

« SOINS ET PSYCHOSE : QUESTION DE TEMPS »

Les 8 et 9 mai 1998

LE CORUM MONTPELLIER

Organisé par l'association ISADORA et le Centre psychothérapeutique Saint Martin de  
Vignogoul

Atelier E

Président : P. FAUGERAS

Modérateurs : Dr A. ROSENBERG

Dr J.C. AUFFRAY

Dr J.L. PLACE

« LA DUREE ... »

La psychiatrie pour certains, que ce soit dans leur cursus universitaire ou leur parcours professionnel, s'inscrit en négatif, se choisit par opposition à la médecine. Pour d'autres, elle ne représenterait qu'une spécialité comme une autre – ceci dit, pour ceux là, je ne suis pas sûr que leur analyse sur le choix professionnel soit allée jusqu'au bout.

Le passage de la médecine à la psychiatrie procède alors d'une série de renoncements. Qui n'a pas appris dans le courant de ses études psychiatriques qu'il fallait connaître le texte pour ensuite le désapprendre, qu'il ne fallait pas poser de diagnostic à la légère et parfois même ne rien poser du tout, que l'on devait privilégier le doute, la démarche holistique ? Il fallait accepter le principe de renoncer au savoir.

Et pour d'autres, le plus simple était de rejeter le modèle médical avec sa rigueur, sa démarche prudente, sa scientificité, son efficacité et son pragmatisme mais aussi certainement sa rigidité et parfois sa déshumanisation paradoxale.

Rejeter le modèle médical a le grand avantage en pratique psychiatrique de :

- considérer la maladie mentale comme une maladie particulière, différente des autres - ce qui est certainement vrai mais qui ne veut pas dire grand chose à moins d'accepter l'idée que la sémiologie psychiatrique n'est pas indépendante du discours sur la folie
- ne pas souscrire à la théorie du tout organiciste avec sa conséquence : le tout pharmacologique
- ne pas se satisfaire du traitement du symptôme et repérer celui-ci comme un processus d'auto-guérison qui échoue, ce qui exigera dans la démarche thérapeutique de le respecter comme production psychique du sujet autant que d'avoir à le traiter.

Mais c'est aussi abandonner ou ne plus faire une priorité de certains constituants fondamentaux de ce modèle : et peut-être la recherche clinique proprement dite. Cela donnerait ainsi le droit de ne plus faire de protocole thérapeutique, d'abandonner aux statisticiens du PMSI et aux chercheurs en épidémiologie le terrain de la prévention secondaire et surtout tertiaire :

La prévention tertiaire a pour objet d'empêcher les rechutes et de réduire les complications ou les séquelles de la maladie ou des accidents par la voie d'un traitement adéquat et bien fait (traitement et réadaptation). La prévention tertiaire est donc de fait intégrée dans les soins médicaux et fait partie du traitement.

(définition de l'OMS dans « Santé publique et médecine préventive », ed Masson, H. San Martin, p.166)

Vous allez penser que j'exagère, que je n'ai pas pris le temps (ce qui est vrai) de lire tout ce qui se fait de mieux dans le domaine de la recherche pharmacologique, psychanalytique et épidémiologique qu'il n'y a jamais eu autant de découverte et de réflexion dans notre domaine. Et vous aurez raison !

Mais si je m'autorise à parler de cette manière un peu désagréable, c'est au nom d'une pratique, la psychothérapie institutionnelle, expérience de tous les jours qui me met en contact permanent avec une majorité de patients schizophrènes de tous âges, et qui me fait accéder à un nombre plus grand encore de trajectoires de patients par le biais de la commission d'admission de la clinique.

J'évoque ici très précisément, à partir d'un échantillon (que je juge à peu près représentatif) de patients et d'histoires, les différences considérables de prises en charge et leur conséquence.

