

INTERVENTION AU IV SALON INTERNATIONAL PSYCHIATRIE ET SYSTEME
NERVEUX CENTRAL

le 19 Octobre 1996

Atelier "PSYCHOSE ET INSTITUTION"

Coordinateur : Dr H. BOKOBZA

Intervention du Dr J.L. PLACE

Je ne suis peut-être pas le seul à ressentir cette pénible impression de ne pas avoir le temps et plus encore l'énergie à réfléchir sur mon exercice professionnel alors que celui-ci par son intensité m'offre un champ d'observation et d'investigation important. A cette difficulté qu'ont pu rencontrer quelques bons auteurs qui avaient eux l'énergie nécessaire, s'ajoute celle de l'existence de l'oeuvre de ces dits auteurs qui ont cultivé loin, pour reprendre une métaphore de Gombrowicz sur la musique, le champ de l'esprit.

C'est mon travail de psychiatre à la Chesnaie qui m'autorise certaines des réflexions qui vont suivre mais pas toutes. Je venais juste d'apprendre à parler quand cette institution est née et je n'ai donc aucune responsabilité dans les principes de sa fondation : je ne sais pas d'ailleurs si tous ces principes étaient présents dès le début où si certains ont pu être forgés ou tout au moins remodelés au fur et à mesure que ce lieu s'est construit son histoire. Je sais qu'ils doivent beaucoup à la psychanalyse et au marxisme mais je sais aussi qu'un mythe s'est fabriqué à partir de l'expérience de St Alban et que la déformation de la réalité historique qu'il a induit nous permet mal de repérer les aliénations propres au mouvement de la PI de l'époque - et j'anticipe sur la suite - aux outils institutionnels internes spécifiques pour les traiter à partir de la dialectique et de l'insu.

Je vous disais qu'il n'y avait pas que cet exercice à la Chesnaie qui me permettait d'avancer quelques idées : il y a aussi, et ce n'est pas le plus simple ou le moins étrange, ma propre - mais je pourrais dire mon impropre - vision de la manière dont je peux concevoir que l'on s'occupe des affaires des autres. Position politique comme il a été dit hier : une "capacité à prendre en compte la pluralité humaine" (def. d' H Arendt, cité par C.Barthelemy, C. Alezrah, J.M. Villon : Destruction et reconstruction de la psychiatrie dans l'atelier sur Actualité et avenir de la psychiatrie publique en 1996, vendredi de 11H30 à 13H30 *). Aussi pourquoi suis-je en plein accord, intimement avec les principes thérapeutiques de la psychiatrie institutionnelle? Est-ce du fait de mon aliénation par le discours qui y est tenu? Ou est ce l'existence, psychanalyse aidant, d'une position critique déjà présente avant mon arrivée à la Chesnaie, sur les aliénations qui sévissent au sein du discours psychiatrique et de ses satellites.

Je facilite la tâche de nos détracteurs en exposant la première éventualité : il a souvent été fait allusion à la position de gourou qu'aurait pu prendre certain leader et à l'impossibilité que les patients auraient de se dégager des rets de l'institution. Je vais essayer bien entendu d'argumenter pour la seconde.

Je conçois mon métier, et par contagion une partie importante de mon existence actuelle, comme une entreprise de lutte contre les aliénations. Plus spécifiquement, ma fonction à la Chesnaie m'impose de participer activement au maintien de cet outil de soins que je considère comme extrêmement performant dans le traitement de la psychose.

Je propose de définir ici la psychose comme un concept regroupant toutes les formes possibles d'aliénation, maladies mentales comprises. Les termes psychose, aliénations (au pluriel), folie pourraient être presque synonymes mais pourquoi ne pas respecter leur différence. J'aime bien pour la folie, terme qui ne fait pas habituellement parti du vocabulaire spécialisé psychiatrique, sa définition de la haine de l'autre.

La psychose pourrait être à l'exercice professionnel ce que la folie serait au statut de citoyen.

