

Chailles, le 24 mai 2000

**Intervention du Dr Jean-Louis Place au colloque « Tenir » des 13 et 14 mai 2000  
à la clinique de Chailles**

J'ai cru comprendre que la déclinaison du thème « tenir » dans cette table ronde pouvait se faire en proposant une sorte de prévisionnel d'histoire à l'instar des prévisionnels de budget que tout bon gérant doit s'appliquer à faire sur 5 ans pour se donner les repères dans la bonne conduite de ses affaires.

« tenir » pour la Chesnaie, ce serait :

- que va-t-elle devenir ?
- que peut-on prévoir pour elle ?
- quelles sont les menaces mais aussi les bonnes choses qui devraient lui arriver ?

C'est un exercice impossible évidemment.

Comment prévoir, quand, depuis 4 ans, il n'est pas une année sans évènement réglementaire nouveau.

Le mouvement naturel serait alors de se fixer sur les menaces en reprenant la somme des conversations précédentes que nous avons pu tenir les uns et les autres sur la dimension persécution actuelle de l'exercice de la psychiatrie.

Ces conversations que nous avons eues dans les interstices souvent larges des séances de congrès avant que leur objet : la persécution devienne le leit motiv des interventions.

- conversations entre collègues à l'arrivée d'un nouveau texte.
- conversations formalisées dans le cadre des réunions syndicales

Je n'aurai pu que vous proposer une nouvelle mouture de la plainte.

Bien évidemment, si j'introduis mon intervention de cette manière, c'est parce que je vous propose une autre voie qui risque d'avoir un caractère artificiel, qui nécessite une prise de distance vis-à-vis de la projection, qui exige des efforts mais aussi une conviction qui ne peut se faire sans apport théorique. Et il me semble, en vous disant cela, que ce n'est pas très différent de ce qui est attendu pour tout soignant – et particulièrement en psychiatrie.

Je vais donc m'essayer de vous décrire pour la Chesnaie des perspectives positives.

Les perspectives ne peuvent se matérialiser d'une manière crédible qu'à la condition d'une lecture sans illusion de la place quasi spatio-temporelle de la clinique et de l'inventaire de ses

propres moyens. Ne pas prévoir, c'est déjà gémir me disait sans implication personnelle une patiente qui avait scrupuleusement recueilli cette citation avec d'autres de Léonard de Vinci au Clos Lucé.

Il nous faut observer, explorer et anticiper notre environnement local, régional et national, l'étendre à l'étude permanente de l'évolution du discours sur la santé mentale et prêter une oreille attentive aux positions écologiques relativement récentes de sauvegarde des espèces menacées.

Sur le plan local, la conjoncture ne nous est pas favorable. Il existe dans le Loir-et-Cher 4 cliniques totalisant 318 lits dont 3 se reconnaissent officiellement du mouvement de la psychothérapie institutionnelle et 1 qui ne le revendique plus, bien qu'elle accueille le même type de patients, depuis qu'elle a été rachetée par un groupe financier.

4 cliniques donc et 3 hôpitaux de 296 lits aujourd'hui. Le nombre de lits public-privé confondus pour 1000 habitants est de 2,16 dépassant largement la fourchette haute du quota national autorisé qui est de 0,9.

L'Indre et Loire, département voisin, est également sur doté en lits privés avec 4 cliniques totalisant 236 lits.

Si les frontières du SROS, Schéma Régional d'Orientation Sanitaire en psychiatrie étaient départementales, nous aurions tout intérêt à acheter quelques régimes de bananes et en conserver les peaux pour en parsemer le chemin des institutions voisines. Mais nous ne sommes pas dans la région PACA et il n'y aura pas de guerre de cliniques, pour au moins 2 raisons :

- la prise en compte pour le moment de la région et non du département
- et notre recrutement national.

Dans la région Centre, le nombre de cliniques reste au niveau des chiffres moyens et au niveau national notre spécificité nous autorise à recevoir des patients hors région dès lors que le type de soins proposés chez nous n'existe pas ailleurs.

Nous aurons, par contre, à tenir une position commune entre établissement de psychothérapie institutionnelle vis-à-vis de ce recrutement et se faire entendre et soutenir par les collègues du public qui ont – me semble t'il – tout intérêt à ce que le calcul des lits du secteur privé dans le schéma régional reste pondéré par les particularités du recrutement.

Par ailleurs, il est vraisemblable que les directeurs d'Agence Régionale insistent pour que les besoins de santé d'une population soient convenablement assurés par les différents établissements publics et privés du secteur géographique concerné.

