

# soigner ou classer : il faut choisir

*Par Bernard ODIER*

*9 ème secteur; Essonnes.*

*service du docteur SECHERESSE*

Sous le titre volontairement provoquant de mon exposé, je m'apprête à défendre devant vous une thèse dont je ne suis pas entièrement convaincu, mais qui me semble mériter l'examen de votre docte assemblée.

Comme vous le savez, il n'est pas facile, y compris pour ceux qui y consacrent une part importante de leur existence, de produire une théorie du travail psychiatrique, et ceci reste vrai, même s'ils limitent leur objet à tenter de rendre compte de "ce qui soigne" en psychiatrie.

Pour ceux qui tentent d'en rendre compte, un des premiers choix à effectuer va consister à adapter leurs descriptions aux modèles opératoires sous-tendant leurs pratiques thérapeutiques.

Il y a ceux qui décriront ce qui soigne en terme de traitement individuel : héritage de la tradition hippocratique.

Il y a ceux qui rendront compte des effets d'une institution, voire d'une équipe soignante en décrivant les aspects institutionnels du traitement d'un patient. S'ils franchissent un degré de plus dans la complexité, ils vont décrire le traitement d'un patient, de sa famille et de leur milieu par l'institution soignante. Sur le plan épistémologique, je rapproche ceux-là de la tradition médicale, dans sa dimension hygiéniste d'action sur le milieu.

Il y a enfin ceux - beaucoup plus rares - qui font une place dans la description de "ce qui soigne" aux interactions entre patients. C'est la prise en compte de celles-ci qui fonde la thèse présentée ici.

En effet, il me semble tout-à-fait important de ne pas méconnaître l'existence de ces interactions, même si le fait de tâcher d'en rendre compte procure une sorte de vertige, et expose à un sentiment d'absence de maîtrise.

Q'en est-il lorsque les relations entre les patients sont méconnues, voire combattues?

Car aujourd'hui, il me semble que les relations entre les patients n'ont pas bonne presse.

Est-ce que l'aménagement des chambres individuelles, en lieu et place des dortoirs ; est-ce que l'option de développer des lieux de soin de petite taille, où l'effectif des patients se compte sur les doigts des deux mains, ne traduisent pas - entre autres - une tentative de maîtriser les relations entre patients en les isolant, en quelque sorte, les uns des autres? A ce titre, l'appartement communautaire pourrait servir de modèle de

description d'une tentative de maîtriser ces interactions en les inscrivant dans un cadre dont l'exiguité même garantirait le contrôle.

Pour approcher ce qui sous-tend ces différentes positions, nous allons faire un détour par le débat autour des différentes formes de psychodrame thérapeutique. Comme vous le savez, deux techniques coexistent actuellement en France, dont j'ai l'expérience. Dans l'une, le patient est seul avec les thérapeutes, tandis que dans l'autre il y a deux groupes : celui des patients et l'équipe de psychodrame. Eh bien, il me semble que les arguments utilisés par les tenants de l'une ou l'autre technique ont une portée assez générale, à même d'introduire notre débat.

Pour les tenants du psychodrame individuel, les inconvénients de l'autre formule sont :

- devant d'autres patients chaque thérapeute est moins libre dans sa relation avec chaque patient,
- les patients développent des relations entre eux, et en particulier en dehors de séances, qui s'opposent (qui peuvent constituer des résistances) au développement du traitement.

Tandis que pour les tenants du psychodrame "de groupe", les inconvénients de la première formule sont :

- certains patients ne pourraient pas supporter seuls la charge émotionnelle d'un traitement psychodramatique et ils ont besoin de se sentir un parmi d'autres,
- les patients n'y trouvent pas l'occasion de montrer leur capacité souvent étonnante à l'égard des autres patients qui est une source de gratification pour le patient "soignant", et ... de soins, un patients se trouvant soigné, mais pas par qui l'on croyait.

Vous commencez peut-être à vous demander ce que tout ça a à voir avec le titre de mon exposé. Et bien , voilà.

Chaque opération de classement est sur le plan logique constituée de deux temps :

- un temps de distinction des individus voire des objets appelé parfois "analyse",
- et un temps de regroupement, d'agrégation, par exemple par rapport à une classification préexistante.