Les manifestations de la psychose peuvent se retrouver dans le discours psychiatrique, là où on ne les attendait pas :

Vers les années 1890, un chirurgien nommé Piqué a écrit un article sur la chirurgie des hypocondriaques, 30 ans auparavant un nommé Beau expliquait dans sa thèse que les bruits artériels étaient la cause de l'hypocondrie. Mais, vous le savez, ce siècle était loin d'être celui de l'obscurantisme et des ouvrages comme le Traité philosophique de l'hystérie et de l'hypocondrie de Dubois d'Amiens mériteraient d'être réédités en collection de poche à l'usage de nos futurs confrères, de même que les textes de J.P. Falret ou de J. Seglas. Il n'est pas choquant que les étudiants en philosophie étudient Platon. Sommes-nous assurés que les textes du 19^{ème} siècle, Freud compris, soient obsolètes.

La science nous protège-t-elle des égarements de l'esprit? L'épidémiologie reste-t-elle la seule démarche méthodologique crédible dans notre métier et sous-entendu, doit-on laisser à d'autres le soin d'une réflexion au minimum épistémologique sur notre pratique? Sommes-nous assurés que cette pratique n'est pas aliénée par les modèles proposés par la recherche. J'enfonce pour certains des portes ouvertes mais nous avons tous lu ou entendu des choses bien étranges - que ce soit une étude comparative entre les coureurs de fond et les anorexiques mentales à partir de l'observation d'une identité morphologique commune - ou récemment le gène du bonheur (je n'ose pas penser à tous les gens qui se pensaient heureux dans l'ex-yougoslavie). Ce sont là des exemples aussi caricaturaux que ceux choisis pour l'hypocondrie. D'autres sont moins choquants. Ils sont pourtant plus inquiétants car plus crédibles, plus insistants pour encourager les tentatives nombreuses et variées de la recherche avec par voie de conséquence les effets sur la clinique. Nous avons le souvenir de l'arrivée de la D.S.M. III en 1984 et de la réaction très réservée de certains psychiatres de l'époque. Les nouvelles formes cliniques de la schizophrénie ou de la psychose maniaco dépressive, ou les nouvelles variétés de dépressions pour ne citer qu'elles sont, à mon sens beaucoup plus des mouvements projectifs des auteurs, parfois même introjectifs dans les domaines de la sémiologie et de la nosographie que de véritables avancées cliniques. La réalité clinique n'est plus appréhendée d'une manière pragmatique, dans un souci de rassembler la somme des causes et des effets qui l'entoure, mais elle est découpée, ciselée pour s'adapter au modèle épidémiologique. Dans ma pratique, aussi bien en institution qu'en cabinet, c'est beaucoup plus la prise en compte de la part d'hystérisation, de la pathomimie, des effets de remaniement du processus par les réponses médicales qui ont été apportées, de la notion de symptomatologie dépassée qui peuvent se poser à moi plutôt que le sous-type de la schizophrénie. Je ne vois pas pourquoi cette sémiologie secondaire ne mériterait pas tout autant de la recherche clinique qu'elle s'y attarde.

Tout cela pour oser dire que le discours psychiatrique a la naïveté de se montrer parfois comme un discours aliénant. En disant cela, je n'ai pas plus l'impression de cracher dans la

soupe que de me plaindre. C'est à prendre ou à faire un autre métier. Je ne vois pas comment traiter les maladies mentales autrement qu'avec les outils que nous ont laissés les aliénistes et psychiatres des générations précédentes. Mais je pense aussi que si nous n'avons pas les moyens personnels et/ou institutionnels pour dénoncer ce discours, le critiquer, en annuler ses effets de captation imaginaire, la réponse peut parfois devenir plus enfermante, plus aliénante que le processus lui-même : c'est le message que nous ont transmis la génération de psychiatres fondateurs du secteur. A ceci près que, à peine le mouvement de déshospitalisation se mettait en place qu'un nouveau discours tout aussi aliénant apparaissait. D'où l'apparition de terme comme l'externement arbitraire, ou la disparition de la notion d'asile - d'où, pour pallier à cette carence le concept d'accueil et le recours à d'autres formes de soins communautaires comme les foyers, appartements thérapeutiques. Et tout cela, du moins je l'espère n'a pas de raison de s'arrêter.