Nous ne pourrions donc pas continuer de regarder d'une manière parfois navrée les difficultés de nos collègues du public pour maintenir leur mission sanitaire.

Et il ne sera pas possible –si nous avons à répondre à des besoins locaux – de les refuser au prétexte de notre particularisme. Les fondateurs de la psychiatrie institutionnelle dans le Loir-et-Cher n'omettent jamais de rappeler que pendant 20 ans les cliniques privées ont assuré les soins pour les malades mentaux du département faute de service public après 1943.

Nous allons avoir à nous adapter à des prises en charge différentes, souvent de durée courte – et légitimement courte – tout en préservant le travail actuel si souvent au long cours.

Tenir – ce sera maintenir cette circulation de la parole parfois lente et laborieuse, qui emprunte des parcours énigmatiques et se défie des statuts. Ce sera aussi maintenir dans un espace ouvert des règles de vie adaptées à des personnes en grande difficulté d'étayage – règles qui devront être compatibles pour d'autres personnes plus autonomes, plus enserrées dans la réalité qui ne chercheront certainement pas à nous faire plaisir.

La Chesnaie n'est pas uniquement un lieu de soins qui coexiste géographiquement ou fonctionnellement avec d'autres. C'est aussi un établissement psychiatrique qui reçoit et s'inscrit dans un univers de discours spécialisé.

Ce discours spécialisé n'est jamais apparu à un tel niveau de rigueur et de clarté qu'il pourrait nous donner l'envie de faire passer la psychiatrie parmi les sciences dures.

Sponsorisé par les laboratoires qui soutiennent chaleureusement la formation permanente des praticiens, le texte scientifique s'épanouit dans les revues de type « Abstract » qui en 20 pages résument les travaux de centaines de chercheurs du monde entier.

Le message reste assez simple : le trouble mental de la dépression aux différentes formes de psychoses chroniques en passant par les nouvelles entités cliniques comme la timidité ou le Body Dysmorphic appelé également (bigorexie par les adeptes du body building) classé parmi les T.O.C. se soignent par les médicaments.

Les hospitalisations doivent être de courte durée et se résumer quand elles sont nécessaires à la mise en place du dit traitement. Le reste de la prise en charge doit pouvoir être assurée par toutes les formes d'assistance du secteur social à commencer par la 1<sup>ère</sup> institution : la famille.

Vous allez me dire que j'ai oublié la psychothérapie.

J'ai lu qu'elle pouvait être utile pour la bonne observance du médicament – j'ai remarqué aussi qu'elle a une telle réputation d'efficacité auprès de politiques dépourvus de tout cynisme qu'elle est sollicitée pour guérir les perversions.

J'ai lu aussi que certains auteurs ne la considéraient pas comme une pratique médicale en tant que telle par son absence de rigueur scientifique .

Mes lectures à ce niveau de démonstration sont sélectives et il serait fort exagéré de dire aujourd'hui que ces positions font l'unanimité. Elles restent extrêmes comme l'étaient – je crois – il y a 20 ans les positions organicistes sur les médicaments.

Nous pourrions à la Chesnaie, devant un tel paysage, nous faire quelques frayeurs et nous demander comment nous allons tenir notre pratique des soins si anachronique.

- si nous n'étions pas assaillis – le trait n'est pas forcé quand tout le monde sait que nous avons peu de disponibilité.
- si nous n'étions pas assaillis par autant de demandes d'admissions venant de toute la France, de toutes les formes d'institutions et de toutes les pratiques privées, publiques et universitaires.

Je crois que nous n'avons jamais osé utiliser le matériel que représente le contenu des lettres d'admission pour l'opposer à la doxa du moment. Tel service de secteur ou établissement privé avoue ne pas avoir les moyens d'assurer le soin d'un psychotique, tel autre reconnaît l'absence de tout dispositif institutionnel, tel autre encore nous demande pour le patient une mise à distance de la famille.

Tant que nous recevrons des demandes aussi explicites et conformes à notre idée du soin, nous devrions pouvoir continuer de tenir des positions contradictoires sur la clinique psychiatrique et nous serons soutenus – j'en suis persuadé – par un nombre encore important de professionnels.

Sur ces positions, je m'en tiendrai, ce matin, à des réflexions inachevées sur les médicaments et la clinique psychiatrique.

Le médicament ne guérit pas, ne traite même pas toujours directement le symptôme. Il semble agir davantage en créant une sorte de maladie neuro psychiatrique qui viendrait perturber – au sens de la médecine perturbatrice du 19<sup>ème</sup> – l'évolution, l'installation et parfois même la tyrannie d'un processus mental sur le psychisme.