Actuellement la doxa en matière de traitement de la schizophrénie est (à l'exception des services à orientation institutionnelle affichés, assumés et réalisés) :

- l'hospitalisation de courte durée pour traiter les phases aiguës
- le traitement neuroleptique et psychothérapeutique poursuivi en ambulatoire
- la réhabilitation par l'intermédiaire d'une prise en charge familiale

Et l'on répétera à qui ne voudra pas se satisfaire de la politique de santé mentale actuelle que les patients après le séjour bref à l'hôpital vont être suivis.

Ce qui est aussi vrai que naïf !

Suivre un patient – c'est être derrière lui – ce n'est pas l'accompagner, encore moins le devancer, lui servir de guide un certain temps pour sa réadmission dans la réalité commune. Après des années de lutte contre un processus dissociatif, ce relâchement des associations et cet engourdissement psychique que décrivait Bleuler dès 1911, après des mois d'activité délirante à bas bruit, et enfin après la catastrophe, quand les digues cèdent, qu'il n'y a plus de contrôle et que la symptomatologie éclôt au grand jour, que penser d'une sortie de l'hôpital à peine quelques semaines après l'admission, sortie avec ce fameux suivi. Que va t'il se passer entre les consultations et les temps occupationnels quand ils existent, c'est à dire en fait toute la semaine ? Comment l'entourage va t'il accueillir ce nouveau personnage ? Comment ce père et cette mère vont ils faire le deuil d'un enfant « sain » porteur plus ou moins de leurs espoirs ? Qui peut croire que la réalité même de la maladie peut être acceptée aussi bien par le malade que par ses proches. Le plus simple pour tout le monde sera de ne pas y croire, l'affaire a été réglée rapidement : ce n'était que du surmenage ou de la fainéantise, la faute d'un quelconque autre ou de quelque instance. Le déni des troubles, conséquence directe du processus sur le psychisme s'associera avec l'aveuglement familial pour mettre en échec une thérapeutique qui ne se sera pas donné les moyens suffisants pour prolonger les premiers soins.

Mais vous me direz que le séjour hospitalier ne protège pas de la rechute. Et je ne vous dirais pas le contraire. Simplement que cette décompensation, qui ne manque pas de survenir, sera une crise autant qu'une rechute, crise qui n'a de péjoratif que son contenu imaginaire – crise parce qu'il faut très souvent le retour de la symptomatologie dans le processus de reconstruction psychique et crise structurante s'il existe un véritable accompagnement dans les soins. Dans les trajectoires dénoncées, il ne s'agit pas de crise mais d'abandon. Le suivi n'a ni les jambes, ni le souffle et le malade s'échappe aux soins pour revivre une nouvelle catastrophe.

Exemple de patient :

22 ans, célibataire, vivant seul, interruption des études universitaires depuis 1 an, marginalisation et isolement, délire à bas bruit, décompensation massive lors d'un séjour chez les parents, hospitalisation à la demande d'un tiers, séjour hospitalier de 3 semaines et suivi ensuite dans le cadre du dispensaire + inj. rd. de neuroleptiques toutes les 3 semaines nouvelle décompensation après interruption de la prise en charge au bout de 2 mois hospitalisé en région parisienne pendant 3 mois, sorti sans médicament avec contestation du diagnostic de schizophrène porté par le premier service retour en famille détérioration progressive du tableau clinique avec refus de soins marginalisation, hébergement par des amis puis SDF pendant des mois (les parents le suivent à la trace dans toute la France) retour en état d'épuisement chez les parents

hospitalisation dans une clinique de psychothérapie institutionnelle (où il est encore) 1 an et demi après le premier accès  
Ce type de trajectoire de soins est fréquent.