Toute la question sera de savoir qui tiendra ce discours critique sur les formes modernes d'aliénation : les médecins et leurs collaborateurs directs ou les familles des patients, les éducateurs, les politiques.

Je crois pour ma part que l'exercice de la psychiatrie est un métier, qu'il nécessite une bonne formation médicale avec en prime une déontologie, une expérience suffisante pour répondre en tant que médecin à la totalité des demandes qui nous sont faites (nous avons la possibilité selon les demandes d'orienter les patients vers des confrères ou des institutions mais nous n'avons pas le droit de ne pas répondre). Pour l'exercice spécifique de la psychiatrie, de ce discours sur la pathologie de la liberté (comme le disait H EY, cité par *), il nous faut analyser quelle qu'en soit la méthode (même si je n'en vois qu'une) ce qui nous autorise à y tenir une position éthique. Ce n'est pas toujours le meilleur côté de nous-mêmes ce qui ne veut pas dire que les bons sentiments sont exclus. Tout cela ferait les conditions nécessaires, non exhaustives - à chacun ses limites - pour cet exercice mais surtout la critique de celui ci. Je n'en veux pas spécialement aux logiques des familles, des politiques ou des administrateurs - ce qui est quand même une dénégation - quand elle ne se mêlent pas avec leur aliénation de notre affaire : le traitement de la psychose.

Je vous rappelle que j'ai donné à la psychose la tâche de rassembler toutes les formes possibles d'aliénation.

Si j'arrêtais là ma démonstration, je serais en train de vous dire que la psychiatrie doit traiter la folie du monde et vous me prendriez à juste titre pour un idéaliste passionné.

La déontologie est notre garde fou et le médecin ne doit répondre qu'aux demandes directes ou indirectes (à la demande d'un tiers) qui lui sont faites. Le racisme, la haine ou la bêtise, lorsqu'ils s'expriment dans les dérives mafieuses, les guerres nationalistes, les intégrismes ne sont pas l'objet de traitement d'office. Nous savons que certains leaders extrémistes mériteraient d'être observés à la lumière de la nosographie psychiatrique, que Freud nous a décrit une psychopathologie de la foule qui reste incontournable, que l'on peut comme dans l'atelier précédent décrire les conditions de l'aliénation dans les sectes ; nous savons que la psychiatrie peut être utilisée à des fins répressives comme cela a été dans l'ex U.R.S.S., que à contrario les psychiatres et psychanalystes argentins ont payé de leur vie leur trop grande lucidité politique. Mais je le redis-là : nous n'avons pas l'autorisation en tant que professionnel d'intervenir directement, frontalement. On a bien sûr la possibilité de dénoncer les transgressions à la déontologie et plus encore les crimes perpétrés sous le couvert médical, on peut par ailleurs être médecin et néanmoins citoyen.

Ceci dit, dans le domaine qui nous est imparti, il n'y a aucune raison de relâcher notre vigilance, d'avoir la moindre complaisance pour toutes les formes possibles d'aliénation qui entravent notre exercice. Il faut de plus, je le répète, garder une partie de cette vigilance pour le traitement de notre propre aliénation.

Si l'on veut en faire davantage - et là, cela dépasse les exigences éthiques professionnelles minimum, je ne vois pas d'autre moyen que l'institution. C'est l'institution - elle - qui a cette capacité au traitement politique - local le plus souvent mais géographiquement plus ambitieux selon les formes et les limites qu'elle se donne - et plus encore les alliances qu'elle s'autorise.

Très concrètement de quoi s'agit-il?

Je ne peux donner ici que quelques morceaux épars de ce que peut traiter l'institution en précisant ou plutôt en rappelant qu'à la différence de l'établissement qui prend la forme de son architecture, l'institution se constitue par les limites franchissables à l'échange de la parole. La dimension esthétique peut parfois faire un pont entre les deux concepts.

