

# Éditorial

## Logique de performance et soins psychiques *Targeting efficiency while caring for psychic disorders*

Jean-Marc GUILÉ  
Rédacteur en chef

**E**xprimant l'exaspération et l'impuissance que beaucoup ressentent devant les attaques contre la pensée, le lien et la temporalité, Pascal Richard et Martin Pavelka ont, dans leur éditio du numéro précédent de *Perspectives Psy*, appelé à un sursaut salutaire pour défendre les soins psychiques.

Pour organiser une défense, force est d'identifier la menace et d'en tracer les origines en tentant de repérer, défi actuel, quelque logique dans l'avalanche d'informations à laquelle nous sommes continûment soumis.

### ***Le cadre législatif dans lequel la logique de performance opère***

Dans le domaine législatif, la mise en application de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF)<sup>1</sup> votée en 2001 est un événement charnière. Ce texte législatif dispose que les ressources et charges de l'État tiennent compte des objectifs et résultats des

programmes budgétés (art. 1). Il aligne la comptabilité publique sur la comptabilité des entreprises (art. 30). Le site gouvernemental (<http://www.performance-publique.gouv.fr>) qui la présente, explique que cette Loi vise à « faire passer l'État d'une logique de moyens à une logique de résultats. Jusque-là, on s'intéressait davantage au volume des moyens consacrés à une politique, qu'aux résultats concrets obtenus grâce à ces moyens. Désormais, les discussions budgétaires portent non seulement sur les moyens, mais aussi sur l'efficacité des dépenses, par rapport à des objectifs définis pour chaque programme ». Les programmes sont déclinés sur le terrain en budgets opérationnels de programme (BOP), eux-mêmes déclinés en unités opérationnelles (UO), DRASS et DDASS.

La Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (Loi HPST)<sup>2</sup> récemment votée s'insère dans le cadre budgétaire donné par la LOLF et en décline les dispositions pour les programmes de santé. Déliant le service public de la structure qui l'effectue, elle institue les appels d'offre de mission de service public auxquels pourront concourir toutes les structures, publique, privée PSPH et privée lucrative. En cela elle inscrit clairement le transitoire dans la politique de soins psychiques. Elle renforce par ailleurs les incitatifs aux regroupements et coopérations sanitaires et médico-sociales. Dans ce sens, elle illustre la société de projets et de réseaux anticipée il y a 10 ans par

1. Loi organique no 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. Sur la base d'un travail parlementaire mené conjointement par Didier Migaud ( PS ), alors président de la commission des finances de l'Assemblée Nationale, et Alain Lambert ( UMP ), alors président de la commission des finances du Sénat, la LOLF a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 21 juin 2001 à l'unanimité, hormis l'abstention du PCF, et le 28 juin 2001 par le Sénat à quasi-unanimité. Promulguée le 1er août 2001 pour entrer en application le 1er janvier 2006, elle remplace l'ordonnance du 2 juin 1959 et fixe le cadre de la « nouvelle constitution financière de l'État ».

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 parue au JO du 22 juillet 2009.

Boltanski et Chiapello (1999) dans leur analyse du nouvel esprit du capitalisme. Les auteurs soulignent que l'objectif du réseau est de potentialiser une communauté d'intérêts. En conséquence, dans une société néo-capitaliste décrite comme « connexionniste », il risque de remplacer le lien et l'obligation réciproque au profit de contacts opportunistes transitoires.

Dans la lignée de la LOLF, la Loi HPST confirme la logique de marché actuelle : chaque projet est contractualisé sous la forme d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) souscrit par l'Agence Régionale de Santé avec ses exécutants. Il est assujéti à un prévisionnel de résultat opposable aux contractants et ouvert à la concurrence.

Les programmes budgétés sont soumis à des indicateurs de performance<sup>3</sup> à l'aune desquels est mesurée la réalisation des objectifs du programme. « Chaque objectif fait l'objet d'un compte-rendu (analyse des résultats) dans les rapports annuels de performances (RAP) » précise le site gouvernemental.