Et vous voyez apparaître clairement les deux logiques possibles en psychiatrie :

1) La première, celle qui tient actuellement le haut du pavé, repose sur l'ambition d'une maîtrise médicale des traitements psychiatriques. Dans la pratique, elle conduit très logiquement à deux opérations :

D'une part, une distinction de plus en plus grande entre les traitements des différents patients \* qui comporte des éléments aussi variés que :

1- L'attribution d'un ou plusieurs diagnostics par patients ....

2- L'adaptation individuelle des posologies sur la base ou non de dosages biologiques,

3- L'indication généralisée de psychothérapie individuelle,

4- Le remplacement des dortoirs par des chambres individuelles, etc...

D'autre part, un regroupement des patients sur des bases aussi "médicales" que possible par exemple :

- une nosographie : déments séniles / alcooliques / toxicomanes / Psychoses / névroses / arriération etc ...

- l'évolution et le pronostic : aigu / chronique / incurable etc ...

\_ l'application de tel ou tel traitement : Service de psychiatrie biologique, unité de psychothérapie brève etc...

Tandis que,

2) La deuxième logique possible ne vise pas à une maîtrise médicale complète des traitements. Si dans la pratique des regroupements de patients s'opèrent pourtant c'est sur des bases et selon des procédés différents. Les distinctions entre patients et leurs regroupements ne sont plus seulement l'affaire des médecins. d'une part, les infirmiers les produisent en partie, d'autre part les patients eux-mêmes sont à l'origine de bon nombre d'entre eux.

Les distinctions peuvent reposer sur des critères très variés :

- les antipathies entre patients,
- les affinités pour tel ou tel patient ou thérapeute,
- la revendication des patients, voire leur demande,
- des catégories clinicoïdes plus ou moins profanes ( loustic, shadok, etc...),
- des régimes administratifs (en P.O, pas en P.O ),
- des contre-indications médicales mais aussi des indications médicales ...

Les regroupements se font sur

- des indications thérapeutiques communes,
- des bases non médicales (patient "en recherche de travail", "hommes battus"...),
- la revendication d'appartenance des patients : "Primevères", c'était "la caserne" ou encore "Alpha c'est une couveuse",
- à la demande des patients ou des thérapeutes,
- à partir de la dynamique d'un groupe se constituant (par exemple à l'occasion de la préparation d'un séjour thérapeutique) etc ...

Qu'est-ce qui nous apprend que ça ne va pas ?

Est-ce en général le médecin, le psychiatre, ou bien les autres?

J'emprunterai au peintre Van Gogh , dans ses lettres à Théo\_, parmi une de celles qu'il écrit lors de son internement à Saint-Rémy, ces remarques si profondes :

"Je suis encore - parlant de mon état - si reconnaissant d'autre chose encore, j'observe chez d'autres qu'eux aussi ont entendu dans leur crise des sons et des voix étranges comme moi, que devant eux aussi les choses paraissaient changeantes.

Une fois qu'on sait que c'est dans la maladie, on prend ça comme autre chose. Je n'aurais pas vu d'autres aliénés de près que je n'aurais pu me débarrasser d'y songer toujours."

(C'est à dire que ce ne sont ni les circonstances de son internement, ni son entourage, ni l'aliéniste, ni son introspection qui l'instruisent mais la confrontation aux autres malades.)

Je me référerai aussi à un des grands historiens de la médecine de notre siècle, dont Henri Hey était un grand ami, je veux parler de quelqu'un qui est peut-être mieux connu dans le Midi qu'à Paris, l'anthropologue et historien espagnol Pedro Laín Entralgo.

Dans son livre "Le médecin et le malade", Laín Entralgo établit une distinction importante entre deux phases successives du développement de la relation médecin-malade. Il pense que la première phase de la relation médecin-malade est constituée par la transformation du malade en patient et que la deuxième phase est celle du traitement du patient. Ses arguments sont de différents ordres.

Personnellement, j'utilise souvent cette distinction dans ma pratique de psychiatre de Service Public, où elle me semble avoir une portée dynamique. Je l'utilise dans mon travail avec les patients mais aussi avec mes collègues et collaborateurs.

Bien que psychiatre d'une équipe de secteur soucieux d'égalité dans l'accès aux soins, j'affirme que beaucoup des malades dont je m'occupe ne sont pas des patients et encore moins mes patients. Je sais aussi que même en 1989, beaucoup des malades dont nous nous occupons n'accéderont peut-être jamais à cet état de patient et que nous avons dans ce passage ou cet arrêt une responsabilité.