Sur la psychothérapie :

Quand on parle d'échange d'une parole ou même de production de parole, il s'agit bien évidemment de mots, de verbes, de phrases qui restituent à celui qui les émet un statut de sujet. Il existe une sorte de gradient d'assomption qui va du patient complètement dissocié capable de dire avec un sourire tout à fait motivé qu'il vient de balayer la salle à manger à celui capable de reprendre le contenu d'un délire pour le critiquer. Ce qui s'échange là est fondamentalement dans les deux exemples d'ordre psychothérapeutique même si la scène ne se passe dans un bureau le plus souvent pour l'évocation de la tâche ménagère accomplie. Il est nécessaire que toute personne dans la clinique soit potentiellement en situation de psychothérapeute et parce que tous les soignants n'ont pas la formation ad hoc, il est nécessaire aussi que certains soient désignés comme tels et reçoivent des patients dans un bureau pour que l'espace psychothérapeutique envahisse l'institution. Mais il faut aussi que les psychothérapeutes en question restent des soignants polyvalents (le terme consacré est moniteur, sauf pour les médecins) et ne se cantonnent pas à l'occupation d'un bureau. Sinon, une sélection sera faite et le patient dissocié continuera de s'adresser au mur / j'ai oublié de dire qu'il fallait également un dispositif pour qu'une activité crédible, sensée soit proposée à ce patient.

Il existe le même rapport entre l'acte psychothérapeutique vrai - si on peut dire - et l'entretien dans un bureau avec un psychothérapeute qu'entre l'établissement et l'institution. Ils peuvent dans la plupart des cas se confondre mais pas tout le temps. Dans ce reste, se précipite l'aliénation des corporatismes, des positionnements théoriques, des phobies personnelles. On a bien souvent raison d'utiliser l'expression de voyages thérapeutiques parce que dans ces mini institutions qui se créent et disparaissent en quelques jours, la place de chacun n'est plus tout à fait codifiée. Ceci dit, il n'est pas sûr que tous les psychothérapeutes, médecins, psychologues ou autres, tentent ce genre d'expérience.

Le long séjour :

La durée moyenne de séjour dépasse 1 an. Cela a toujours été depuis que la clinique existe, avant et après le processus de déshospitalisation. Les indications ont toujours été les troubles psychiatriques graves et les ambitions celles d'une réinsertion des patients par étapes : d'abord dans l'institution et ensuite, avec celle-ci, dans la réalité commune. Cela demande du temps - à

la mesure du temps d'installation des troubles et des remaniements en profondeur du processus pathologique sur le destin des personnes.

Les cycles courts décrits par la recherche clinique me paraissent se résumer aux effets iatrogènes - pour ne pas redire aliénants - des prises en charge fractionnées actuelles.

Le ménage

Ce thème après la psychothérapie et les longs séjours peut vous surprendre. Il peut étonnamment les rassembler car il devient par quelques artifices outil de désaliénation des statuts professionnels et outil de réinsertion. Ces dernières semaines, nous avons restauré pour la nème fois la fonction grand ménage qui redouble la fonction ménage assurée par une équipe de moniteurs et de patients qui se renouvelle régulièrement. 1 fois par mois nous nous retrouvons donc tous, moniteurs, médecins, patients embrigadés, au titre d'habitants de la Chesnaie, à faire le ménage. Les avantages sont importants. La clinique est propre, le patient dissocié a pu sortir un temps de son monde autistique, le pensionnaire stabilisé a pu continuer son apprentissage à l'autonomie, le psychothérapeute et le médecin se sont rendus compte que le balai et le tablier ne les ont pas fait disparaître symboliquement.

Traitement politique avez vous dit?

La condition d'un tel exercice institutionnel, au contraire de la secte, est la transparence (*). Transparence que nous impose les différentes autorités de tutelle et leurs audits. Mais aussi exigence de transparence que l'on recherche dans les regards que l'on croisent. Si sous ne recevions pas plus de 150 stagiaires français et étranger par an, plus de 1000 visiteurs à nos fêtes dans l'année, plus de 250 demandes d'admission alors que nous sommes réputés avoir des délais d'attente de plusieurs mois, nous n'aurions pas ce positionnement qui me paraît aujourd'hui comme il l'était hier plus politique que théorique.

(*) : remarque du 30 avril 2010 : le terme « transparence » est de plus en plus controversé. Pour Claude Jeangirard, il est confondu avec clarté qui implique une action de mettre en lumière – un objet est transparent quand il se confond avec le décor, qu'il devient invisible.