cela resterait réservé à la recherche.

Aujourd'hui, la DSM IV R est la référence utilisée comme un manuel de psychiatrie et a définitivement remplacé le manuel d'Henri EY pour un nombre conséquent de service universitaire.

Les promoteurs du DSM ont toujours affirmé que leur objet était a théorique ce qui justifiait à leurs yeux d'éliminer du catalogue toute entité rendue discrète grâce à la combinaison de signes cliniques et de leur compréhension psychopathologique.

De là à penser que si la DSM convient aussi bien aux théories organicistes et cognitivo comportementalistes et aussi mal à la psycho dynamique freudienne, c'est peut être parce qu'elle a été rédigée par des auteurs complaisants pour les premières et par des experts hostiles, ou tout au moins gênés par les exigences épistémologiques et éthiques de la dernière.

Les processus de réduction et de simplification mis en œuvre pour transformer les maladies mentales en troubles mentaux rigoureusement distincts les uns des autres sont complétés par des manœuvres diligentées par le jugement social, le scientisme et le marché pour augmenter ou réduire le périmètre d'un trouble au sein de la population, pour faire passer un trait de caractère, une orientation sexuelle dans le champ du normal ou dans celui du pathologique.

Les homosexuels pervers avec le DSM III, sont réhabilités avec la version suivante, les timides sont invités à grossir les rangs des phobiques sociaux, les personnalités introverties, fréquemment rencontrées parmi les psychiatres, sont requalifiées en forme légère de psychose, les bipolaires dans la grande lignée des diagnostics de courtoisie voient leur forme se déclinier à l'infini.

« Au départ, la feuille de route du groupe de travail, rappelle Mitchell Willson, de la faculté de médecine de l'université de Californie à San Francisco, montrait clairement le désir d'établir un seuil assez haut pour l'établissement d'un diagnostic psychiatrique, mais avec l'adjonction de nouvelles catégories diagnostiques ce seuil fut abaissé. A mesure que s'élaboraient les diverses modifications du DSM III – explique-t-il, récapitulant courriers et revirements de procédure -, la classification s'est faite plus inclusive. Sous le regard d'observateurs scandalisés, à qui on avait promis la rigueur scientifique, Spitzer a mis la barre d'admission beaucoup trop bas. » (9)

Ce sont deux professeurs en sciences sociales, Stuart Kirk et Herb Kutchins qui ont dénoncé la « précision statistique illusoire » du DSM en démontrant que le groupe d'experts « avaient biaisé les statistiques et accru significativement le nombre de patients correspondant aux nouveaux critères » en augmentant la valeur du coefficient kappa, coefficient « qui permet de corriger les effets de concordance dus au hasard dans la mesure de deux variables indépendantes » (10)

Les prévalences du TAG (trouble anxieux généralisé) et du trouble panique pour ne citer que ces deux troubles ont bénéficié généreusement de l'augmentation de ce coefficient à la grande satisfaction de l'industrie pharmaceutique.

« si vous avez un traitement, reconnaissait Spitzer, interrogé par Christopher Lane, vous êtes plus intéressé à voir entrer la catégorie (dans la DSM). Si vous n'en avez pas, il n'y a pas autant de pression. » (11)

Au printemps 2006, « un reportage du Washington Post, révélait que tous les experts du DSM travaillant sur les critères de la dépression et de la schizophrénie avaient des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique » (12)

Et selon Vincent Parry, expert en marketing, « il y a trois grandes stratégies pour promouvoir une maladie et l'aligner ensuite sur un produit :

Majorer l'importance d'une maladie existante

Redéfinir une maladie existante pour réduire l'opprobre qui lui est attaché

Exploiter une maladie nouvelle pour construire les conditions de sa reconnaissance sur un marché non satisfait » (13)

L'exigence dite scientifique qui ne peut concevoir une recherche clinique digne de ce nom sans utiliser les critères du DSM IV ou de la CIM 10, fausse jumelle de la précédente, contraint la dite recherche à étudier la dimension partielle d'une problématique psychique – ce qui peut être entendable et utile mais à la condition de ne pas étendre les conclusions à l'ensemble du fait psychique insuffisamment appréhendé. A contrario, l'étude synchronique et diachronique d'une maladie mentale à partir d'un cas ou de quelques uns, prenant en compte les connaissances historiques, le statut épistémologique du diagnostic, ne pourra plus être référencée dans les revues sérieuses et se verra très contestée en tant que travail scientifique.