Les pouvoirs publics soutiennent officiellement cette orientation de la pratique psychiatrique actuelle tout en déplorant ses effets

Dans son discours aux troisième rencontres de la psychiatrie le lundi 9 mars 1998, le secrétaire d'état à la santé, Bernard Kouchner précise bien que « *Nous avons assisté ces dernières années à une transformation progressive des soins hospitaliers en soins ambulatoires.* » Mais que si « *cette transformation est souhaitable il faut veiller à préserver un nombre de lits d'hospitalisation cohérent avec les besoins de la population.* »

Et il continue plus loin sur les « *faiblesses de la politique de santé mentale mises en évidence par le Conseil économique et social* :

Je n'en livre ici qu'une partie :

... *Parfois la durée d'hospitalisation est insuffisante*

... *Les conditions hôtelières sont souvent inacceptables*

... *Les maladies mentales, parce qu'elles font peur, sont tantôt niées, tantôt rejetées. Les actions de prévention ou de soins en sont retardées, la continuité des soins compliquée, les alternatives à l'hospitalisation complète souvent mal comprises, parfois rejetées.* »

Si le ministre s'exprime aujourd'hui comme cela, ce ne sont pas les professionnels qui le désavouent. Je suis persuadé que la majorité de nos collègues déplorent le manque de moyens qui les conduisent à travailler en privilégiant les séjours courts – j'entend par manque de moyens une absence de reconnaissance plus encore qu'un manque d'effectif. Mais je pense aussi qu'une part plus faible de soignants en psychiatrie, confondant désinstitutionnalisation et déshospitalisation, soutient que l'évolution flagrante vers la réduction de temps des séjours, en lien avec cette fameuse DMS, est l'indice d'une politique de santé mentale moderne et efficace. Que ce qui est bon pour la médecine et la chirurgie ne peut que l'être aussi pour la psychiatrie.

Je me souviens avoir été interne dans un service de secteur assez richement doté où la sortie la plus rapide possible était considérée comme un succès thérapeutique. Et si j'en parle, ce n'est pas pour me répéter mais pour me souvenir que je souscrivais à l'époque complètement à cette doctrine. Jusqu'à ce que j'arrive à la Chesnaie. Il fut tout un temps, dans ce nouvel environnement de soins où j'ai du travailler différemment dans une perspective temporelle ne posant plus la sortie comme but thérapeutique tout en gardant à l'esprit les principes précédents. Cela s'est joué sur la confiance étant entendu qu'il n'y avait aucune raison, pas plus qu'il n'y en a aujourd'hui, de démontrer le bien fondé d'un traitement prolongé en expérimentant le contraire.

Problème de la démonstration à l'image de la prévention. On ne s'interdit pas une mesure de prévention efficace et controversée en l'annulant pour montrer à ses détracteurs le bien fondé de sa position. Tout simplement parce que les malades payent directement le prix de ce qui finit quand même par être une évidence pour les gens d'expérience.

Je crois que j'ai vraiment compris quand je me suis aperçu que la durée de séjour masquait le problème qui avait pourtant été fortement dénoncé par les promoteurs du secteur et les antipsychiatres : c'est que le lieu de soins hospitalier n'était pas soigné et donc n'était pas réputé soignant par ses propres utilisateurs : et c'est pourquoi le traitement institutionnel est le principal motif des demandes d'admission qui nous sont faites. La démission résiderait là où il est préféré de réduire un temps de séjour dans une dynamique médicalisée plutôt que de proposer un espace jugé aliénant et anachronique comme l'asile.

La politique des courts séjours n'est pas récente.  
Elle doit pouvoir être datée.

Je fais l'hypothèse - à vérifier - qu'elle n'est pas le résultat d'une réflexion de praticien mais la conséquence d'une politique faite par des hommes politiques et des experts qui n'ont pas considéré la psychopathologie comme l'élément déterminant de leur réflexion. Je crois que dans notre monde des images, c'est l'image de la psychiatrie, tout aussi aliénante pour les malades que pour les soignants, qui a été traitée. En face de la vision de l'asile du 19<sup>ème</sup> siècle, de « Vol au dessus d'un nid de coucou », le spectacle d'une psychiatrie en blouse blanche soignant de façon moderne, ou l'évocation de la douceur de la maison familiale pour les projets de réhabilitation, ne pouvaient être que plus rassurants.

*La politique de santé mentale doit également contribuer à la revalorisation de l'image que la société se fait du malade mental, de ceux qui le soignent et des institutions qui le reçoivent.*  
(extrait du discours de Bernard Kouchner)

Et voilà pourquoi, pour se rapprocher de la psychiatrie italienne, tous les nouveaux services de psychiatrie se sont installés dans les hôpitaux généraux sur le modèle envié du service universitaire.