Tenir cette position ne crée aucune ambivalence dans la prescription. Les médicaments sont et restent absolument nécessaires pour accompagner un soin mais il ne faut attendre d'eux que ce qu'ils peuvent modestement apporter au thérapeute et au patient : une facilitation de la mise en mots et de l'acte de parler.

Au décours de la crise, utilisé à dose modérée, en deçà des effets secondaires, les médicaments – et je pense particulièrement aux neuroleptiques ont des effets de contention voire de cicatrisation de la béance psychique.

Il me paraît important de maintenir cet éclairage sur la thérapeutique – et de ne pas être dupe de la publicité faite sous forme d'article scientifique sur les nouveaux produits financés par les pouvoirs publics à des prix dépassant parfois de 10 fois le prix du produit de référence. Lorsque dans certaines prescriptions, la molécule miracle est associée aux médicaments réputés dépassés ou lorsque le produit est utilisé à une posologie hors A.M.M., un doute est autorisé sur la qualité intellectuelle des articles spécialisés.

Sur la clinique psychiatrique, je m'essaierai d'être plus bref.

Il n'y a pas de mouvement naturel de la maladie mentale. Elle a toujours aujourd'hui comme dans le passé emprunté à l'imaginaire sociétal et a du se déformer au gré des réponses et des réactions à ses manifestations.

J'ai longtemps adhéré à l'idée que la sémiologie et la nosographie psychiatrique offraient des formes évolutives et d'état à des processus Lambda. Une pathologie epsilon pouvait être observée parce que l'on avait créé un casier pour la ranger.

Je me demande aujourd'hui si le discours psychiatrique est aussi performant que cela et si, dépassé par les mouvements culturels et politiques, il ne se résumerait pas au rôle de secrétaire obsessionnel.

Si les maladies mentales prennent des formes nouvelles, elles le doivent davantage à l'apparition de nouveaux règlements, de nouvelles dispositions, d'un engouement journalistique qu'à la recherche spécialisée.

Les criseurs chroniques et les schizophrénies dysthymiques, par exemple, sont les conséquences des processus de désinstitutionnalisation.

Les TOC ne peuvent avoir qu'un développement survitaminé dans un environnement aussi réglementaire et je n'ose imaginer les beaux jours de l'hystérie redevenue discipline médicale.

Prendre des précautions qui me paraissent élémentaires à la Chesnaie pour protéger les patients de ces différents procès d'identification voire d'identité pathologique devraient pouvoir nous permettre de maintenir une recherche clinique et de rester un laboratoire vivant dans ce domaine prêt à accueillir les chercheurs orphelins de leur objet.

Quand Nancy ANDREASON prête aux européens d'avoir conservé une tradition de recherche clinique et de psychopathologie descriptive dont –dit-elle – ils peuvent être fiers – elle ne se doute pas de la rapidité des chercheurs européens à rattraper leur retard afin de découvrir comme leurs collègues outre atlantiques le désert conceptuel dans lequel ils se réveilleront. Quand le même auteur imagine qu'il faudra mettre en place un plan Marshall, mais cette fois de l'Europe aux USA, pour sauver la Science américaine, il est probable que ce plan devra s'appliquer dans un premier temps en interne, pour chaque pays, à partir de liens qui auront su préserver une tradition de soins en institution.

J'ai mentionné dans mon introduction, le terme écologie, c'est autant une allusion à la pensée de Guattari, à son concept d'écosophie traité dans un des derniers de ses livres : « les 3 écologies » qu'à l'espoir que les établissements de psychiatrie institutionnelle devenu objet menacé autant d'obsolescence pour une partie de la profession que d'épuisement théorique pour d'autres – que ces établissements bénéficieront d'une protection des politiques et vraisemblablement de certains hauts fonctionnaires qui sauront apprécier le risque culturel de leur disparition.

J'ai commencé ce propos en vous parlant de prévisionnel d'histoire. Je n'ai délibérément pas voulu m'en expliquer davantage – tenant à garder cela comme chute.

Tenir dans une institution, ce n'est certainement pas résister, maintenir coûte que coûte un fonctionnement, s'arquebouter sur des principes – c'est au contraire se bouger, seule façon de rester dans l'esprit de la psychothérapie institutionnelle qui est mouvement.

Tenir, c'est donc parfois prendre le risque de se lâcher mais jamais passivement comme on s'abandonne mais activement en créant des histoires, des projets, des envies.

Ce sera notre capacité à fabriquer de nouvelles histoires qui nous accordera la grâce d'être encore serviteur de ce mouvement historique qui m'apparaît encore aujourd'hui de plus en plus moderne.