L'amputation du champ de la recherche clinique avec la part infime fait à la monographie, la simplification et la vulgarisation de la clinique psychiatrique et la prévalence d'une neuro-psychiatrie de plus en plus sophistiquée dans l'enseignement de la discipline, ont des conséquences non négligeables sur la clinique et la prise en charge des malades mentaux.

« les signes cliniques de la maladie sont toujours ceux qui nous font signe » (14)

La psychanalyse a fait son temps et la vérité de l'inconscient fait pâle figure devant les progrès immenses de l'imagerie neuropsychiatrique. Pour autant Martin Reca soutient que face à tout patient pris en charge pour une psychose chronique, tous les axes (de la réflexion théorique) doivent coexister et opérer psychiquement.

Cette promotion d'une clinique de la complexité dit-il a toujours présenté le risque de hiérarchiser les différentes formes de savoir avec la tentation du courant « éliminationniste » ; je le cite :

« Si ce n'est qu'un modèle dans sa portée opératoire qui se déplace, le problème ne paraît pas majeur. Il est en effet légitime que chaque époque privilégie des paradigmes de savoir quand à l'objet de connaissance et que l'on agisse en conséquence. Ce qui est plus embêtant et à déplorer – au nom d'une connaissance scientifique – c'est que le modèle rendu caduque, rende également caduque l'expérience de la rencontre avec l'objet de connaissance. Car au-delà des relativismes culturels et politiques et de leur pouvoir métaphorique en matière de psychose, il existe, me semble-t-il, une réalité de l'objet à connaître et tout regard s'avère pertinent pour l'approcher ». (15)

Si l'incertitude scientifique est le propre de la science nous devrions être et un certain nombre le sont, des chercheurs, chercheurs sans gloire, dans l'ombre de nos bureaux, à devoir faire avec l'usage immodéré de tous les éclairages possibles, pour inventer à chaque fois une théorie pour le patient.

La promotion de la pose du diagnostic précoce de la schizophrénie, l'annonce du diagnostic en psychiatrie, l'abandon de certaines théories avec la pratique qui y est attachée ou le traitement médicalisé de la dépression et de l'anxiété sont les avatars non exclusifs du discours psychiatrique moderne.

La psychiatrie n'est pas épargnée par les exigences juridiques d'imposer l'information des professionnels vers les usagers au nom du respect de la dignité de la personne et de l'exigence de transparence. L'annonce du diagnostic au malade, complétée si cela est possible d'un commentaire sur les causes probables, est aujourd'hui considérée comme obligatoire, ne devant pas souffrir des précautions qu'en son temps Freud, et bien d'autre après lui, conseillait de prendre.

L'étude diagnostique grâce aux critères de la DSM et de la CIM permet de dépister les formes précoces des maladies et de pouvoir mettre en place une chimiothérapie adaptée. Des experts, dont « la carrière de chercheur se transforme insensiblement en celle d'un publiciste » (17) sortent de leur laboratoire pour inviter les psychiatres et les généralistes à rechercher la schizophrénie débutante chez l'adolescent perturbé, la dépression masquée et le trouble anxieux devant tout désordre affectif.