Je ne fais pas ici le procès de ces « installations ». Cela n'a en fait aucune importance si en se déplaçant ou en s'installant les services ont gardés leur âme et cette culture asilaire, héritière du traitement moral, qui a permis pendant tant d'année d'offrir aux malades le droit d'asile. L'autre facteur de dégringolade de la DMS vers des records que finiraient par nous envier les chirurgiens est le budget global. En l'espace de quelques années, la population des services de psychiatrie s'est retrouvée réduite d'une manière importante dès lors que la file active s'est substituée au nombre de journées d'hospitalisation pour déterminer la dotation des hôpitaux. Ce n'est pas la première fois que le mode de financement a modifié d'une manière importante le type de prise en charge. Il y a plus de 50 ans, le rapport entre le nombre de PO et de PV s'est retrouvé inversé dès que l'hospitalisation des patients n'a plus été à la charge des familles. Auparavant les PV étaient systématiquement à leur charge et les PO pouvaient être financé par les départements en cas d'insuffisance de ressource. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'à l'époque où une majorité des patients étaient internés par mesure administrative l'image de l'hôpital, l'ambiance institutionnelle, l'engagement des malades dans les soins n'avaient pas la même qualité que celle des années 60, période où déjà les hospitalisations sans placement étaient fréquentes.

Ce n'est pas la psychopathologie qui permet de lire la clinique actuelle, ni la clinique qui conditionne les formes modernes de prise en charge. J'en veux pour preuve l'existence d'une forme que des chercheurs auraient voulu distinguer en une nouvelle entité clinique : les criseurs chroniques. Mes amis T. Tremine et C. Roche qui ont beaucoup travaillé sur ce thème ont honnêtement abandonné l'idée de présenter un modèle théorique à partir du repérage d'une population de patients psychiatriques à la pathologie polymorphe, qui se distinguaient par la fréquence et la régularité de périodes de crise. Ils espéraient pouvoir identifier, comme les aliénistes de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle avaient pu le faire pour la neurasthénie et plus proche de nous quelques psychiatres pour la spasmophilie, un certain nombre de traits de caractère, certains rapprochements de symptôme, une structure du criseur chronique. En vain bien heureusement. Je suis par ailleurs assuré que leurs espoir n'étaient qu'un effet de style d'écriture et qu'ils n'ont jamais espéré trouver cette structure. Ceci dit, leur démarche rigoureuse a fait un sort à l'hypothèse moins critique d'autres chercheurs anglosaxons comme E. Bassuk et S. Gerson que C. Roche cite dans sa thèse qui parlent pour ces « chronic crisis patients » d'un « discret clinical group ».

Je cite C. Roche dans sa conclusion :

« Nous ne pensons pas qu'il soit possible de dire d'un patient : « c'est un criseur chronique ». Pourtant, il existe bien une population de malades psychiatriques qui se complaisent dans l'itératif, la répétition, l'urgence – cette notion d'urgence n'étant pas toujours assimilable à celle de crise. Cette population présente une pathologie et un mode d'existence différents selon le sexe, lié au célibat et à la solitude chez les hommes, au mariage chez les femmes. Il y a pourtant un trait constant chez ces individus qui sont les antécédents d'hospitalisation et l'absence de prise en charge qui fait d'eux une population de chroniques. »

« Nos criseurs chroniques sont une population de l'hôpital général, il est évident qu'il en va peut être différemment dans les centres spécialisés. Il y a vis à vis de l'hôpital général une modification de la demande – la souffrance étant exprimée par un biais somatique, ou faisant appel à la détresse sociale et s'adressant à la fonction d'hospice du lieu ».

Pour ces auteurs, il est clair que cette clinique des criseurs chroniques n'est qu'un avatar des formes modernes de prise en charge et que la pathoplastie dans bon nombre de tableaux psychiatriques permet à des trajectoires morbides d'épouser les rythmes et les ruptures de l'organisation des soins proposés.