Sur le plan des acteurs, la logique de performance s'applique aux fonctionnaires des DRASS et DDASS chargés de la surveillance des dotations budgétaires sous la forme de la notation (voir le site : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/article732.html>). Elle trouve son apex dans l'entretien d'évaluation qui est conduit par le supérieur hiérarchique direct du fonctionnaire. Cet entretien porte principalement sur les résultats professionnels obtenus par le fonctionnaire au regard des objectifs qui lui ont été assignés (art 3, Décret n°2002-682 du 29 avril 2002). Autrement dit, les

travailleurs de l'entreprise, les techniciens du soin mais aussi les agents de l'État sont soumis aux mêmes logiques.

### *Le dévoiement de la logique des sciences*

On est bien entré dans l'ère du tout chiffré où l'incertitude est disciplinée. Ceci renvoie à l'histoire des probabilités dont la naissance est souvent positionnée dans l'échange qui eut lieu à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle entre Pascal et Fermat pour estimer les gains potentiels aux jeux de hasard.

La logique de performance a croisé l'histoire des sciences qui poursuit son projet d'encadrer l'incertitude en mathématiques, en physique puis en médecine, donnant ainsi naissance à la clinimétrie (Feinstein, 1987). À la fin des années 1970, en appui sur le développement du calcul des probabilités, l'introduction du paradigme probabiliste dans le modèle médical a conduit à ne plus opposer objectivité et subjectivité (Guilé et Bibeau, 1995). Par analogie à la physique atomique et au principe d'Heisenberg, l'influence de l'observateur sur la mesure clinique est pleinement reconnue et intégrée dans la démarche clinique diagnostique. La clinimétrie prend acte de la présence irréfragable de l'incertitude dans la démarche médicale et substitue une logique probabiliste à la logique mécaniste connue en médecine expérimentale depuis Claude Bernard. Dans le but d'aider à la décision médicale, on utilise les probabilités pour accroître les connaissances en matière d'efficacité thérapeutique et bonifier les interventions. Ceci requiert en amont une quantification, un recueil sémiologique quantifié, standardisé, validé. C'est pourquoi la mesure a été introduite en clinique psychiatrique, et des instruments clinimétriques, protocoles d'observation, entrevues ½ structurées et autoquestionnaires, ont été élaborés.

Ce mouvement est concomitant d'un renouvellement de la nosographie aux États-Unis avec le DSM-III, puis progressivement de l'usage en Europe des catégories diagnostiques de l'Association Psychiatrique Américaine. Le DSM n'a pas de visée normative et répond à l'origine, à une demande des chercheurs. Son emploi avec les instruments clinimétriques vise à encadrer la subjectivité de l'observateur, non pas celle du patient. À la différence de l'entreprise diagnostique des cliniciens français, le diagnostic DSM-IV-TR (APA, 2003) n'intègre ni pronostic ni visée psychopathologique diachronique.

3. Indicateur de performance (source : <http://www.performance-publique.gouv.fr>).

Quantifié, l'indicateur mesure la réalisation de l'objectif précédemment défini et permet d'apprécier l'atteinte d'une performance le plus objectivement possible.

On distingue trois types d'indicateurs :

- les indicateurs d'efficacité socio-économique (point de vue du citoyen) qui mesurent les bénéfices attendus des politiques publiques pour le citoyen (par exemple : réduire la pratique du tabagisme) ;
- les indicateurs de qualité de service (point de vue de l'utilisateur) qui mesurent l'amélioration du service rendu à l'utilisateur (par exemple : réduire le délai de réponse judiciaire) ;
- les indicateurs d'efficacité (point de vue du contribuable) qui portent sur l'optimisation des moyens employés en rapportant les produits obtenus aux ressources consommées.

Si la notation des fonctionnaires apparaît comme un dévoiement de la science et une adhésion à un éthos social du chiffre, la codification diagnostique obligatoire du RIMPsy en référence à la CIM-10 apparaît dans bien des cas plutôt une notation pour les financeurs qu'un acte diagnostique.

### ***La normalisation et les attaques contre la pensée***

Comme le disaient Richard et Pavelka (2009) : « Notre pratique de praticiens hospitaliers en pédopsychiatrie de secteur nous confronte journallement aux conséquences dramatiques de cette dislocation du lien social sur les familles les plus vulnérables psychologiquement. Elle nous confronte tout aussi journallement aux effets délétères de ce mépris à l'encontre de la pensée et à ceux de la disqualification de la valeur du travail clinique (p. 5) ». Travaillant directement sur le lien, entre parents et enfants, entre pairs, entre la famille et l'école, les praticiens de l'enfance sont plus violemment éprouvés.