Il n'existe pas à ma connaissance d'étude épidémiologique sur le nombre et la gravité des passages à l'acte après l'annonce du diagnostic en psychiatrie, de comparaison de cohortes sur le devenir des adolescents entre ceux traités chimiquement et précocement pour des troubles mentaux et ceux pour lesquels une position de vigilance prudente leur a été proposée. Je ne suis pas certain non plus qu'il faille faire des études d'évaluation de la qualité de vie chez des patients ayant bénéficié d'un traitement médical exclusif versus ceux pour lesquels une approche psycho-dynamique avec l'aide ou non d'une médication leur a été proposée.

En guise de conclusion, et parce que :

« les politiques de précaution en raison du principe d'anticipation qui les caractérisent sont d'abord des politiques du savoir et de la connaissance » (16)

tout en maintenant raison gardée sur les risques bureaucratiques de toute mesure, j'en proposerais six pour satisfaire au bon usage constitutionnel du Principe de précaution en psychiatrie :

Moratoire sur l'usage exclusif du DSM et de la CIM. en tant que classification des troubles mentaux

Reprise d'une recherche clinique qui se soutienne de la synergie entre étude épidémiologique et monographie sur le modèle des études naturalistes

Refus du label scientifique de toute théorie, toute étude n'incluant pas dans ses prémices et ses conclusions le doute et l'incertitude.

Restauration de l'article 42 du code déontologie qui dispense le médecin de l'obligation systématique de l'annonce du diagnostic, et promotion du diagnostic différentiel

Abandon de l'usage du consensus pour éviter de transformer les manuels de bonne pratique en psychiatrie en livre de recettes.

Mise en place d'une taxe sur les médicaments utilisée pour promouvoir les phases IV par un organisme indépendant.

Jean louis Place

### Notes bibliographiques

(1) Kourilsky, Philippe. *Du bon usage du principe de précaution* Ed. Odile Jacob 2002 p.155

(2) Ibid p.56

(3) de Kervasdoué, Jean. *Les prêcheurs de l'apocalypse* Hachette littératures 2007 p. 119

(4) Mathias, Jean Christophe. *Politique de Cassandra* Sang de la terre 2009 p. 244

(5) ibid p 104

(6) Martin, Thierry in *Le principe de précaution Débats et enjeux* sous la direction de André Larceneux et Marguerite Boutelet Ed universitaires de Dijon coll. Sociétés 2005 p.12

(7) Ewald, François ; Gollier, Christian ; de Sadeleer, Nicolas *Le principe de précaution* PUF coll. Que sais-je p.

(8) de Kervasdoué, Jean ibid p.147

(9) cité par Lane, Christopher *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions* Ed Flammarion coll. Bibliothèque des savoirs 2007 p. 85

(10) Ibid p.100

(11) Ibid p.109

(12) Ibid p.158

(13) Ibid P.183

(14) Parizot, Suzanne *Les psychoses, les psychiatres : évolution des pratiques, des concepts. Des jeux de miroir* in l'Information Psychiatrique vol 86, n°2 – Février 2010 p. 113

(15) Reça, Martin *Psychose chronique et psychiatrie publique : que reste-t-il de nos amours* in l'Information Psychiatrique vol 86, n°2 – Février 2010 p.166

(16) Ewald, François Ibid p.44

(17) Ewald, François Ibid p.51

#### Résumé :

- Le principe de précaution ne fait pas l'unanimité aussi bien dans sa définition que dans son usage. Son utilisation participe d'un déplacement où ses excès font écran à une défaillance du politique. En psychiatrie, quelques exemples aux limites de l'anecdote révèlent une contemporanéité entre le principe de précaution et l'ère procédurière avec des risques qui apparaissent au niveau de l'éthique des soins et des libertés individuelles. L'auteur proposerait en contre point d'exercer constitutionnellement le principe de précaution dans le domaine de l'enseignement, de la recherche avec les conséquences directes que cela pourrait avoir sur la pratique clinique
- Mots clés :

Principe de précaution – procédure – classification – diagnostic – théorie – scientisme -  
laboratoire