C'est dans une opposition sans nuance aux prises en charges courtes et fractionnées que nous nous plaçons à la Chesnaie. Nous privilégions – personne n'en douterait – une continuité des soins, mais aussi, il faut le rappeler, une synergie des outils thérapeutiques disponibles.

J'ai le souvenir il y a 15 ans d'une discussion presque théorique sur la notion de structure et le pronostic péjoratif et définitif que son usage impliquait. Je n'ai pas en tête toute la controverse mais je me rappelle de la comparaison avec le cancer qui s'était retourné contre mon interlocuteur fidèle à la notion de structure.

Schizophrénie et cancer : pourquoi pas ?

L'analogie est possible si l'on reste au niveau de la métaphore et non bien sûr de la communauté étiologique virale, génétique ou même idiopathique, et si l'on regarde la schizophrénie comme un processus d'invasion psychique qui, s'il n'est pas pris à temps, métastase dans tous les secteurs de la réalité.

Le traitement efficace du cancer n'est possible qu'après une évaluation précise de l'invasion et la mise en commun selon le pronostic des thérapeutiques chimiques, radiothérapeutiques et chirurgicales, et non pas après l'alternance sans rythme ni concertation des différentes approches.

Toujours en maintenant cette analogie, la disparition de la tumeur (comme pourrait l'être celle du syndrome dissociatif) ne suffit pas : des mesures d'éradication plus fine inscrites dans une discussion préventive plus large impliquent la mise en action de compléments thérapeutiques parfois douloureux et longs.

Et personne ne les conteste.

Alors qu'en psychiatrie que n'a t'on pas dit sur les électrochocs, les neuroleptiques, les cures de sommeil, les mesures d'isolement et les hospitalisations de longue durée sensées être responsables des évolutions chroniques.

Je ne sais pas si aujourd'hui une véritable réflexion sur l'évaluation des troubles, leur pronostic et les mesures à prendre existe réellement. Même si tout le monde est prêt à soutenir son existence. Cela me paraît d'autant plus dommageable que nous avons maintenant des outils thérapeutiques efficaces mais qui ne le seront jamais s'ils sont utilisé isolément.

Je n'ai pas à parler ici des psychotropes – il y a suffisamment de monde pour en faire la promotion. La psychothérapie : tout le monde en fait. Ce n'est pas là non plus où je

m'appesantirais si ce n'est à dire qu'un psychothérapeute aussi brillant soit il et aidé par la chimiothérapie la plus cohérente, restera impuissant devant certains tableaux si son action n'est pas complétée le temps nécessaire par une hospitalisation dans un espace soignant.

Comment peut-on décemment envisager le traitement de fond d'une décompensation schizophrénique autrement ? Qui peut croire qu'après le retour à un contrôle de la pensée, dans une ambiance de critique très réservée de l'épisode et du délire, le retour à la normale est possible ? Le suivi proposé trop généralement en France en 1998 ne me paraît que l'aveu d'un pronostic irrémédiable. Et nous avons suffisamment d'histoires en tête pour l'accepter ou le dénoncer tout à la fois.

Avant de terminer, il me paraît important de bien préciser que je ne fais ici que le procès des séjours courts pour le traitement des maladies mentales graves, maladies pour lesquelles il y a quelques années l'indication d'un séjour prolongé était posé par l'ensemble de la profession. La maladie mentale n'est ni une, ni indivisible. L'erreur comme toujours, lorsque l'objet premier est l'image, est le fantasme d'unicité ou d'uniformité, la méconnaissance de la diversité de la clinique. Il existe bien sur des indications de séjour court comme nous soutenons qu'il existe également des indications de séjour long.

Ma conclusion pourrait être l'envie non scientifique de proposer un algorithme prenant en compte le degré de dissociation, l'évaluation de la période d'installation, le niveau intellectuel, la persistance de défenses névrotiques pour déterminer un protocole de soins suffisamment durable.