L'attaque contre la pensée ne porte pas tant sur les idées (une telle attaque sans extraordinaire solliciterait les ressources habituelles propres au débat) que beaucoup plus sur le cadre propre à la fonction de pensée. La pression pour l'action qui nous est imposée et les commandes de gestion qui nous envahissent, dénie la temporalité. Elles exigent une réponse en temps réel et rapprochent les acteurs du fonctionnement des ordinateurs dans une confusion entre l'opérateur et la chose à faire. On pourrait même se demander si chez ceux qui les commandent, ne s'active pas le fantasme d'inverser le temps. N'entend-t-on pas de plus en plus le gestionnaire s'exprimer avec une pointe de jouissance « c'est pour hier » en réponse à la question de son subordonné portant sur la date à laquelle rendre le travail de gestion demandé. Ces commandes dénie l'inscription temporelle nécessaire à toute pensée construite qui n'embrasse pas la réalité d'un coup d'œil intuitif.

Ces situations effritent les processus de subjectivation qui s'enchâssent dans leur temporalité propre, voire même dé-subjectivent les acteurs. Sans épaisseur temporelle, privé d'histoire, les faits se lisent en deux dimensions. Ceci habitue à rabattre l'analyse des événements sur une certaine matérialité ou concrétude des faits, censés comme les chiffres des tableaux de bord de gestion parler d'eux-mêmes, jetant ainsi les bases d'un nouvel éthos de l'analyse. Le risque de

contagion à l'analyse des faits psychiques est grand. On assiste à un discrédit des réponses différées, en écart, en lien avec le latent de la demande.

La « normalisation » est un deuxième impact des logiques contemporaines dénoncé notamment par la charte de l'appel des appels citée par nos confrères ([www.appeldesappels.org/spip.php?article62](http://www.appeldesappels.org/spip.php?article62)). En réalité, il ne s'agit pas de normes au sens de points de butée sur lesquels s'étayer pour grandir et s'affirmer comme sujet. La logique de performance met de l'avant des procédures et des objectifs individualisés. Elle s'inscrit donc tout à fait dans les courants relativistes à l'œuvre depuis plusieurs décennies. Relativisme moral et relativisme économique qui font dire à Boltanski : « les différences sont admissibles mais où toutes les différences s'équivalent précisément... rien ne mérite d'être protégé de la marchandisation (Boltanski et Chiapello, 1999, p. 567) ». S'il existe une norme, c'est plutôt celle de l'efficacité (performance) qui trouve d'ailleurs son origine dans l'industrie plutôt que dans le commerce.

### ***Pour une critique efficace***

1. Ne pas se tromper de cible. Pour prendre l'exemple de la « normalisation », le renouvellement de l'entreprise nosographique avec les catégories diagnostiques de l'Association Psychiatrique Américaine ne doit pas faire illusion. Le DSM n'est pas une norme et répondant d'abord à une demande des chercheurs, il offre un instantané nosographique qui ne prétend pas beaucoup dire sur la suite. Toutefois, l'histoire de cette appropriation des nosographies étrangères croise en France celle du désir des familles de s'approprier le savoir médical et psychiatrique, progressivement inscrit dans la législation française. Il faut prendre la mesure de cette révolution. S'approprier le diagnostic, tout particulièrement en psychiatrie adulte, c'est pour le patient s'approprier le savoir médical et porter un regard objectivant sur sa maladie qui a un effet désaliénant pour l'individu. Relisant la travail de Foucault sur la « normalisation », Potte-Bonneville (2004) montre bien le double aspect du diagnostic : « si la folie du côté du savoir devient objet, le fou est aussi commis, du côté des pratiques, à se constituer comme sujet (p. 65) ». La folie devenant objet pour soi touche alors « une liberté qui réduit l'écart entre la raison et ses désordres ».