Cette distinction me semble avoir au moins deux conséquences importantes :

1) D'une part, elle conduit à ne pas affubler de la qualité de patient des malades parfois très ... impatientes.

2) D'autre part, elle permet de rendre compte d'un objectif fréquent et important sur un plan stratégique en psychiatrie. Combien de fois, devant un cas "nouveau", pendant combien de temps (souvent des années) devant des malades refusant des soins, nous faisons un certain nombre de choses, pour préserver leur chance d'accéder avec nous ou avec d'autres, au stade de cette relation médecin-malade où ils auront un médecin, dont ils seront le patient ?

Dans le service où je travaille, dont l'idéal thérapeutique est à l'enseigne de la psychothérapie, nous passons notre temps à ne pas faire un certain nombre de choses qui s'imposeraient dans une logique strictement médicale, mais qui dans l'état de la relation entre le malade et nous constitueraient autant de violences institutionnelles

probablement indépassables, barrant à jamais l'évolution de nos rapports avec un patient.

Ceci a des incidences très importantes en matière d'évaluation de nos prises en charge. Au risque de paraître paradoxal, je prétends qu'un aspect important de la pratique dans le service public psychiatrique est le façons dont nous tâchons de permettre l'évolution de la relation entre un malade et nous, afin qu'un beau jour, nous puissions le traiter comme (un) patient. Que cette première phase ne puisse aiément s'appréhender en termes usuels d'efficacité thérapeutique ne devrait pas surprendre.

Nous voila au stade où je peux donner une première formulation complète de l'hypothèse centrale de cet exposé.

"Dans le passage de l'état de malade à l'état de patient, en psychiatrie, les interactions entre patients sont fondamentales".

Bien entendu, travaillant en psychiatrie depuis déjà quinze ans, et dans la même service depuis six ans, mes arguments essentiels sont d'ordre clinique, ils sont au plus près d'une réalité clinique habituellement délaissée par la clinique psychiatrique, mis à part certains courants comme la psychothérapie institutionnelle, et la psychiatrie sociale qui cependant n'ont pas produit de clinique "formalisée", y compris de la "sociabilité".

Seule une étude clinique détaillée (qu'ont esquissée quelques auteurs : CHAIGNEAU, BENGHOZI ...), permettrait de décrire la façon dont ces interactions contribuent à faire évoluer le rapport qu'un patient entretient à sa souffrance subjective et en particulier la représentation qu'il s'en fait. Mentionnons, parce qu'il est toujours présent au début d'évolution, le repérage qu'effectuent les patients par rapport au groupe des patients, à certains d'entre eux, aux diagnostics profanes, voire aux catégories savantes (suis-je schizophrène ?).

Plus généralement, les patients (et leurs familles) se distinguent en établissant des différences (je ne suis pas comme lui), et parfois se regroupent comme le font notoirement toxicomanes et alcooliques).

C'est pour une part dans leur confrontation aux autres patients que les malades apprennent à se situer, et commencent à s'y reconnaître dans une expérience subjective dont seule leur apparaît tout d'abord l'irréductiblesingularité. C'est la découverte de la parenté de leur expérience subjective avec celle des autres patients qui leur suggère son caractère de loi générale fondant la prétention médicale à une attitude systématique. C'est aussi cette similitude des expériences qui fonde un début de possibilités de représentations et d'échanges à leur sujet.

C'est probablement une forme d'habilité désirable que de ne pas contrarier ce processus de prise de conscience spontané (étant entendu que ce qu'on appelle spontané est en général socialement produit) lorsqu'il s'opère.

Selon mon expérience clinique il est maladroit de trop devancer le malade dans son expérience subjective, par exemple en prescrivant un traitement ou une institution précis pour un malade qui n'a qu'une vague idée de ce dont il souffre. Innombrables seraient les exemples cliniques qui pourraient illustrer cette source de déboire pour les

thérapeutes, et de traitement sans lendemain pour les malades. Ajoutons que parfois cette inadéquation est une forme raffinée de rejet : "il fait tout pour échouer" dit-on alors.

Il faut donc effectivement choisir entre classer et soigner, car classer trop tôt prive le malade du temps pour se situer.

Bien entendu je n'ignore pas que de formidables pressions s'exercent pour que nous classions, et au plus vite, les assurés sociaux qui reçoivent nos soins.

Je pense que trois arguments importants méritent d'être opposés à cette exigence.

D'une part, classer trop tôt peut constituer une maladresse, voire une démarche coûteuse. A quand une évaluation longitudinale des "cliniques de traitement des phobies" qui pullulent aux U.S.A., et dont on peut être certain qu'elles produisent essentiellement du déplacement de symptômes, et de la rechute. Pourtant la spécialisation de ces cliniques dérive logiquement d'un classement de ces patients selon une nosographie à base syndromique.

La thèse soutenue ici est que le classement trop précoce d'un patient dans une catégorie théorico-clinique est une forme de maladresse dont la portée dépasse les inconvénients classiquement décrits de l'étiquetage (en anglais "labelling") dans sa dimension de verdict.

Plus généralement il nous semble que laisser tel ou tel symptôme (en particulier un trouble des conduites ou du comportement) décider à lui seul de l'orientation d'une prise en charge (ou du choix d'une institution, etc...) est un puissant facteur de réification de ce symptôme, ce qui a de bonnes chances de compliquer l'évolution. Ce danger menace les patients dans leurs possibilités évolutives, mais menace aussi les institutions concernées qui peuvent se figer autour d'une définition limitante de leurs indications, de leurs objectifs, ... ; le traitement symptomatique se compliquant alors d'une stigmatisation par le traitement.

D'autre part, deuxième argument à opposer aux pressions classificatoires, **le mélange des malades** a aussi des intérêts sur le plan de la gestion. cette question est délicate, elle mériterait un examen approfondi, et je me bornerai ici à quelques remarques.

Dans un pavillon d'hôpital psychiatrique qui accueille une pathologie du "tout venant", la variété des types de dépendance se traduit chaque jour par un échelonnement dans le temps d'une série de tâches à accomplir successivement auprès de différentes catégories de patients. Lorsque l'effectif de telle ou telle fraction de patients s'étoffe exagérément, les tâches à remplir se concentrent autour d'un moment de la journée et les effectifs sont alors considérés comme insuffisants. Ce phénomène n'est pas lié au hasard, mais à la façon dont, en accueillant la pathologie tout-venant, un hôpital se met en situation d'assister des patients différents à tous moments de leur cycle de vie.

On observe enfin quotidiennement ce que j'appellerai pour simplifier **l'alliance de l'aveugle et du paralytique**, c'est à dire la façon dont tel patient répond au besoin de tel autre, qui épaulé le suivant, et ainsi de suite. Ce phénomène a été abordé par des gestionnaires centrant leur analyse sur la "structure globale de la dépendance" dans une unité d'hospitalisation. Au contraire, la concentration de patients présentant les mêmes

caractéristiques et les mêmes besoins, ne permet pas le développement de ces "solidarités horizontales".

Voilà donc trois arguments de nature et de valeur différentes à opposer aux pressions rationalistes qui s'appliquent actuellement un peu aveuglément sur les Services de Psychiatrie Publique.

Pour conclure, je voudrais appeler l'attention de l'auditoire sur la contradictoire qu'il y aurait à soutenir une perspective psychothérapique et/ou progressiste en psychiatrie sans restituer à la prise en compte des relations entre patients une place qu'elles n'ont pas dans les débats savants, mais qu'elles ont certainement gardé pour les infirmiers en psychiatrie, et dans les Services qui soutiennent un travail de type "psychothérapie institutionnelle".

Cependant, ceci peut sembler s'intégrer difficilement dans une logique médicale, à moins d'être conforté par le développement, ces dernières années, de nombreuses associations de malades chroniques, de groupes de traitement de fumeurs ou d'obèses, et de l'éducation sanitaire d'insuffisants rénaux ou de diabétiques.

Peut-être que dans les années qui viennent, cette dimension clinique gagnera droit de cité, à la faveur de recherches cliniques qui exigeront, entre autres, la coopération des infirmiers en psychiatrie.

*NB : Ce texte reprend une communication faite au colloque " La santé mentale comme observable", Nîmes, 20-22 Avril 1989.*

*Il a déjà été publié dans le volume 192 "Colloque INSERM" des actes de ce congrès.*