2. Ne pas se tromper d'ennemi. Certaines entreprises critiques tendraient à opposer

idéalistes et pragmatiques face à l'emprise du néo-libéralisme. Il faut au contraire les allier sans se confiner à une défense des valeurs et une analyse d'antan. De plus en plus de collectifs prennent le pas sur les regroupements traditionnels (syndicats et partis politiques). Mais au-delà d'une adhésion de masse via des pétitions internet à ces mouvements protestataires, un long travail d'élaboration des intérêts défendus par ces collectifs est nécessaire afin qu'ils ne se cantonnent pas dans des protections statutaires ou salariales. Les principes sur lesquels se fonder pour écarter de la marchandisation certains secteurs de l'activité humaine, restent notamment à préciser.

3. Reconnaître que la critique comme le capitalisme s'origine dans un désir de liberté. Le capitalisme s'enracine, comme les mouvements de libération, dans la liberté et le désir (Boltanski et Chiapello, 1999). La liberté d'entreprendre est une valeur forte, défendue contre la bureaucratie et l'État. Elle fonde chez la jeune génération, désabusée notamment par la gestion du système des retraites publiques, une nouvelle vision de l'autonomie et de la responsabilité. Mais ce qui diffère est sans aucun doute un traitement différent du bien commun, résumé à une bien hypothétique convergence ultime d'intérêts particuliers dans le libéralisme. La critique contemporaine attaque cette vision sous l'angle du droit des minorités et de l'accès aux soins. Sans aucun doute d'autres angles d'attaque sont envisageables.

4. Enfin, l'étude des processus contemporains d'assujettissement (Foucault, 1984) aux normes de performance reste à mener. Ensuite pourra être trouvée une position morale en élaborant un corpus théorique à situer entre deux

écueils, celui du relativisme, d'une part, et celui de la pensée totalitaire, d'autre part.

### ***Entrer en Résistance ?***

Créer et maintenir des espaces de subjectivation où puisse advenir le sujet au cœur de son histoire (Foucault, 1984), essentiel du travail de consultation en psychiatrie infanto-juvénile. Comment le permettre et le soutenir auprès de nos patients quand il nous est dénié ? Comment faire advenir un projet quand le thérapeute est de plus en plus assujéti à l'hétéronomie ?

Restaurer une temporalité appropriée est une urgence, impératif souligné il y a dix ans : « ralentir, différer, construire des espaces temporels » (Boltanski et Chiapello, 1999, p. 572). Restauration à mener de nos jours en tenant compte de la spatialité virtuelle et du télescopage temporel familiers aux utilisateurs de jeux vidéo et aux échanges internet.

Résister en défendant le vivre en commun et la convivialité, d'abord dans nos équipes. Opposer à la logique de performance, la générosité (où l'homme n'est pas uniquement centré sur la maximisation de ses intérêts individualistes) et l'humour prototype de la réponse en écart.

Accélérer les rapprochements entre l'Art et les pratiques de soins, bien que les projets santé-culture soient le direct produit de la société marchande et que les équipes soient appelées à s'adresser à des financeurs privés.

Enfin lutter contre la dépression et la paranoïa par la connaissance, soit avec Edgar Morin comme le proposait nos confrères, ou avec Michel Foucault qui revisitant les classiques romains et grecs, proposait de prendre soin de soi pour faire advenir l'être. ■

#### **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé). Paris : Masson.
2. Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. NRF Essais, Paris : Gallimard.
3. Feinstein, A.R. (1987). *Clinimetrics*. New Haven, (CT) : Yale University Press.

4. Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité III, le souci de soi*. Paris : Gallimard.
5. Guilé, J.M., Bibeau, G. (1995). Discussion critique des grilles sémiologiques et nosographiques. *EMC Psychiatrie* 37-715-A-30. Paris : Elsevier Masson.
6. Potte-Bonneville, M. (2004). Michel Foucault, l'inquiétude de l'histoire. Paris : PUF.
7. Richard, P., Pavelka, M. (2009). Quousque tandem... ? *Perspectives Psy*, 48(1) : 5-6.

Communiqué

## ***Aux sources de la violence*** ***De l'enfance à l'adolescence***

**8-10 octobre 2009, Paris, France**  
**Palais de la Mutualité**

**Renseignements et inscriptions**  
[www.psy-colloque-2009.org](http://www.psy-colloque-2009.org)